

Lage-rugklachten tussen eerste en tweede lijn

D.M.J. Delnoij, P.P. Groenewegen en J. van der Velden

SAMENVATTING

Gemiddeld ziet een orthopaedisch chirurg jaarlijks 87 nieuwe gevallen van lage-rugklachten, die vrijwel altijd na selectie door de huisarts door verwezen zijn. Op basis van gegevens uit een studie in 103 huisartspraktijken, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), wordt thans beschreven welke plaats de verwijzing naar de orthopaedisch chirurg inneemt in het handelen van huisartsen bij lage-rugklachten. Daarbij wordt ook nagegaan op welke aspecten patiënten die naar een orthopaed worden verwezen zich onderscheiden van patiënten die niet worden verwezen, of die worden verwezen naar een fysiotherapeut in de eerste lijn of een neuroloog. In gemiddeld slechts 6,9% van alle lage-rugpijnepisodes verwijzen huisartsen naar een medisch specialist, vaker naar een neuroloog dan naar een orthopaedisch chirurg. Bij patiënten die uiteindelijk naar de neuroloog worden verwezen, voert de huisarts in eigen praktijk in eerste instantie vaker diagnostiek en behandeling uit dan bij patiënten die naar de orthopaed worden verwezen. Bovendien hebben deze patiënten voorafgaand aan hun verwijzing gemiddeld meer contacten met de huisarts gehad dan patiënten die naar de orthopaedisch chirurg gaan. Helaas kunnen patiënten op basis van de gebruikte gegevens slechts worden gevolgd tot aan de poorten van het ziekenhuis. In samenhang met de consensusontwikkeling van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging met betrekking tot lage-rugklachten zou het zinvol zijn om middels nader onderzoek een beeld te verkrijgen van de bij orthopaedisch chirurgen gangbare praktijk inzake dergelijke patiënten.

INLEIDING

Binnen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging is een consensus ontwikkeld over het handelen bij patiënten met lage-rugklachten.

Mw. dr. D.M.J. Delnoij, projectleider themagebied relatie huisarts-specialist-ziekenhuis,
Prof. dr. P.P. Groenewegen, hoofd onderzoeksafdeling, J. van der Velden, arts-epidemioloog, projectleider themagebied epidemiologie in de huisartspraktijk, NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.
Correspondentie: Prof. dr. P.P. Groenewegen.

Volgens gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk over de periode 1987-1988 verwezen 161 huisartsen 153 patiënten met lage-rugklachten naar de orthopaedisch chirurg (tabel 1); 121 patiënten werden voor de eerste keer verwezen. Omgerekend naar cijfers voor heel Nederland op jaarbasis bleek dat elk van de 245 destijds werkzame orthopaeden jaarlijks gemiddeld 87 nieuwe gevallen van lage-rugpijn zag in zijn of haar praktijk. Deze patiëntengroep vormde echter maar een kleine selectie uit de totale groep mensen die kampen met lage-rugklachten.

Uit epidemiologisch onderzoek in de 'open populatie' werd duidelijk dat ruim de helft van de ondervraagden ooit gehinderd werd door lage-rugpijn, terwijl ongeveer een kwart van hen last van de rug had ten tijde van het onderzoek.¹ Niet al deze mensen gingen echter met hun klachten naar de huisarts. Tijdens een interventieonderzoek in 40 huisartspraktijken stelde Faas vast dat een huisarts wekelijks 2 tot 3 nieuwe patiënten met lage-rugpijn zag.² Meestal werden die patiënten door de huisarts zelf behandeld, of verwezen naar een fysiotherapeut in de eerste lijn.

Slechts een beperkt deel van de gevallen wordt verwezen naar medisch specialisten, waaronder orthopaedisch chirurgen en neurologen.³ Lage-rugklachten vormen een belangrijk gezondheidsprobleem met gevolgen voor individueel welbevinden en met maatschappelijke consequenties.^{4,5}

Thans werd nagegaan hoe de huisarts deze lage-rugklachten 'zeeft' en welke factoren daarbij een rol spelen. De vragen die aan de orde werden gesteld, luiden:

1. Hoe vaak komen lage-rugklachten voor in de huisartspraktijk?
2. Hoe handelen huisartsen bij lage-rugklachten en welke plaats nemen verwijzingen naar een orthopaedisch chirurg en andere hulpverleners daarbij in?
3. Waarin onderscheiden zich de patiënten met lage-rugklachten die naar een specialist (orthopaed respectievelijk neuroloog) worden verwezen van patiënten die niet worden verwezen of die naar een fysiotherapeut gaan?

Tabel 1. Verrichtingen van huisartsen bij patiënten met lage-rugklachten

Verrichtingen	Episodes met lage-rugklachten (n = 6879)	
	Aantal	%
Diagnostiek uitgevoerd in eigen praktijk	4899	71,2
Waarvan: lichamelijk onderzoek ledematen	2591	37,7
lichamelijk onderzoek wervelkolom	4281	62,2
neurologisch onderzoek	1528	22,2
Extern aangevraagde diagnostiek	576	8,4
Waarvan: röntgen wervelkolom	480	7,0
Behandeling in eigen praktijk	4500	65,4
Waarvan: even aankijken	395	5,7
(bed)rust voorschrijven	568	8,3
Medicatie	3848	55,9
Waarvan: injectie	103	1,5
Verwijzing naar fysiotherapeut	1896	27,6
Verwijzing naar medisch specialist	478	6,9
Waarvan: algemeen chirurg	6	0,1
orthopedisch chirurg	153	2,2
neuroloog	255	3,7
andere specialist	67	1,0

METHODE

Voor de beantwoording van deze vragen werd gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL.⁶ Deze studie werd gebaseerd op een a-selecte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef onder 161 huisartsen in 103 praktijken. Er werd vooral gebruik gemaakt van gegevens uit de contactregistratie, die plaatsvond gedurende 4 periodes van elk 3 maanden, tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988. Via patiëntgegevens die eveneens op het formulier werden vastgelegd was het mogelijk om, op basis van de contactregistratie, ziekte-episodes per patiënt te construeren.

Reden(en) voor contact en diagnoses zijn geclassificeerd via de International Classification of Primary Care (ICPC).⁷ De thans gepresenteerde analyses werden uitgevoerd op basis van nieuwe en bestaande ziekte-episodes uit het zgn. ICPC-hoofdstuk L (bewegingsapparaat). In dit hoofdstuk werden de volgende ICPC-codes (reden(en) voor contact of diagnoses) aangemerkt als lage-rugklachten: L02, symptomen/klachten rug, inclusief rugpijn; L03, lage-rugpijn zonder uitstraling; L79.4, distorsie/contusie wervelkolom

(exclusief de cervicale wervelkolom); L84.2, arthrosis deformans van de thoracale, lumbale, of sacrale wervelkolom; L86.1, rugpijn met uitstraling; L86.2, lumbago; L86.3, ischialgia; en L86.4, hernia nucleus pulposi/discusafwijkingen.⁸

RESULTATEN

In totaal werden de 161 deelnemende huisartsen in een periode van 3 maanden geconfronteerd met 6879 ziekte-episodes waarin de patiënten lage-rugklachten presenteerden; per 1000 ingeschreven patiënten waren er in die periode ongeveer 20 episodes met lage-rugklachten. Gemiddeld bestond iedere episode uit 1,5 contact met de huisartspraktijk. Het aantal contacten per episode was echter niet gelijkmatig verdeeld, want 73% van de rugklachtepisodes bestond uit slechts 1 contact.

In tabel 1 worden de diagnostische en therapeutische verrichtingen die de huisartsen bij lage-rugklachten uitvoerden, weergegeven. In ruim 70% van de episodes met lage-rugklachten voerden de huisartsen diagnostiek uit in eigen praktijk. Veelal betrof het daarbij lichamelijk onderzoek van de wervelkolom. Aanvullende diagnostiek werd vanuit de huisartspraktijk relatief weinig aangevraagd: in 7% van de episodes met lage-rugklachten verzocht de huisarts om een röntgenfoto.

De behandeling van lage-rugklachten in de huisartspraktijk omvatte in ieder geval een gesprek met de patiënt, die ook dikwijls voorlichting en adviezen kreeg. Deze behandeling werd derhalve niet als aparte categorie in tabel 1 opgenomen. De overige behandelingsmogelijkheden door de huisarts bestonden uit afwachten (even aankijken) en het voorschrijven van (bed)rust of geneesmiddelen.

Verwijzing naar een fysiotherapeut vond plaats in 27,6% van de episodes. In slechts 6,9% van de episodes werd de patiënt naar een medisch specialist verwezen, waarbij de neuroloog vaker werd geconsulteerd dan de orthopaedisch chirurg.

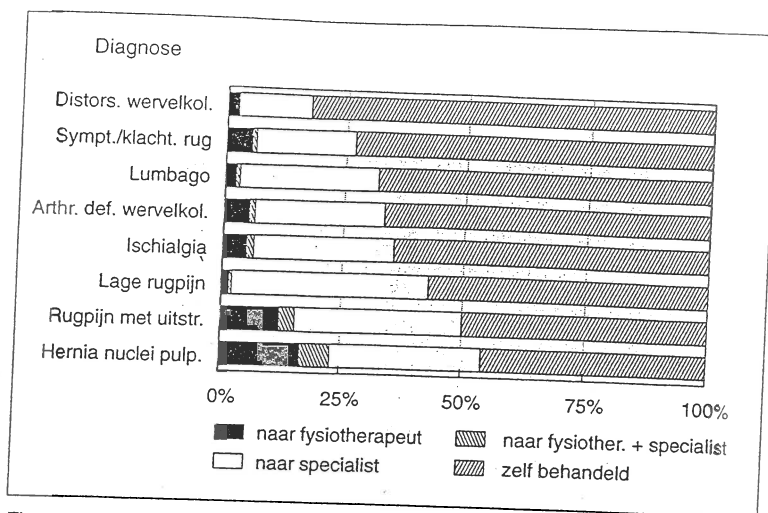
Het onderscheid tussen de mensen die door een huisarts zelf werden behandeld en de mensen die naar een fysiotherapeut, specialist of naar beiden tegelijk werden verwezen, wordt in figuur 1 naar specifieke klachten en diagnose weergegeven.

Van alle aandoeningen die lage-rugklachten kunnen veroorzaken bleek een 'distorsie' van de wervelkolom het minst vaak aanleiding te geven tot een verwijzing naar een specialist; in meer dan driekwart van de gevallen behandelde de huisarts een dergelijke klacht zelf.

Patiënten met lage-rugklachten, zowel met als zonder uitstralende pijn, en patiënten met verschijnselen van een hernia nuclei pulposi (HNP) werden relatief weinig door de huisarts zelf behandeld. Bij lage-rugpijn met uitstraling en in geval van HNP's werd behalve naar een specialist ook frequent naar een fysiotherapeut verwezen. Daarentegen werden patiënten met lage-rugpijn zonder uitstraling zelden naar een fysiotherapeut verwezen, terwijl in ongeveer 40% van de gevallen een verwijzing naar een medisch specialist plaatsvond. Er werd geen samenhang geconstateerd tussen het handelen van de huisarts en de (a)specificiteit van de aandoening van de patiënt.

In tabel 2 worden de verschillende aspecten van de lage-rugpijnepisodes met betrekking tot het al dan niet verwijzen naar een fysiotherapeut, orthopaed of neuroloog genuanceerd. Het blijkt dat patiënten die door een huisarts verwezen werden, of het nu naar een fysiotherapeut of specialist was, vaak al langer of eerder te kampen hadden met dezelfde klachten. Dat gold met name voor patiënten die naar een orthopaed waren verwezen; in ruim driekwart van de gevallen ging het daarbij om een recidiefepisode.

Wanneer patiënten naar een fysiotherapeut of neuroloog werden verwezen, voerde de huisarts vaker voorafgaande diagnostiek (i.c. lichamelijk onderzoek) uit dan wanneer hij/zij zelf behandelde of verwees naar de orthopaed. Aan patiënten die naar een fysiotherapeut of orthopaed werden verwezen,



Figuur 1. Het handelen van huisartsen bij lage-rugklachten.

schreef de huisarts minder vaak geneesmiddelen voor dan aan patiënten die hij/zij zelf behandelde of verwees naar de neuroloog.

Tot slot kan aan de hand van tabel 2 worden nagegaan waarin patiënten met een verwijzing naar de orthopaed verschilden van patiënten die naar de neuroloog werden verwezen. Bij laatstgenoemde patiënten voerde de huisarts vaker diagnostiek en behandeling uit en schreef hij vaker medicatie voor. De categorie patiënten die uiteindelijk naar de neuroloog werden verwezen had gemiddeld 2,9 contacten met de huisarts; bij verwijzing naar de orthopaed bedroeg dit aantal slechts 1,9; dit verschil is significant ($t = 4,97, p = 0.00$).

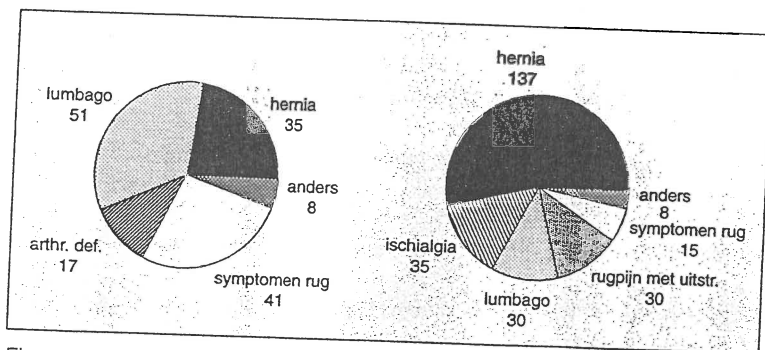
Tabel 2. Kenmerken van episodes van lage-rugklachten, al of niet met uitstraling, waarin al dan niet een verwijzing heeft plaatsgevonden.

Kenmerken van episodes	Niet verwezen (n = 4613)		Fysiotherapeut (n = 1788)		Orthopaed (n = 152)		Neuroloog (n = 255)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Herhaal- of recidiefepisode	2062	44,7	942	52,7	116	76,3	168	65,9
Diagnostiek in huisartspraktijk	3184	69,0	1382	77,3	93	61,2	201	78,8
Waarvan: lich. onderzoek ledematen	1593	34,5	787	44,0	52	34,2	144	56,5
lich. onderzoek wervelkolom	2735	59,3	1261	70,5	83	54,6	170	66,7
neurologisch onderzoek	850	18,4	490	27,4	28	18,4	142	55,7
Extern aangevraagde diagnostiek	352	7,6	171	9,6	17	11,2	28	11,0
Waarvan: röntgen wervelkolom	15	0,3	4	0,2	14	9,2	24	9,4
Behandeling in eigen praktijk	3053	66,2	1121	62,7	81	53,3	194	76,1
Waarvan: gespreksvoering	3053	66,2	1121	62,7	81	53,3	194	76,1
even aankijken	323	7,0	59	3,3	3	2,0	9	3,5
(bed)rust voorschrijven	371	8,0	127	7,1	9	5,9	54	21,2
Voorschrijven medicatie	3083	66,8	594	33,2	38	25,0	120	47,1
Waarvan: injectie	79	1,7	12	0,7	2	1,3	10	3,9

Er waren overigens duidelijke verschillen tussen de beide patiëntencategorieën waar het de rugaandoening betrof (figuur 2). Meer dan de helft van de patiënten die naar een neuroloog werden verwezen had een HNP. Als de categorie 'lage-rugpijn met uitstraling' daarbij wordt opgeteld, had zelfs meer dan 65% van de patiënten die met lage-rugklachten naar de neuroloog werden verwezen een (vermoedelijke) HNP. Deze categorie vormde nog geen kwart van de patiënten die wegens lage-rugklachten een verwijzing naar de orthopaed kregen. Van de patiënten met lage-rugklachten die volgens de huisarts berustten op 'lumbago' werd ongeveer 33% naar de orthopaed verwezen en 12% naar de neuroloog. Een patiëntengroep die bij de neuroloog overigens vrijwel ontbrak, was de categorie met arthrosis deformans van de wervelkolom; omgekeerd zag de orthopaed nauwelijks patiënten met ischialgiforme klachten. Patiënten met lage-rugpijn zonder uitstraling en met klachten van de rug ten gevolge van een distorsie (beide gerangschikt in de categorie 'anders') werden zelden naar beide specialismen verwezen.

CONCLUSIE

Uit de hierboven beschreven gegevens blijkt dat het 'marktaandeel' van orthopaeden in de behandeling van lage-rugklachten klein is wanneer men dit relateert aan het totale aantal patiënten dat met dergelijke problemen kampt: slechts 2,2 % wordt rechtstreeks naar de orthopeed verwezen. Een hoger percentage patiënten wordt verwezen naar de neuroloog en kan daarna uiteindelijk alsnog bij de orthopaedisch chirurg terecht komen. Een groter aantal patiënten zal echter via de neuroloog bij de neurochirurg belanden; uit de Landelijke Medische Registratie blijkt dat ruim 80% van de operaties aan de discus intervertebralis wordt uitgevoerd door een neurochirurg.⁸



Figuur 2. Verschil in patiëntengroepen die resp. naar de orthopeed en de neuroloog zijn verwezen.

Toch vormt lage-rugpijn geen zeldzame klacht in de orthopaedische praktijk. Naast de gemiddeld 87 patiënten die met deze klacht door de huisarts worden verwezen, worden ook patiënten door andere specialisten ingestuurd.

Voor orthopaedisch chirurgen zijn de volgende gegevens belangrijk:

- Meer dan driekwart van de door huisartsen verwezen patiënten heeft niet voor het eerst te kampen met lage-rugklachten.
- De huisarts heeft bij 1 op de 11 van deze patiënten al een röntgenfoto van de wervelkolom laten maken, waardoor de orthopaed dit onderzoek niet hoeft te herhalen.
- Slechts 1 op de 4 patiënten gebruikt, op recept van de huisarts, medicijnen tegen lage-rugklachten.

Dit laatste is een relatief laag percentage vergeleken bij de meeste andere aandoeningen, waarbij huisartsen gemiddeld in 65% van de gevallen een geneesmiddel voorschrijven.

De gegevens uit de Nationale Studie zijn alweer 7 à 8 jaar oud. Recentere gegevens voor de beantwoording van de vragen van de probleemstelling zijn echter niet of slechts op kleine schaal beschikbaar. Voor zover een vergelijking met meer recente gegevens mogelijk is, blijkt dat sinds 1987 het aandeel van orthopaeden en fysiotherapeuten in het totaal aantal verwijzingen van huisartsen voor lage-rugklachten is afgenomen, terwijl het aandeel van neurologen is toegenomen.⁹

Helaas kunnen patiënten met lage-rugklachten op basis van de gegevens uit de Nationale Studie slechts worden gevolgd tot aan de poorten van het ziekenhuis. Er bestaat weinig inzicht in wat er met deze patiënten gebeurt nadat zij door de huisarts zijn verwezen. Op basis van de LMR kan wel worden afgeleid wat het handelen van orthopaedisch chirurgen is bij welomschreven diagnosecategorieën als bijvoorbeeld HNP lumbalis. In deze gevallen volgt meestal een operatieve verrichting.¹⁰ Slechts 5% van de patiënten wordt door orthopaeden niet geopereerd. Het is echter niet duidelijk hoe orthopaedisch chirurgen handelen bij patiënten die door de huisarts zijn verwezen met als 'diagnose' symptomen of klachten van de rug; met andere woorden, in gevallen waarin de huisarts zelf geen specifieke diagnose kon of wilde stellen. Een en ander zal waarschijnlijk ook afhangen van de vraag of een patiënt door de huisarts rechtstreeks naar de orthopaedisch chirurg is verwezen of via de neuroloog bij hem terecht is gekomen. Om deze en andere vragen te beantwoorden is het nodig om patiënten met lage-rugklachten te volgen vanaf het moment dat zij voor het eerst bij

de orthopaed op het spreekuur komen. Alleen op die wijze kan een betrouwbaar beeld worden verkregen van de gangbare orthopaedische praktijk.

ABSTRACT

On average, each orthopaedic surgeon is consulted annually by 87 new patients with low back pain who are selected by their general practitioner (GP). Based on a study in 103 general practices (NIVEL), the frequency of referring these patients to an orthopaedic surgeon by the GP was investigated. Furthermore, the differences between these patients and those who were not referred or had been referred to a physiotherapist or a neuro-

logist, were evaluated. GPs refer to a consultant in only 6.9% of lower back pain episodes, however, most often to a neurologist. Such patients have more contacts with their GP and they receive more diagnostic and curative treatment in general practice than patients who are primarily referred to an orthopaedic surgeon. Unfortunately, based on the available data, patients with low back pain can only be followed up to the hospital's entrance. Coherent with the development of a standard for the management of low back pain by the Dutch Orthopaedic Association, it would also be useful to investigate and outline the management of these complaints in orthopaedic practice.

LITERATUUR

1. Maljers LDJ. De rug kan het niet meer dragen! Of kan Bruin het niet meer trekken? *Reuma & Trauma* 1994;18;2:7-13.
2. Tulder MW van, Kroes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 1995;62:233-40.
3. Haanen HCM. Een epidemiologisch onderzoek naar lage-rugpijn. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1984.
4. Faas A. Oefentherapie bij acute lage-rugpijn: een interventieonderzoek in 40 huisartspraktijken. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992.
5. Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basisrapport. Leiden: TNO, 1994.
6. Bensing JM, Foets M, Velden van der J, Zee van der J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts & Wetenschap* 1991;34;2:51-61.
7. Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
8. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Morbiditeit in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
9. *Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep HSV, 1995.
10. SIG. *Neurochirurgie: Grote lijnen 1984-1993*. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1995.