

Consensus lage rugklachten: bekendheid, acceptatie en gebruik in de orthopedische praktijk.

S. Jellema, D.M. Doeglas, P.P. Groenewegen, D.M.J. Delnoij en J.R. van Horn

Dit onderzoek is een onderdeel van het programma 'Doelmatigheid Orthopedische Zorg', dat wordt gesubsidieerd door Zorg Onderzoek Nederland (ZON)

SAMENVATTING

Middels een enquête onder alle leden van de NOV werd nagegaan in welke mate verschillende consensusdocumenten over lage-rugklachten bekend zijn bij orthopedisch chirurgen en in hoeverre men aangeeft ermee te werken. Daarnaast werd gevraagd wat hun visie was op de bestaande consensusdocumenten en de daarin vastgelegde ideeën. De respons op de enquête was 66 %.

De meest bekende documenten zijn de NHG-standaard 'lage-rugpijn' en de Consensus Werkgroep Wervelkolom. Deze laatste is tevens de consensus waarin relatief de meeste orthopeden (69%) zich kunnen vinden en die -naar eigen zeggen- het meest (namelijk door 53%) wordt toegepast. Aan de consensusdocumenten werd een aantal stellingen ontleend die in de enquête werden voorgelegd. De meningen waren vooral verdeeld over stellingen die richting geven aan de praktijk, terwijl men het over het algemeen eens was met de theoretische uitgangspunten. De uitwerking van wetenschappelijke bevindingen en theoretische uitgangspunten naar concrete, in de praktijk toepasbare richtlijnen verdient dus aandacht.

INLEIDING

De behoefte aan richtlijnen voor de behandeling van lage-rugklachten is groot. Er is een scala aan behandel mogelijkheden en er bestaat verschil in opvatting over de beste behandelmethodes.¹ De variatie in het medisch handelen is dan ook groot.²⁻⁵ Er is maar weinig bewijs voor de effectiviteit van de verschillende methoden die bij de behandeling van lage-rugklachten worden toegepast, ondanks de hoge maat-

schappelijke kosten die lage-rugklachten met zich meebrengen.⁶⁻⁸ Ook binnen de orthopedie worden verschillende behandelmethoden gebruikt.⁹ Alhoewel het 'marktaandeel' van de orthopedie in de behandeling van lage-rugklachten relatief bescheiden is, is het aandeel in de zorg, met name voor patiënten met ernstige of recidiverende rugklachten, aanmerkelijk.¹⁰

Daarom is het eens te meer zinvol om aandacht te besteden aan de ontwikkeling van richtlijnen binnen de Nederlandse orthopedie.

In 1996 verscheen de NHG-standaard 'lage-rugpijn' en ook binnen en in samenwerking met de orthopedie zijn in betrekkelijk korte tijd diverse consensusrapporten tot stand gekomen.^{11,12}

Dit zijn:

- De Consensusstellingen 'Rugpijn en degeneratieve veranderingen' van de Werkgroep Wervelkolom van de N.O.V. (1996).
- De Consensusstekst 'Het Lumbosacraal Radiculaire Syndroom', samengesteld door verschillende betrokken disciplines met medewerking van het C.B.O (1996).
- Het Multidisciplinair Consensusrapport 'Diagnostiek en Behandeling van Chronische Lage-Rugpijn', ontwikkeld door de Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn in samenwerking met verschillende betrokken disciplines en het C.B.O. (1997).

In deze documenten worden uitgangspunten voor de behandeling van verschillende typen lage-rugklachten beschreven. De documenten verschillen in de mate waarin zij concrete aanwijzingen geven voor het handelen in de praktijk. Geen van de documenten biedt een kant en klaar 'stappenplan' waarin precies beschreven wordt wat men in een bepaalde fase van de behandeling dient te doen of juist dient na te laten.¹³

Ondanks verschillen tussen de documenten wat betreft de doelgroep en de aspecten van lage-rugklachten die aan de orde komen, vertonen de theoretische uitgangspunten grote overeenkomsten. Als gemeenschappelijke uitgangspunten kunnen worden genoemd:

- rugklachten gaan in een groot deel van de gevallen vanzelf over;

S. Jellema, D.M. Doeglas, ten tijde van dit onderzoek verbonden als onderzoeker aan het NIVEL, Prof.dr. P.P. Groenewegen, bijzonder hoogleraar en hoofd onderzoeksafdeling NIVEL, D.M.J. Delnoij, programmaleider NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, Prof.dr. J.R. van Horn, orthopedisch chirurg, hoofd van de afdeling Orthopedie AZG.
Correspondentie: P.P. Groenewegen



- chronische rugklachten zijn multifactorieel bepaald en kunnen niet alleen verklaard worden op basis van bijvoorbeeld pathofysiologische gegevens of alleen psychische gegevens;
- gematigd gebruik van diagnostische en therapeutische middelen is gewenst omdat de effectiviteit ervan niet altijd is aangetoond en gebruik van deze middelen onnodige medicalisatie in de hand kan werken;
- voorkomen van chroniciteit en werken aan herstel van functionaliteit is uitgangspunt van de behandeling; bij het Lumbosacraal Radiculair Syndroom is daarnaast vermindering van pijn een belangrijk doel van de behandeling.

Uit onderzoek blijkt dat richtlijnen niet altijd hun weg vinden naar de praktijk. Wellicht komt dat doordat ze niet optimaal zijn afgestemd op de realiteit en complexiteit van de dagelijkse praktijk, tengevolge van de wijze waarop wetenschappelijke gegevens en richtlijnen worden verspreid en geïmplementeerd of van praktische belemmeringen die het navolgen van de richtlijn bemoeilijken.¹³⁻¹⁸ Kennis en acceptatie van een richtlijn leiden niet automatisch tot toepassing.^{15,16,19,20} Of de gelegenheid en de motivatie voor verandering van medisch handelen aanwezig zijn, wordt zowel door kenmerken van de arts als door omstandigheden buiten de arts bepaald. Te denken valt aan de vaardigheden van de arts, de mate waarin hij de huidige gang van zaken als onwenselijk beschouwt, de mate waarin in de huidige situatie voldaan wordt aan verwachtingen van collega's en patiënten, de mate waarin voldaan wordt aan financiële en andere behoeften, en de omstandigheden in het ziekenhuis of de instelling waar de praktijk wordt uitgeoefend.^{14, 21-23}

In dit onderzoek werd nagegaan in hoeverre de ideeën zoals geformuleerd in de verschillende consensus lage-rugklachten hun weg naar de orthopedie de praktijk hebben gevonden. De volgende vragen werden in deze studie beantwoord:

- In welke mate zijn de verschillende consensusdocumenten bekend bij praktiserende orthopeden en in hoeverre geeft men aan hiermee te werken?
- Wat is de visie van orthopeden op de bestaande consensusdocumenten en de hierin vastgelegde ideeën?

MATERIAAL EN METHODE

Voor de beantwoording van de vragen is een enquête gehouden onder alle in Nederland werkzame orthopeden. Door gebruik te maken van het ledenbestand van de NOV was ruim 98% van het totaal aantal werkzame geregistreerde orthopeden in de

onderzoekspopulatie vertegenwoordigd. De enquête werd ontwikkeld door het NIVEL en werd ter advisering voorgelegd aan de NOV.

In de enquête werd gevraagd bij elk document aan te geven of men ermee bekend was, of men zich kon vinden in de uitgangspunten die erin stonden en of men een dergelijk document in de praktijk toepaste. Daartoe was een tiental uitspraken en stellingen letterlijk overgenomen uit verschillende consensusdocumenten. Er werden stellingen geselecteerd die voortvloeiden uit de eerder genoemde overeenkomstige theoretische uitgangspunten van de verschillende documenten.

Bewust werden ook stellingen gezocht die stof tot discussie zouden kunnen geven omdat ze in tegenspraak zijn met van oudsher bestaande ideeën over de behandeling van lage-rugklachten of omdat ze nogal wat consequenties kunnen hebben voor in gebruik zijnde werkwijzen.

De enquête werd begin april 1998 aan alle in Nederland werkzame orthopeden (n=380) verzonden. Na het versturen van twee hernieuwde verzoeken werden 264 enquêtes retour ontvangen. Hiervan waren 12 niet of onvoldoende ingevuld. De overige 252 enquêtes waren bruikbaar voor analyse, waarmee een effectief responspercentage van 66 bereikt werd. Aangezien geen verdere gegevens bekend zijn over degenen die de vragenlijst niet invulden, kan geen uitspraak worden gedaan over selectiviteit van de non-respons.

RESULTATEN

Het meest bekende document bleek de NHG-standaard 'lage-rugpijn' te zijn (bekend bij 84,2% van de orthopeden), direct gevolgd door de Consensus Werkgroep Wervelkolom (bekend bij 81,8% van de orthopeden). Het document waar relatief de meeste orthopeden zich in konden vinden was de Consensus Werkgroep Wervelkolom (69,2% stemde in met de inhoud), gevolgd door de consensus Lumbosacraal Radiculair Syndroom (63,2% stemde in met de inhoud). Het in de praktijk meest toegepaste document was tevens de Consensus van de Werkgroep Wervelkolom (53,4 % gaf aan dit te gebruiken als leidraad bij de behandeling). De consensusstellingen van de Werkgroep Wervelkolom en het multidisciplinair consensusrapport Lumbosacraal Syndroom werden door een groot aantal van degenen die het document kenden, onderschreven. Voor de andere documenten gold dit in veel mindere mate (tabel 1).

Bij de meeste stellingen lag het percentage orthopeden dat het eens was met de stelling rond de 50 à

Tabel 1: Bekendheid, acceptatie en gebruik als leidraad bij de behandeling in procenten (n=252).

	niet bekend	bekend met	kan zich vinden in	gebruikt
1. Consensusstellingen Werkgroep Wervelkolom	18,2	81,8	69,2	53,4
2. Multidisciplinair consensusrapport LRS	18,6	81,4	63,2	45,1
3. Multidisciplinair consensusrapport pijncentra*	59,7	40,3	20,9	11,5
4. NHG-standaard lage-rugpijn	15,8	84,2	53,8	33,2
5. NHG-standaard LRS	26,9	73,1	45,5	24,9

* Multidisciplinair consensusrapport Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn, van de samenwerkende kenniscentra voor pijn.

60 %. Uitschieters vormden de stellingen uit de consensus Werkgroep Wervelkolom dat 'Rugpijn niet correleert met degeneratieve veranderingen van de wervelkolom' (eens: 78,7%) en de stelling dat 'Chronische rugpijn multifactorieel is en klachten samenhangen met factoren als de conditie van de rompspieren en onbewuste psychologische processen' (eens: 92,4 %) (tabel 2).

DISCUSSIE

De resultaten van deze studie laten zien in hoeverre verschillende consensusdocumenten hun weg gevonden hebben naar de praktiserende orthopeed. De Consensus Werkgroep Wervelkolom blijkt bij orthopeden het meest geaccepteerd en gebruikt. Toch is het percentage orthopeden dat zegt zich te kunnen vinden in deze consensus niet hoger dan 69%. De consensus waarvan binnen de Werkgroep Wervelkolom sprake is, strekt zich dus blijkbaar niet uit tot alle praktiserende orthopeden.

Opvallend is dat ook een niet voor de orthopedie bestemde consensus (de NHG-standaard) door orthopeden wordt gebruikt. Niet alle door de orthopedie ontwikkelde documenten zijn even goed bekend, geaccepteerd en gebruikt in de praktijk. Orthopeden verschillen zowel van mening over een aantal belangrijke theoretische uitgangspunten als over enkele meer praktische implicaties voor het handelen. Zo is een groot deel van de orthopeden het eens met de stelling dat er geen samenhang is tussen degeneratieve veranderingen en rugpijn (78,8%). Toch vinden niet even zoveel orthopeden dat de bevinding van een degeneratieve verandering niet te gebruiken is als verklaring voor die rugpijn. Immers, met de stelling 'Degeneratieve veranderingen van de lumbale wervelkolom vormen in het algemeen geen verklaring voor rugklachten', is 60,6 % het eens.

Het verschil in percentages orthopeden dat het eens is met de genoemde stellingen is opmerkelijk omdat met name de stellingen 2 en 3 maar ook de stellingen 6, 7 en 8 onderling inhoudelijk sterk samenhangen. Mogelijk is het verschil te verklaren uit het feit dat orthopeden wel bereid zijn een bepaalde op theoretische gronden gebaseerde richtlijn te onderschrijven, maar dat er verschillen van mening bestaan over implicaties voor de praktijk.

Er is nauwelijks samenhang tussen de antwoorden op de vragen naar kennis, acceptatie en gebruik van de 5 genoemde documenten en de meer specifieke meningsvragen aan de hand van de 10 consensusstellingen uit deze documenten. Als men aangeeft zich inhoudelijk te kunnen vinden in een document als geheel, wil dat nog niet zeggen dat men het ook eens is met de stellingen die aan het document onttrokken zijn. Alleen voor het multidisciplinair consensusrapport 'Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn' van de Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn geldt, dat orthopeden die aangeven zich in de inhoud van dit document te kunnen vinden, het ook significant vaker eens zijn met de uit dit document geselecteerde uitspraken (niet in tabel). Op grond van het voorliggende materiaal kan niet worden vastgesteld waarom deze samenhang nu juist voor dit consensusdocument wel en voor de andere niet geldt.

De beperkte samenhang kan te maken hebben met het feit dat er uitspraken zijn geselecteerd die wat betreft inhoud niet representatief zijn voor de totale inhoud van een document, maar gemakkelijk discussie zouden kunnen opleveren. Alhoewel deze stellingen niet volledig de inhoud van een document dekken, vormen zij wel een belangrijk onderdeel daarvan.

Het toepassen van richtlijnen in de praktijk kan in sommige situaties nadelen hebben. Richtlijnen voor

Tabel 2: Mening over de consensusuitspraken in procenten (n=252).

	eens	neutraal	oneens	n
1. Adviezen om tijdens en na de behandeling van een Lumbosacraal Radiculair Syndroom niet te werken dienen ook bij een zwaar beroep terughoudend gegeven te worden. (LRS/CBO st. 20)	52,8	26,8	20,4	250
2. Rugpijn correleert niet met degeneratieve veranderingen van de wervelkolom. (Cons.WW st. 4)	78,7	16,9	4,4	249
3. Degeneratieve veranderingen van de lumbale wervelkolom vormen in het algemeen geen verklaringen voor rugklachten. (Cons.WW st. 6)	60,6	30,7	8,8	251
4. Röntgenfoto's van de lumbosacrale wervelkolom dienen vooralom bij bepaalde patiënten andere aandoeningen uit te sluiten, zoals bijvoorbeeld een metastase of discitis. (LRS/CBO blz. 5)	70,1	20,7	9,2	251
5. De toegevoegde waarde van geavanceerde beeldvormende technieken is gering. (Mcons.SKP blz. 23)	42,2	33,9	23,9	251
6. Chronische rugpijn is multifactorieel: klachten hangen samen met een aantal factoren als conditie van rompspieren en onbewuste psychische processen. (Cons.WW st. 8)	92,4	7,2	0,4	251
7. Een discipline overstijgende samenwerking bij de chronische rugpijnpatiënten is van belang want deze patiënt 'past' bij geen enkel specialisme, doch vereist een gecoördineerde aanpak. (Mcons.SKP blz. 23)	56,2	35,1	8,8	251
8. Het is raadzaam om in de behandeling van de patiënt met chronische lage-rugpijn de nadruk te leggen op de cognitief-gedragsmatige behandeling. (Mcons.SKP blz. 52)	53,6	36,4	10,0	250
9. Fysiotherapie of oefentherapeutische behandeling zijn bij het Lumbosacraal Radiculair Syndroom geen behandelalternatief omdat het effect van deze behandelingen niet is aangetoond. (NHG LRS blz.3)	51,8	32,3	15,9	251
10. Als rugklachten langer dan 12 weken bestaan, hebben fysiotherapeutische applicaties geen zin. (NHG LRS blz.5)	56,3	25,5	18,2	247

behandeling van lage-rugklachten schrijven over het algemeen gematigd gebruik van therapeutische middelen bij de behandeling voor. Het zal echter niet altijd gemakkelijk zijn om patiënten ervan te overtuigen dat, ondanks de ernst van de klachten of de hinder die ervan wordt ondervonden, 'niets doen' de beste optie is. Flankerend beleid aan de kant van patiënten(organisaties), bijvoorbeeld in de vorm van openbare publicatie van consensus uitspraken, zou

hieraan mogelijk een bijdrage kunnen leveren. Problemen bij implementatie van een 'nieuwe werkwijze' bij lage-rugklachten kunnen tevens samenhangen met het feit dat (chronische) lage-rugklachten multifactorieel bepaald zijn. Van oudsher wordt door artsen vanuit een anatomisch-fysiologisch referentiekader naar klachten gekeken. Richtlijnen voor de behandeling voortkomend uit een multifactorieel bepaald kader lijken vanuit deze zienswijze niet altijd

logisch. Acceptatie van de in richtlijnen gepresenteerde ideeën vereist inzicht in de theorie van de multifactorieel bepaalde oorzaak. Artsen beschikken niet altijd over kennis en vaardigheden die nodig zijn om in de behandeling (tevens) een cognitief-gedragsmatige aanpak te hanteren. Verder kan het zo zijn dat zij van mening zijn dat deze laatste wijze van benaderen niet tot hun taken behoort.

Samenvattend is gebleken dat richtlijnen uit verschillende documenten tot op zekere hoogte bekend zijn, onderschreven worden en (naar eigen zeggen) gebruikt worden in het veld.

Over de wijze waarop richtlijnen dienen te worden toegepast blijkt verschil van mening te ontstaan. Ook de invulling van taken en de rol van de orthopedie in een meer multi-disciplinaire kader zijn nog niet uitgekristalliseerd. Het is om deze reden van belang om, zowel binnen de orthopedie als in multidisciplinair verband, aandacht te besteden aan de vertaling van wetenschappelijke bevindingen en theoretische uitgangspunten naar concrete, in de praktijk toepasbare richtlijnen. Bij verdere uitwerking van richtlijnen dient men zich te realiseren dat het toepassen in de praktijk niet vanzelfsprekend zal zijn. Voor toepassing is denken vanuit een ander dan gebruikelijk referentiekader een vereiste. Mogelijk dienen ook nieuwe vaardigheden verworven te worden, terwijl ook andere dan strikt medische belangen kunnen meespelen bij de keuze om een nieuwe richtlijn toe te passen.

In deze studie is niet onderzocht hoe orthopeden richtlijnen voor de behandeling in de praktijk vormgeven. Over het feitelijk handelen van orthopeden zal in een vervolgrapportage verslag worden gedaan. Als gevolg van de geconstateerde diversiteit aan meningen is te verwachten dat er sprake is van een grote variatie in het handelen van orthopeden.

ABSTRACT

This article presents the results of a survey amongst Dutch orthopaedic surgeons (response rate 66%). The research questions were: 1) to what extent are consensus documents about low back pain known amongst orthopaedic surgeons and to what extent are they applied daily practice; and 2) what is the opinion of orthopaedic surgeons about these consensus documents and the ideas that they contain?

Most well known were the standard on low back pain of the College of General Practitioners and the consensus of the Spine Working group. The latter document was also the one that is most frequently endorsed (by 69% of orthopaedic surgeons) and most frequently said to be used in practice (by 53%). In the survey a number of statements derived from the consensus documents was presented. Different opinions were particularly noted about the statements that contain

guidelines for actual practice, while there was more agreement upon statements about the theoretical background of the documents.

It is concluded that the translation of scientific evidence and theoretical background into practical guidelines especially needs attention.

LITERATUUR

1. Cherkin D.C., Deyo R.A., Wheeler K., Ciol M.A. Physician views about treating low back pain. *Spine* 1995;20:1-9.
2. Cherkin D.C., Deyo R.A., Wheeler K., Ciol M.A. Physician variation in diagnostic testing for low back pain; who you see is what you get. *Arthritis & Rheumatism* 1994; 37:15-22.
3. Cherkin D.C., Deyo R.A., Loeser J.D., Bush T., Waddell G. An international comparison of back surgery rates. *Spine* 1994;19:1201-6.
4. Taylor V.M., Deyo R.A., Cherkin D.C., Kreuter W. Low back pain hospitalisation; recent United States trends and regional variations. *Spine* 1994;19:1207-13.
5. Hibma J., Groothof J.W., Post D. De nazorg van geopereerde herniapatiënten; eenheid in richtlijnen ontbreekt. *Medisch Contact* 1997;18:561-62.
6. Valkenburg H.A., Haanen H.M.C., The epidemiology of low back pain. In A.A. White and S.L. Gordon (Eds) *Symposium on idiopathic low back pain*. Scarborough: The C.V. Mosby Company, 1982:9-22.
7. Deyo R.A. Conservative therapy for low back pain; distinguishing useful from useless therapy. *JAMA* 1983;250:1057-62.
8. Tulder van M.W., Koes B.W., Bouter L.M. De kosten van rugklachten in Nederland; een maatschappelijk probleem? *Medisch Contact* 1997;26:829-32.
9. Jaarboek NOV 1998, jaarverslag Werkgroep Wervelkolom, blz 88.
10. Delnoij D.M.J., Groenewegen P.P., Velden van der J. Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn. *Ned Tijdschr voor Orthopaedie* 1997;4:113-17.
11. Faas A., A.H. Chavannes. NHG-Standaard 'Lage-Rugpijn'. *Huisarts en Wetenschap* 1996;39:18-31.
12. Bakker L.F. Nederlandse Orthopaedische Vereniging 1898-1998; de geschiedenis van de orthopaedie in Nederland. Katwijk: NOV, 1998.
13. Berg M. Problemen en potenties van het protocol; de voorwaarden om protocollen positief in te zetten. *Medisch Contact* 1996;11:366-70.
14. Grol R., Tielens van V., Mookink H., Zwaard T. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. *Huisarts en Wetenschap* 1988;31:392-97.
15. Lomas J., Anderson G.M., Domnick-Pierre K., Vayda E., Enkin M.W., Hannah W.J. Do guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *New England J of Medicine* 1989;321:1306-11.

16. Hill M.N., Levine D.M., Whelton P.K. Awareness, use and impact of the 1984 joint national committee consensus report on high blood pressure. *Am J of Public Health* 1988;78:1190-94.
17. Grimshaw J.M., Russell I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice; a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet* 1993;342:1317-22.
18. Haan de J. De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1988;41:16-8.
19. Klazinga N. Compliance with practice guidelines; clinical autonomy revisited. *Health Policy* 1994;28:51-66.
20. Kosecoff J., Kanouse D.E., Rogers W.H., McCloskey L., Monroe Winslow C., Brook R.H. Effects of the national institutes of health consensus development program on physician practice. *JAMA* 1987;258:2708-13.
21. Kanouse D.E., Jacoby I. When does information change practitioners' behavior? *Int J Technology Assessment in Health Care* 1988;4:27-33.
22. Groenewegen P.P. Het gedrag van hulpverleners en patiënten; toepassing van de methode van de sociologische modelbouw. *Tijdschr voor Sociale Gezondheidszorg* 1996;74:4-9.
23. Westert G.P. Artsen en de 'couleure locale'; Het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *Tijdschr voor Sociale Gezondheidszorg* 1996;74:52-6.