

aspecifieke lage rugpijnklachten  
in de huisartspraktijk

H. Schers  
R. Drijver  
M.Kastein  
J.van Doremalen  
H. van den Hoogen  
J. Braspenning, projectleider

 NIVEL  
bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

oktober 1998

## **LINH** Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

LINH is een (landelijk representatief) netwerk van huisartsenpraktijken die gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen registreren met behulp van hun Huisarts Informatie Systeem (HIS). Het zijn dus allen geautomatiseerde huisartsenpraktijken, die gebruik maken van de basismodule en de medische module van een WCIA goedgekeurd HIS (een HIS dat voldoet aan de eisen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.). LINH werkt met vijf van de zes HIS'en, te weten MicroHIS, Promedico, Elias, Machis en Arcos.

LINH is een samenwerkingsverband van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht. LINH wordt gefinancierd door het ministerie van VWS, NHG en LHV.

Doelstelling van LINH is het verzamelen/leveren van representatieve, continue informatie omtrent de door de Nederlandse Huisartsen verleende zorg.

Deze informatie is van belang voor het landelijk beleid van beroepsgroep, verzekeraars en overheid omdat met cijfers onderbouwd kan worden laten zien welke bijdrage de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert. Daarnaast is inzicht in het huisartsgeneeskundig handelen van belang voor de kwaliteitsbevordering. Dit om inzicht te krijgen in de toepassing en haalbaarheid van NHG-standaarden.

Wat wordt in LINH verzameld?

- a. Op continue basis worden diagnosespecifieke gegevens over verwijzingen, contacten, medicijnvoorschriften en aanvragen van laboratoriumdiagnostiek verzameld alsmede enkele gegevens over de samenstelling van de praktijkpopulatie;
- b. Op periodieke basis worden gegevens rond specifieke onderwerpen verzameld als NHG-standaarden en preventieve programma's in de huisartspraktijk.

Het uitgangspunt van LINH is dat de informatieverzameling het betrouwbaarst is als zo weinig mogelijk wordt geïnterfereerd met de praktijkvoering, de dataverzameling sluit daarom zo goed mogelijk aan bij de dagelijkse activiteiten in de praktijkvoering van de huisarts. Niettemin is extra programmatuur nodig om te zorgen dat de vereiste informatie consequent en op de juiste plek wordt ingevoerd. Deze basisgegevens worden uit de computer van de huisartsen geëxtraheerd met behulp van speciale LINH programmatuur. Binnen LINH is verder deskundigheid aanwezig om op ad hoc-basis elektronische vragenlijsten rond specifieke onderwerpen in te bouwen in de computers van de huisartsen.

Deelnemers

LINH groeit toe naar 100 huisartspraktijken (stand oktober 1998: 85) met circa 160 huisartsen en bijna 400.000 ingeschreven patiënten. LINH vraagt van de deelnemende praktijken dat zij hun HIS op een nauwgezette en consequente wijze gebruiken. De deelnemende praktijken zijn goed gespreid over Nederland naar regio en urbanisatiegraad. De gezamenlijke praktijkpopulaties van de deelnemende huisartspraktijken vormen ook een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking.

---

## Voorwoord

In opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap is door het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) onderzoek verricht naar de handelwijze van de huisarts bij patiënten met lage rugpijnklachten. Het LINH is een nationaal netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken, waarmee landelijk representatieve gegevens kunnen worden verkregen over zorgprocessen en zorgprodukten in de huisartspraktijk. Deze worden benut ten behoeve van het gezondheidsbeleid en ter beantwoording van onderzoeksvragen op het gebied van kwaliteit van zorg. Het LINH is een samenwerkingsverband tussen het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Universiteit van Maastricht. Het netwerk omvat momenteel 77 praktijken (135 huisartsen), die wat betreft locatie, praktijkvorm en praktijkpopulatie representatief zijn voor Nederland. De gebruikte software -het Huisarts Informatie Systeem (HIS)- kan per praktijk verschillen. In totaal wordt gebruik gemaakt van zes van de zeven op de markt actieve en door de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA, NHG/LHV) goedgekeurde Huisarts Informatie Systemen.

Bij het in kaart brengen van de handelwijze van de huisarts bij patiënten met lage rugpijnklachten is gebruik gemaakt van een elektronische vragenlijst. De onderwerpen die in deze vragenlijst aan bod komen zijn vastgesteld binnen een NHG-WOK werkgroep. De leden van deze werkgroep waren Cees Appelman, Jozé Braspenning, Roel Drijver, Jan-Willem de Jonge, Marcel Kastein, Jaap van der Laan, Ad Schuurman, Kees in 't Veld en Dianne de Visser. Wij bedanken hen voor hun specifieke bijdrage aan het slagen van dit project.

De huisartsen die aan het project hun medewerking hebben verleend, bedanken wij eveneens voor het registreren van de patiëntengegevens. Het project heeft veel ondersteuning verkregen van het logistieke team -Resi Rutten, Janet Visser, Erny Wentink en Melanie van der Veeke- en de algemene systeembeheerder Waling Tiersma. Bedankt voor jullie inzet. Tot slot nog een woord van dank naar Margot Tacken, die als onderzoeksassistente de eindjes heeft opgepakt die (bijna) bleven liggen.

Nijmegen, oktober 1998

---

## Inhoudsopgave

SAMENVATTING	5
1. INLEIDING	7
2. METHODE	8
2.1. Studiepopulatie	8
2.2. Meetinstrument	9
2.3. Procedure	10
2.4. Analyse	10
3. RESULTATEN	11
3.1. Studiepopulatie	11
3.2. Anamnese	12
3.3. Lchamelijk onderzoek	13
3.4. Aanvullend onderzoek	14
3.5. Beleid	15
3.6. Enkele algoritmen	18
4. DISCUSSIE	19
5. LITERATUUR	23
APPENDIX A	24
APPENDIX B	25

---

## Samenvatting

**Achtergrond:** In 1996 werd de NHG-Standaard Lage-Rugpijn gepubliceerd. Hierin worden wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen beschreven voor het huisartsgeneeskundige beleid bij patiënten aspecifieke lage rugpijn. Het is niet bekend in hoeverre het handelen in de dagelijkse praktijk van de huisarts aansluit op de richtlijnen in de NHG-Standaard. Wij onderzochten het diagnostische en therapeutische beleid van de huisarts bij patiënten van 18 jaar en ouder met lage rugpijn als hoofdklacht en vergeleken dit met de kernrichtlijnen uit de NHG-Standaard. Bij een aantal handelingen is gevraagd naar de reden van de gekozen handelwijze, met name als er van de richtlijn werd afgeweken.

**Methode:** In de periode van juni 1997 tot en met januari 1998 werden in 32 praktijken gegevens verzameld van patiëntencontacten waarbij lage rugpijn de hoofdklacht was. Met behulp van een elektronische module, gekoppeld aan het HIS, beantwoordden de huisartsen na ieder 'rugpijn'-contact een aantal vragen over diagnostiek en beleid en daarnaast een aantal vragen over de achterliggende reden voor het gevoerde beleid. De registratie concentreerde zich op die gevallen waarbij de diagnose aspecifieke lage rugpijn werd gesteld.

**Resultaten:** Door 51 huisartsen werden 1412 patiëntencontacten geregistreerd in verband met lage rugpijn. In 937 gevallen (72%) werd de werkdiagnose aspecifieke lage rugpijn gesteld en in 170 gevallen (13%) de werkdiagnose lumbosacraal radiculair syndroom. Van de contacten met aspecifieke lage rugpijn was er 646 maal (69%) sprake van acute lage rugpijn (<6 weken bestaand), 59 maal (6%) van subacute lage rugpijn (6-12 weken bestaand) en 232 maal (25%) van chronische lage rugpijn (>12 weken bestaand of regelmatig recidiverend). Bij het lichamelijk onderzoek werd de wervelkolom onderzocht in 76% van de contacten; de proef van Lasègue werd verricht in 45% van de contacten. Aanvullend onderzoek (röntgen- of bloedonderzoek) werd aangevraagd in 7% van de contacten (bij *acute* lage rugpijn in 3%, bij *chronische* lage rugpijn in 10% van de contacten). Medicatie, meestal in de vorm van een NSAID, werd voorgeschreven in 46% van de contacten. Indien bedrust werd voorgeschreven (6%) was dit meestal voor langer dan 2 dagen. Verwijzing binnen de eerste lijn (fysiotherapie) vond plaats in 33% van de contacten (bij *acute* klachten in 20%, bij *subacute* klachten in 64% en bij *chronische* klachten in 44%). Verwijzingen naar de tweede lijn vonden plaats in 3% van de contacten (bij *acute* klachten in 0,3%, bij *chronische* klachten in 7%). Vervolgafspraken werden in 60% van de contacten *niet* gemaakt en in 35% van de contacten kregen de patiënten instructie wanneer terug te komen.

---

**Beschouwing:**

In dit onderzoek naar lage rugpijn in de huisartsenpraktijk werd door de huisartsen grotendeels conform de NHG-Standaard gewerkt. Desalniettemin resteert er ruimte voor verbetering. Winst is te behalen door een consequentere tijdsgebonden benadering in die gevallen waarin bedrust wordt geadviseerd (kortdurend en pijnonafhankelijk in plaats van langerdurend of op geleide van pijn) en in gevallen waarin medicatie wordt voorgeschreven (op vaste basis in plaats van op zonodig basis). Ook lijkt verbetering mogelijk bij volgens de NHG-Standaard niet geïndiceerde verwijzingen binnen de eerste lijn (fysiotherapeut) in geval van *acute* lage rugpijn. Daarnaast verdient het maken van controle-afspraken, in de NHG-Standaard vooral aanbevolen bij *subacute* klachten, aandacht.

---

## 1. Inleiding

Lage rugpijn wordt in de huisartsenpraktijk veelvuldig gezien. Slechts in 5-10% van de gevallen wordt na onderzoek door de huisarts een specifieke diagnose gesteld. Het beloop van de resterende 90%, de zogenaamde aspecifieke lage rugpijn, is vaak gunstig maar recidieven en klachten die langer dan drie maanden aanhouden worden regelmatig gezien.<sup>1 2</sup> Lage rugpijn vormt mede hierdoor een omvangrijk gezondheidsprobleem met grote sociaal-economische gevolgen. Onlangs werd beraamd dat rugklachten de Nederlandse maatschappij 9,3 miljard gulden per jaar kosten. Van dit bedrag komt het merendeel voor rekening van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.<sup>3</sup>

In 1996 is de NHG-Standaard Lage-Rugpijn gepubliceerd.<sup>4</sup> Deze weerspiegelt de huidige wetenschappelijke inzichten en geeft, voor zover mogelijk, onderbouwde richtlijnen voor de huisartsgeneeskundige aanpak van aspecifieke lage rugpijn. Enkele kernpunten uit de NHG-Standaard zijn het voorkomen van overbodige diagnostiek en het streven naar preventie van chroniciteit. Toepassing van de richtlijnen resulteert idealiter in optimale, effectieve en doelmatige zorg. Het implementeren van nieuwe inzichten en richtlijnen verloopt echter vaak moeizaam. Elders werd gevonden dat publikatie van richtlijnen voor huisartsen bij lage rugpijn niet resulteerde in aanpassing of verbetering van het gevoerde beleid.<sup>5</sup> De veronderstelling was daarom dat ook in de Nederlandse situatie de aanpak van lage rugpijn af zou wijken van het in de NHG-Standaard voorgestane beleid.

De uitkomst van het arts-patiënt contact is het resultaat van een complex proces. Er zijn allerlei redenen waarom in het contact afgeweken kan worden van bestaande richtlijnen. Een terughoudend beleid, zoals voorgesteld in de NHG-Standaard Lage-Rugpijn, wordt de huisarts niet altijd in dank afgenomen. De inzichten omtrent lage rugpijn van patiënten en huisartsen verschillen; patiënten willen over het algemeen sneller aanvullende diagnostiek en sneller verwezen worden.<sup>6</sup> Werkgevers en ARBO-diensten oefenen druk uit op patiënten en de huisarts. Fysiotherapeuten wijken bij de behandeling van lage rugpijn op meerdere punten af van datgene wat volgens de NHG-Standaard optimaal beleid is.<sup>7 8</sup> Deze en andere factoren kunnen ertoe leiden dat de huisarts de richtlijnen uit de NHG-Standaard niet optimaal kan implementeren.

Het doel van dit onderzoek is om de handelwijze van de huisarts met betrekking tot een aantal kernrichtlijnen bij lage rugpijn in beeld te brengen. Daarnaast wordt nagegaan waarom de huisarts in bepaalde gevallen afwijkt van de NHG-Standaard. Er wordt getracht een onderscheid te maken tussen afwijkingen op goede gronden en afwijkingen die op minder goede gronden gemaakt worden.

---

Vraagstellingen:

1. Hoe handelt de huisarts bij patiënten met lage rugpijnklachten?
2. In hoeverre handelen huisartsen conform de toetsbare richtlijnen uit de NHG-Standaard Lage-Rugpijn?
3. Welke reden wordt opgegeven voor het niet volgen van een aantal kernrichtlijnen uit de NHG-Standaard?

## **2. Methode**

### **2.1. Studiepopulatie**

In de periode tussen juni 1997 en januari 1998 verzamelden 51 huisartsen gedurende een periode van vier maanden gegevens over hun patiënten van 18 jaar en ouder die in een of meerdere consulten lage rugpijn als hoofdklacht presenteerden. De deelnemende huisartsen waren afkomstig van praktijken, verbonden aan het LINH-project (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg). Van de 33 benaderde praktijken werden 32 praktijken bereid gevonden om deel te nemen aan het onderzoek.

LINH is een samenwerkingsverband van de LHV, het NHG, het NIVEL en de WOK (Werkgroep Ontwikkeling Kwaliteit van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht). De huisartsen die deelnemen aan LINH zijn op belangrijke punten een goede afspiegeling van het huisartsenbestand in Nederland. Belangrijke doelen van LINH zijn onder andere om informatie te verzamelen over huisartsenzorg en NHG-Standaarden. Vanwege de beschikbare software werden alleen die LINH-praktijken benaderd die gebruik maken van een Promedico of Elias systeem.



---

## 2.2. Meetinstrument

De registratie vond plaats met behulp van een elektronische module. De ontwikkeling hiervan vond plaats in een NHG-WOK werkgroep. Deze selecteerde de zogenaamde *kernrichtlijnen* uit de NHG-Standaard Lage-Rugpijn.<sup>4</sup> Hiertoe werd de NHG-Standaard grondig doorgenomen met extra aandacht voor relatief "nieuwe" standpunten. Na het benoemen van de kernrichtlijnen werd een vergelijking gemaakt met een soortgelijk meetinstrument uit het project 'Toetsen aan Standaarden' (TAS)<sup>9</sup>, waarna een definitieve set van kernrichtlijnen werd vastgesteld. Bij het bepalen van deze set was het van belang dat de gekozen kernrichtlijnen een toetsbaar karakter hadden.

De selectie van items is verwerkt tot een vragenlijst, waarmee niet alleen geïnventariseerd werd of in een consult de richtlijn werd gevolgd maar ook welke motivatie ten grondslag lag aan het eventueel afwijken van de richtlijn. Deze vragenlijst werd schriftelijk getest in de praktijken van 11 huisartsen die elk minimaal twee consulten registreerden. De vragenlijst werd op enkele punten bijgesteld. De belangrijkste aanpassing betrof het toevoegen van een vraag over het testen van reflexen. De NHG-Standaard bevat geen richtlijn omtrent het uitvoeren hiervan, maar dit deel van het lichamenlijk onderzoek bleek zo nauw verweven met de dagelijkse praktijk dat het niet ingaan op dergelijk onderzoek als een gemis werd ervaren. De schriftelijke versie is aan de LINH-klankbordgroep voorgelegd en vervolgens in elektronische vorm aangemaakt. Deze elektronische versie werd door drie huisartsen uitgetest. Zij registreerden gegevens van de laatste 3 patiënten met lage rugpijnklachten.

De module bestond uit een aantal onderdelen: anamnese, lichamenlijk onderzoek, werkdiagnose en beleid. In de *anamnese* werden vastgelegd: duur van de klachten (in episoden en in weken), uitstraling en mate van belemmering in ADL. Bij het *lichamenlijk onderzoek*: stand en/of de beweeglijkheid van de wervelkolom, proef van Lasègue, reflexonderzoek, aanvraag van röntgenonderzoek en onderzoek van de BSE. Bij afwijking van de NHG-Standaard werd gevraagd naar motivatie. Hierna werd gevraagd naar een *werkdiagnose*. Als de conclusie werd getrokken dat de klachten aspecifiek van aard waren dan werden de vragen naar het beleid voorgelegd. De *beleidsvragen* gingen over: bedrust, opbouw van activiteiten ondanks pijn, gesprek over acceptatie en mogelijke relatie met psychosociale problemen, voorschrijven van medicatie en bijbehorende instructie, vervolgfafspraak en verwijzing binnen eerste of naar tweede lijn. Er werd naar de motivatie gevraagd bij het medicatievoorschrift of verwijzing.

Met behulp van de kernrichtlijnen uit de NHG-Standaard werd een aantal algoritmen geconstrueerd. Deze algoritmen geven een beeld van handelingen die wel of niet uitgevoerd zouden moeten worden volgens de NHG-Standaard. Een voorbeeld van een dergelijk algoritme is bijvoorbeeld: de huisarts handelt 'juist' wanneer hij, ingeval van het voorschrijven van

---

bedrust bij *acute*, *subacute* of *chronische* lage rugpijn, adviseert maximaal 2 dagen op bed te blijven. (Zie verder de paragraaf *resultaten*.)

### 2.3. Procedure

Aan de huisartsen werd gevraagd ieder contact met lage rugpijn te registreren, dus zowel spreekuurcontact, visite als telefonisch contact. De huisartsen vulden de module in, meteen na het consult of aan het einde van de dag, aan de hand van hun herinnering of met behulp van het HIS. Alleen in die gevallen waarin de werkdiagnose *aspecifieke lage rugpijn* werd gesteld, werd gevraagd het volledige beleid met behulp van de elektronische vragenlijst te registreren. Ingeval van een telefonisch consult konden niet alle vragen beantwoord worden.

In het najaar van 1997 werd de software aan de praktijken toegestuurd. Deze software ging, conform de standaardprocedure van LINH, vergezeld van een handleiding. De vragenlijst werd gedurende 4 maanden in de praktijken gebruikt. De tijdsduur varieerde enigszins per praktijk, omdat door vakanties de periode soms werd onderbroken. De module werd stapsgewijs in de praktijken uitgezet, zodat eventuele onvolkomenheden opgelost konden worden in een volgende versie. De module bleek echter goed bruikbaar en aanpassing was niet nodig.

Twee weken na verzending van de software werden de deelnemende praktijken door medewerkers van het logistieke team telefonisch benaderd met als doelen: controle van het aantal geregistreerde patiënten, oplossen van onduidelijkheden bij het gebruik van de module en laaghouden van non-respons. Op basis van de NHG-Standaard werd de prevalentie geschat op 1 tot 2 patiënten per week (normpraktijk). In verband met te verwachten onderregistratie hoopten wij bij aanvang ongeveer de helft hiervan te includeren. Tijdens de telefonische ronde bleek het geregistreerde aantal patiënten per huisarts iets hoger uit te vallen, ongeveer 3 tot 4 patiënten per week (deelnemende praktijk).

De door de huisartsen gevulde diskettes werden aan het einde van de registratieperiode teruggezonden naar het logistiek team van LINH.

### 2.4. Analyse

De verzamelde gegevens werden per praktijk uitgespoeld en daarna samengevoegd tot een groot databestand. De analyses werden verricht met het statistische programma SAS.

Bij het analyseren werd conform de NHG-Standaard een onderscheid gemaakt naar *acute* lage rugpijn (klachten korter dan 6 weken bestaand), *subacute* lage rugpijn (klachten tussen de 6 en 12 weken bestaand) en *chronische* lage rugpijn (klachten langer dan 12 weken bestaand of

---

frequent recidiverend). Voor de beleidsitems werd ook geanalyseerd op het niveau van eerste of latere contacten in een episode. Het percentage contacten waarin wel of niet conform de adviezen in de NHG-Standaard werd gehandeld is berekend.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Studiepopulatie

Op het moment van analyse waren de gegevens beschikbaar van 51 huisartsen uit 27 praktijken. Van de ontbrekende 5 praktijken waren geen patiëntennummers beschikbaar waardoor de gegevens niet verwerkt konden worden. Het totale aantal geregistreerde consulten bedroeg 1412. Het aantal telefonische contacten was 112 (8%), het aantal spreekuurcontacten 1217 (86%) en er werden 83 (6%) visites geregistreerd. In 65% van de gevallen was sprake van het eerste contact in de episode, in 20% het tweede contact en in 15% van de gevallen betrof het een derde of later contact.

De praktijkkenmerken van de deelnemende LINH-praktijken zijn in vergelijking tot de Nederlandse situatie weergegeven in tabel 1. Het aandeel solopraktijken was binnen de studiepulatie geringer.

**Tabel 1. Praktijkkenmerken van de studiepulatie en van huisartsenpraktijken in Nederland.**

	<i>studiepopulatie</i> <i>n=27 praktijken</i>		<i>Nederland*</i> <i>n=4803 praktijken</i>	
<b>Praktijkvorm</b>				
solo	11	41%	3290	69%
<b>Mate van urbanisatie</b>				
(zeer) sterk stedelijke gemeente	12	44%	1958	41%
matig/weinig stedelijke gemeente	9	33%	1989	42%
niet stedelijke gemeente	6	22%	853	18%
<b>Apotheekhoudend</b>				
niet	24	89%	4186	87%

\* statistieken geleverd door het NIVEL (01-01-1997)

Van de *patiëntenpopulatie* was 50,5% vrouw, 49,5% man. De opbouw naar verzekeringsvorm laat een relatieve oververtegenwoordiging zien van ziekenfondsverzekerden; in de studiepulatie was 26% particulier verzekerd en 74% ziekenfonds.

De werkdiagnosen van de huisartsen (consulten en visites; telefonische consulten blijven buiten beschouwing) staan voor de gehele groep en uitgesplitst naar subcategorie -met behulp van de vragen naar duur en frequentie van het optreden- vermeld in **tabel 2**.

In ruim 72% van de contacten werd de werkdiagnose gesteld op specifieke lage rugpijn. In de categorie 'anders' werd een veelheid aan diagnoses vermeld, die grotendeels zijn te classificeren in 'SI-problematiek', 'degeneratieve afwijkingen', 'stands- en houdingsafwijkingen' en 'osteoporotische klachten' (**Appendix A**). In 65% van de contacten was er sprake van acute klachten, in 6% van subacute klachten en in 29% van chronische klachten. In de subacute groep was het relatieve aandeel van het lumbosacraal radiculair syndroom groter. Bij de groep chronische klachten werd 21% geïdentificeerd als 'anders'.

**Tabel 2. Werkhypothesen (in percentages) bij 1300 patiëntencontacten met lage rugpijn (consulten en visites): voor de totale groep (n=1300) en naar subgroep.**

	<i>Totaal</i> (n=1300)	<i>acuut</i> (n=835)	<i>subacuut</i> (n=91)	<i>chronisch</i> (n=374)
specifieke lage rugpijn	72%	78%	65%	62%
lumbosacraal radiculair syndroom	13%	12%	20%	14%
tumor / metastase	1%	0%	0%	1%
M. Bechterew	1%	0%	1%	2%
wervelfractuur	0%	0%	1%	0%
anders, nl ...	13%	10%	13%	21%

In de verdere analyses werden alleen de 937 contacten met de werkdiagnose *specifieke lage rugpijn* betrokken.

In de geval van specifieke lage rugpijn bestonden de klachten in 69% van de gevallen korter dan 6 weken (56% korter dan 3 weken; 13% tussen 3 en 6 weken), in 6% van de gevallen tussen de 6 en 12 weken en in 25% van de gevallen langer dan 12 weken.

### 3.2. Anamnese

De anamnestiche bevindingen naar subgroep zijn opgenomen in **tabel 3**. In 63% van de geregistreerde contacten was er in het verleden één of meerdere episodes met lage rugpijn. Bij acute klachten was er in 14% van de contacten ernstige belemmering in het dagelijks functioneren, bij chronische klachten in 10% van de contacten. Gemiddeld in 10% van de contacten was er sprake van uitstralende pijn in één of beide benen.

**Tabel 3. Anamnestiche bevindingen (in percentages) bij aspecifieke lage rugpijn naar subgroep.**

	<i>acuut</i> (n=646)	<i>subacuut</i> (n=59)	<i>chronisch</i> (n=232)
<b>frequentie van optreden</b>			
nooit eerder	45%	44%	12%
af en toe	53%	56%	16%
regelmatig *			72%
onbekend	2%		
<b>invloed op ADL</b>			
niet/nauwelijks	36%	41%	31%
matig	49%	49%	59%
ernstig	14%	7%	10%
onbekend	1%	3%	
<b>uitstralende pijn in been</b>	10%	3%	11%

\* volgens de NHG Standaard Lage Rugpijn valt de groep patiënten met regelmatige klachten per definitie in de categorie 'chronisch'.

### 3.3. Lichamelijk onderzoek

Het door de huisartsen verrichte lichamelijk onderzoek en de mate waarin het verrichte onderzoek afwijkend was zijn weergegeven in **tabel 4**. Onderzoek van de wervelkolom werd bij acute lage rugpijn in 80% van de contacten uitgevoerd, bij chronische lage rugpijn in 72%. De proef van Lasègue werd bij acute lage rugpijn in 40% van de contacten verricht, bij chronische lage rugpijn in 36%. De argumenten om *geen* of slechts *gedeeltelijk* lichamelijk onderzoek te verrichten waren velerlei. In 40% van die contacten waarin geen lichamelijk onderzoek werd verricht, werd dit nagelaten omdat dit door de huisarts niet relevant werd gevonden. In 36% was onderzoek al in een eerder stadium gedaan. Ook de toestand van de patiënt werd vermeld als reden om geen onderzoek van de wervelkolom te verrichten (13%). Werkdruk (4%), 'niet aan gedacht' (0%) of 'andere reden' (7%) speelden nauwelijks een rol. Voor de proef van Lasègue gold dat de huisarts deze meestal *niet* uitvoerde omdat hij het onderzoek niet relevant vond (79%) of omdat hij de proef in een eerder stadium had uitgevoerd (13%). De toestand van de patiënt (4%), grote werkdruk (2%), 'niet aan gedacht' (1%) en 'andere reden' (1%) werden nauwelijks genoemd. De redenen om onderzoek *niet* te verrichten toonden voor de subgroepen *acuut*, *subacuut* en *chronisch* geen grote verschillen. Bij de groep met *acute* lage rugpijn werd

de toestand van de patiënt vaker als reden aangevoerd, bij de groep met *chronische* lage rugpijn werd vaker aangegeven dat het onderzoek al uitgevoerd was.

**Tabel 4. Percentage patiëntencontacten waarin door de huisarts *lichamelijk onderzoek* werd verricht en de mate van afwijkingen naar subgroep bij aspecifieke lage rugpijn.**

	<i>acuut (n=646)</i>	<i>subacuut (n=59)</i>	<i>chronisch (n=232)</i>
<b>onderzoek wervelkolom</b>	80%	80%	72%
indien onderzocht % afwijkend	42%	30%	39%
<b>proef van Lasègue</b>	40%	51%	36%
indien onderzocht % afwijkend	6%	0%	7%
<b>onderzoek reflexen</b>	29%	37%	28%
indien onderzocht % afwijkend	3%	3%	5%

### 3.4. Aanvullend onderzoek

De mate waarin huisartsen aanvullend onderzoek aanvroegen en de vorm van dit aanvullende onderzoek is weergegeven in **tabel 5**. Bij acute lage rugpijn werd in 3% van de gevallen aanvullend onderzoek aangevraagd, bij chronische klachten in 10%. Huisartsen lieten met name aanvullend onderzoek verrichten omdat ze een specifieke oorzaak wilden uitsluiten (62%) of ter geruststelling (21%). Andere redenen zoals de voorkennis over een patiënt (2%), de wens om tijd te winnen (0%), druk vanuit een eerstelijns-behandelaar (5%) of 'een andere reden' (10%) speelden veel minder vaak een rol. Tussen de subgroepen acuut, subacuut en chronisch waren geen grote verschillen in redenen om aanvullend onderzoek aan te vragen.

**Tabel 5. Aantal patiëntencontacten waarin door de huisarts aanvullend onderzoek werd aangevraagd naar subgroep bij specifieke lage rugpijn en aantal contacten waarin röntgenonderzoek (X-foto) en bezinkingssnelheid van de erythrocyten (BSE) werd aangevraagd.**

	<i>acuut (n=646)</i>	<i>subacuut (n=59)</i>	<i>chronisch (n=232)</i>
Aanvullend onderzoek	16 (3%)	4 (7%)	22 (10%)
X-foto	9	4	13
BSE	3	2	7

### 3.5. *Beleid*

Het door de huisarts gevoerde beleid is samengevat in **tabel 6**. Bedrust werd in minder dan 10% van de contacten voorgeschreven en meestal werd het advies gegeven om de activiteiten in het dagelijks leven uit te breiden ondanks de pijn. Met name bij acute klachten werd medicatie voorgeschreven, vaak in de vorm van een NSAID, in te nemen volgens een vast schema. Er werden weinig vervolgspraken gemaakt. Verwijzingen naar de tweede lijn vonden vaker plaats naarmate de klachten langer bestonden en verwijzingen binnen de eerste lijn (fysiotherapeut, Mensendieck, Cesar e.d.) werden het meest frequent gezien bij de groep met subacute klachten. De belangrijkste redenen om medicatie voor te schrijven zijn samengevat in **tabel 7a**. De meest genoemde reden bij de acute groep was dat het voorschrijven van medicatie 'het meestal gevoerde beleid' was, in de chronische groep was met name de 'goede ervaring van de patiënt' de reden om medicatie voor te schrijven. In **tabel 7b** is voor de afzonderlijke subgroepen een top-5 gecreëerd van de meest genoemde redenen om te verwijzen naar de eerste of tweede lijn. De meest genoemde redenen waren 'de vroegere ervaring van de patiënt' en 'de duur van de klachten'.

**Tabel 6. Beleid van de huisarts (percentages) bij 937 patiëntencontacten met de werkhypothese specifieke lage rugpijn naar subgroep.**

	<i>acuu</i> (n=646)	<i>subacuu</i> (n=59)	<i>chronisch</i> (n=232)
<b>bedrust geadviseerd</b>	7%	5%	4%
1 - 2 dagen	37%	67%	33%
3 - 4 dagen	26%	33%	22%
> 4 dagen	10%		11%
op geleide pijn	27%		33%
<b>advies: activiteiten uitbreiden ondanks pijn</b>	79%	70%	73%
<b>gesprek over acceptatie van pijn en hinder</b>	n.v.t.*	44%	56%
<b>gesprek over relatie tussen pijn en psychosociale problemen</b>	n.v.t.*	19%	25%
<b>medicatie voorgeschreven#</b>	55%	20%	38%
paracetamol	18%	8%	17%
NSAID	82%	83%	82%
benzodiazepine	7%	17%	20%
<b>instructie: medicatie innemen volgens een vast schema</b>	63%	42%	64%
<b>vervolgafspraak gemaakt</b>			
op datum	5%	3%	7%
op instructie	36%	27%	33%
<b>verwezen naar tweede lijn</b>	0,3%	3,4%	6,9%
<b>verwezen naar eerste lijn</b>	22%&	64%	44%
voor passieve therapie	16%	10%	9%
voor actieve therapie	41%	58%	57%
therapeut beslist	39%	32%	30%

\* In de module werden bij *acute* klachten (<6 weken bestaand en niet frequent recidiverend) deze vragen overgeslagen omdat ze in dit stadium niet van belang werden geacht (NHG-Standaard).

# Het totaal van percentages van de afzonderlijke medicijnclusters kan meer dan 100% bedragen omdat ook combinaties van medicamenten werden voorgeschreven.

& Bij acute lage rugpijn werd in een eerste contact van een episode in 14% verwezen, in een tweede contact in 47% en in een derde of later contact in 55%.



**Tabel 7a. Door de huisarts genoemde redenen om *medicatie* voor te schrijven bij specifieke lage rugpijn.**

	<i>acuut</i> (n=354)	<i>subacuut</i> (n=12)	<i>chronisch</i> (n=87)
meest mijn beleid	38%	25%	20%
goede ervaring patiënt	10%	8%	32%
spierspanning verminderen	19%	17%	13%
in overleg met patiënt	22%	33%	26%
op verzoek patiënt	7%	8%	6%
andere reden	4%	8%	3%

**Tabel 7b. Door de huisarts genoemde redenen om bij specifieke lage rugpijn te verwijzen naar eerste of tweede lijn. De 5 meest genoemde redenen per subgroep.\***

	<i>acuut</i> (n=142)	<i>subacuut</i> (n=40)	<i>chronisch</i> (n=119)
meest mijn beleid			
afspraak al gemaakt			
advies houding wenselijk	4	2	4
vroegere ervaring patiënt	1	4	1
duur klachten	2	1	3
pijn niet te verdragen			
dagelijks functioneren verbeteren	3	5	5
bekorten ziekteverzuim			
druk ARBO			
andere reden	5	3	2
GEEN			

\*De positie in de top-5 weerspiegelt de som van een optelling van twee vragen, waarin naar de *belangrijkste* en naar *een andere belangrijke* reden van verwijzing wordt gevraagd. De op deze manier berekende meest genoemde reden krijgt binnen de top-5 het nummer 1, de op één na meest genoemde reden het nummer 2 enz..

### 3.6. Enkele algoritmen

De mate waarin huisartsen volgens de NHG-Standaard werkten zijn verwerkt in **tabel 8**. Voor een aantal richtlijnen werd in meer dan 90% van de contacten volgens de richtlijnen gewerkt. Deze zijn niet verwerkt in tabel 8 maar zijn terug te vinden in **appendix B**.

**Tabel 8. Percentage consulten waarin conform de richtlijnen uit de NHG Standaard gehandeld werd.** (Het aantal consulten waarop de uitspraken betrekking hebben (n) verschilt doordat de algoritmen vaak slechts voor een deel van de consulten geldig zijn).

<i>Toetsbare richtlijn</i>	<i>% conform Standaard</i>
<b>AANVULLEND ONDERZOEK</b>	
huisarts vraagt aanvullend onderzoek aan (n=42), maar heeft hiervoor goede redenen, zoals 'uitsluiten specifieke oorzaak'	81%
indien huisarts aanvullend onderzoek aanvraagt (n=42) is dit in de vorm van BSE en/ of X-foto	79%
<b>BELEID</b>	
huisarts stimuleert in alle gevallen (n=937) om activiteiten langzaam uit te breiden ondanks de pijn.	77%
indien huisarts bedrust voorschrijft (n=61), adviseert hij om maximaal 2 dagen bedrust te houden.	36%
huisarts verwijst bij <i>acute</i> lage rugpijn (n=646) niet naar de 1e lijn.	78%
indien huisarts bij <i>subacute</i> lage rugpijn verwijst naar de 1e lijn (n=38), doet hij dit voor activerende therapie of hij laat de therapievorm over aan de fysiotherapeut.	90%
indien huisarts medicatie voorschrijft (n=453) doet hij dit volgens een vast doseringsschema.	63%
indien huisarts medicatie voorschrijft (n=453), schrijft hij geen benzodiazepine voor.	90%
huisarts maakt bij <i>subacute</i> lage rugpijn (n=59) een controle-afspraken.	31%

---

## 4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de handelwijze van de huisarts met betrekking tot lage rugklachten in kaart te brengen en deze te vergelijken met de NHG-Standaard. In ruim 70% van de geregistreerde contacten met lage rugpijn werd de diagnose gesteld op *aspecifieke* lage rugpijn. In 13,5% van de contacten werd de werkdiagnose lumbosacraal radiculair syndroom gesteld. Naarmate de klachten langer duurden werd vaker een andere diagnose dan aspecifieke lage rugpijn of radiculair syndroom gesteld. Met name diagnoses waarvoor volgens de NHG-Standaard weinig wetenschappelijke basis is, zoals 'SI-problematiek' en 'degeneratieve afwijkingen' werden dan genoemd. Mogelijk worden specifieke diagnoses in het verloop van de tijd pas duidelijk. Een andere mogelijke verklaring is dat ook huisartsen bij langerdurende klachten naar een tastbare diagnose zoeken. Het label 'Chronisch aspecifiek' is behalve voor de patiënt wellicht ook voor de huisarts moeilijk hanteerbaar. In een meerderheid van de contacten was er sprake van een recidief. Volgens de onderzochte huisartsen had 43% van de patiënten 'af en toe' en 19% 'regelmatig' klachten.

Het aandeel lumbosacraal radiculair syndroom (13,5%) is in dit onderzoek hoger dan het percentage van 5-10% dat voor specifieke oorzaken in de NHG-Standaard wordt aangegeven.<sup>4</sup> Mogelijk komt het radiculair syndroom dus vaker voor dan gedacht, mogelijk ook hangt dit hogere percentage samen met het feit dat de huisarts een werkdiagnose registreerde en niet de uiteindelijke diagnose. De neiging kan bestaan om een radiculair syndroom in ieder geval niet te missen en daardoor deze diagnose bij uitstralende pijn in het been sneller te stellen.

Het gevonden aantal recidieven (62% 'af en toe' tot 'regelmatig' klachten) is hoog, maar waarschijnlijk nog een onderschatting van het 'werkelijke' aantal recidieven. *Van den Hoogen et al* vonden in hun onderzoek recidiefpercentages van 75% binnen één jaar en persisterende klachten bij 10% van de patiënten die zich presenteerden met lage rugpijn.<sup>1</sup> Andere onderzoekers vonden dat 75% van de patiënten die hun huisarts consulteerden vanwege lage rugpijn na één jaar nog steeds klachten had. Een minderheid hiervan meldde zich een tweede maal bij de huisarts.<sup>10</sup> Een groot deel van de lage rug-morbiditeit bevindt zich dus buiten het gezichtsveld van de huisarts.

Wanneer we het handelen van de onderzochte groep huisartsen afzetten tegen de toetsbare richtlijnen uit de NHG-Standaard Lage-Rugpijn dan blijkt dat de onderzochte groep huisartsen grotendeels conform de NHG-Standaard handelde. In de geregistreerde contacten werden de onderzochte delen van anamnese en lichamelijk onderzoek in adequate mate uitgevoerd. Indien er onderdelen van het lichamelijk onderzoek niet werden verricht, dan was dat vooral omdat het onderzoek al in een eerder consult werd verricht of omdat het niet relevant gevonden werd.

---

Aanvullend onderzoek werd weinig aangevraagd en indien het werd aangevraagd was de reden hiervoor meestal het uitsluiten van specifieke oorzaken. Ook geruststelling van de patiënt werd nogal eens genoemd. Een opvallende bevinding was dat argumenten als werkdruk en druk van andere behandelaars nauwelijks werden genoemd. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de redenen om af te wijken van de NHG-Standaard door de huisartsen zelf werden gegeven. Dat betekent dat de validiteit van hun argumenten niet beoordeeld kon worden. Of er bijvoorbeeld voldoende inhoudelijke argumenten waren om een specifieke oorzaak uit te willen sluiten werd niet onderzocht. Ook het argument 'geruststelling' is moeilijk te interpreteren. Mogelijk kunnen patiënten door aanvullend onderzoek, dat door de huisarts medisch niet noodzakelijk wordt geacht, toch gerustgesteld worden. Mogelijk ook hangt geruststelling samen met onmachtsgedoele of met insufficiënte communicatie. Uit dit onderzoek kunnen hieromtrent echter geen conclusies getrokken worden, een meer kwalitatief gerichte onderzoeksbenadering lijkt hiervoor noodzakelijk.

In de NHG-Standaard wordt een activerende en tijdsgebonden aanpak bepleit. De adviezen om actief te blijven en activiteiten uit te breiden ondanks de pijn, het advies om maximaal 2 dagen bedrust voor te schrijven bij ernstige pijn en ook het advies om medicatie voor te schrijven volgens een vast schema passen hierin. Bedrust werd conform de adviezen in de NHG-Standaard zelden geadviseerd. In tweederde van de consulten waarbij het wel werd geadviseerd was het advies om dit langer te doen dan het in de NHG-Standaard genoemde maximum van twee dagen. De redenen om langerdurende bedrust voor te schrijven werden niet onderzocht.

Het tijdscontingent voorschrijven van medicatie is geen gemeengoed bij de onderzochte huisartsen. Veertig procent schrijft medicatie voor op 'zonodig'-basis. Opvallend was verder dat paracetamol (in de NHG-Standaard middel van eerste keus) weinig wordt voorgeschreven. Er bestaat bij de onderzochte huisartsen een duidelijke voorkeur voor NSAID's. Het is mogelijk dat de patiënt al gedurende een bepaalde periode thuis zelf paracetamol heeft gebruikt en nu naar de huisarts gaat voor 'iets sterkers'. Het voorschrijven van benzodiazepines wordt in de NHG-Standaard ontraden. In ons onderzoek werden, in geval van een prescriptie, benzodiazepines in een op de tien contacten voorgeschreven. Dit is vergelijkbaar met door anderen gevonden percentages.<sup>1</sup>

Hoewel in de NHG-Standaard het advies wordt gegeven niet te verwijzen naar de fysiotherapeut bij *acute* lage rugpijn zien we dat dit in de praktijk toch in één op de vijf contacten gebeurde. Opvallend was dat dit tijdens een tweede of later consult binnen één episode veel vaker gebeurde dan in een eerste consult (in 14% van de eerste contacten, in 47% van de tweede contacten, in 54% van derde of latere contacten). Het is niet geheel duidelijk waardoor dit komt, maar de duur van de klachten is in geval van tweede of latere contacten gemiddeld langer dan bij eerste contacten. Huisartsen gaven, naast positieve ervaringen van patiënten, de duur van de klachten ook regelmatig aan als een van de redenen om te verwijzen. Patiënten die een

---

verwijzing willen komen sneller een tweede keer terug bij hun huisarts dan patiënten die het natuurlijk beloop af willen wachten. Bovendien zou het gevoel van de huisarts ('iets te moeten kunnen bieden') een rol kunnen spelen.

Verwijzingen naar de fysiotherapeut voor zogenaamde 'passieve therapie' massage kwamen slechts in 12% van de verwezen gevallen voor. Deze passieve benadering wordt in de NHG-Standaard ontraden. Wel was opvallend dat de onderzochte huisartsen de keuze van therapie in bijna 40% van de verwezen gevallen overlieten aan de therapeut. Dit onderzoek maakte niet duidelijk welke redenen ze hiervoor hadden.

Het in de NHG-Standaard gegeven advies om bij *subacute* lage rugpijn een controle-afspraken te maken is niet ingeburgerd. De redenen waarom dit nagelaten werd, werden niet onderzocht, maar het is niet denkbeeldig dat huisartsen een strikte indeling in de diagnostische subcategorieën *acuu*t, *subacuu*t en *chronisch* niet maken.

Dit onderzoek kende een aantal beperkingen. Er was bij de deelnemende huisartsen een relatieve oververtegenwoordiging van solisten. Bij nadere analyse van de gegevens op een aantal cruciale uitkomstmaten (werkhypothese, het voorschrijven van medicatie en verwijzingen naar de fysiotherapeut) bleken echter geen significante verschillen tussen solo-praktijken en duo- of groepspraktijken. Het relatief kleine aandeel van solo-praktijken in dit onderzoek lijkt daarom niet te hebben geleid tot vertekening. Het onderzoek werd verricht onder huisartsen die meewerken aan LINH. Eerder door ons verricht (niet gepubliceerd) onderzoek naar het handelen van huisartsen bij lage rugpijn liet geen relevante verschillen zien tussen LINH-huisartsen en een steekproef van NHG-huisartsen onder andere voor wat betreft het aanvragen van aanvullend onderzoek, het voorschrijven van medicatie en verwijzingen naar eerste en tweede lijn.

Het handelen van huisartsen is geregistreerd op contactniveau en niet aan de hand van een klachtepisode. Dit betekent dat het handelen van huisartsen tijdens één contact werd geregistreerd. Bekend is dat het diagnostisch en therapeutisch proces bij lage rugpijn zich in de dagelijkse praktijk vaak over meerdere consulten afspeelt.<sup>10</sup> Door tevens op het niveau van 'hoeveelste contact binnen één episode' te analyseren is dit probleem deels ondervangen. Alleen voor het verwijzingsbeleid binnen de eerste lijn bleken er aanzienlijke verschillen tussen 'eerste' en 'latere' contacten in een episode. Doordat de duur van de klachten was ingedeeld in blokken (<6 weken, 6-12 weken en >12 weken) was het bovendien moeilijk om een nuancering aan te brengen in het wel of niet volgens de Standaard handelen. Verwijzing naar de fysiotherapeut in de eerste week van rugklachten is immers wezenlijk anders dan verwijzing in de zesde week.

Een nauwelijks vermijdbare beperking van het onderzoek is dat huisartsen bij aanvang van het experiment wisten dat het een onderzoek naar lage rugpijn betrof. Het is mogelijk dat hun handelen hierdoor in gunstige zin beïnvloed werd. Door het frequent invullen van de module treedt daarnaast mogelijk een leereffect op; we hebben dit niet gemeten. Ook het feit dat huisartsen de module retrospectief invulden aan de hand van hun eigen geheugen is mogelijk

---

---

van invloed geweest op de uitkomsten. Het is niet denkbeeldig dat de registrerende huisartsen, al dan niet bewust, de meest wenselijke antwoorden gaven.

De analyses in dit onderzoek werden uitgevoerd op contactniveau dat wil zeggen dat de uitkomsten gelden voor de gehele groep huisartsen die onderzocht werd. Per huisarts zijn de waarnemingen afhankelijk van elkaar. Ook analyses op artsniveau zijn natuurlijk mogelijk, maar in deze studie zijn hiervoor te weinig cases per huisarts geregistreerd om een zinvolle analyse te kunnen uitvoeren.

Alles overziende werd in de onderzochte contacten grotendeels gewerkt volgens de NHG-Standaard. Op punten, waarbij huisartsen afweken van de NHG-Standaard, hadden ze hiervoor vaak plausibele redenen. Toch bestaat er op meerdere punten duidelijk ruimte voor verbetering. Het door de huidige wetenschappelijke kennis onderbouwde advies om een activerend en tijdscontingent beleid te voeren behoeft aandacht. Het advies om activiteiten uit te breiden onafhankelijk van pijn, het voorschrijven van medicatie op vaste basis en het in voorkomende gevallen voorschrijven van *kortdurende* bedrust is (nog) geen gemeengoed. Ook het maken van controle-afspraken bij patiënten die volgens de NHG-Standaard 'at risk' zijn voor het ontwikkelen van chroniciteit (de *subacute* groep) is niet gebruikelijk onder de onderzochte huisartsen. Op het punt van verwijzingen binnen de eerste lijn lijkt, ook vanuit economisch perspectief, substantiële winst te boeken. Dit geldt zeker wanneer we bedenken dat meer dan de helft van het totale aantal verwijzingen binnen de eerste lijn patiënten betreft met *acute* klachten. Volgens de NHG-Standaard bestaat voor deze groep geen indicatie tot verwijzing. Uit het onderzoek blijkt dat bij de verwijzingen binnen de eerste lijn zowel de vroegere ervaring van de patiënt, de duur van de klachten alsook de houding van de huisarts een rol spelen.

Om effectieve implementatiestrategieën voor de richtlijnen uit de NHG-Standaard te ontwikkelen is meer informatie nodig over de besluitvormingsprocedures, onder andere voor verwijzingen binnen de eerste lijn. Bij voorkeur zou dit dan onderzocht moeten worden bij concrete arts-patiëntcontacten. Onderzoek hiernaar is momenteel in ontwikkeling.

---

## 5. Literatuur

- Van den Hoogen JMM, Koes BW, Devill9 W, Van Eijk JThM, Bouter LM. De prognose van aan de huisarts gepresenteerde lage-rugpijn. *Huisarts Wet* 1998;41(2):68-8
- Carey TS, Garrett J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary practitioners, chiropractors, and orthopaedic surgeons. *N Engl J Med* 1995;333:913-7.
- Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Low back pain in primary care. Effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions. Amsterdam: VU, EMGO-Instituut 1996.
- Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-standaard Lage-Rugpijn. *Huisarts Wet* 1996;39:18-31.
- Little P, Smith L, Cantrell T, Chapman J, Langridge, J, Pickering R. General practitioners' management of acute back pain: a survey of reported clinical practice compared with clinical guidelines. *BMJ* 1996;312:485-8.
- Skelton AM, Murrphy EA, Murphy RJL, O'Dowd TC. Patients' views of low back pain and its management in general practice. *Br J Gen Pr* 1996;46:153-6.
- Oostendorp RAB, Wams HWA, Hendriks HJM. Fysiotherapie en lagerugpijn. Een nieuw paradigma. *Ned T Fysiother* 1997;107(4):102-10.
- NHG-standaard lage-rugpijn: reacties uit het veld. *Fysiopraxis* 1996;3:2-7.
- Spies TH. Interimrapportage over het project Toetsen aan Standaarden ; 'het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst'. Utrecht: april 1997.
- Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, Thomas E, Silman AJ. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ* 1998;316:1356-9
- Van de Lisdonk EH, Huisman IA. Lage rugpijn en benzodiazepine: een relatie vol spanning. *Huisarts Wet* 1998;41(2):75-9.

---

## Appendix A

Werkhypothese genoemd onder de categorie 'anders, nl...' (door onderzoeker geclusterd).

---

	<i>n=181</i>
SI-problematiek	57
standsafwijkingen/ houdingsafwijkingen	23
degeneratieve afwijkingen	20
osteoporose	13
synoniemen aspecifieke lage rugpijn (lumbago ed)	13
traumatische rugpijn	12
aan HNP gerelateerde klachten	11
discus-instabiliteit	6
anders (oa facetsyndroom, graviditeitsgerelateerde klachten, M Scheuermann, reumatoïde artritis)	26

---



---

## Appendix B

Mate waarin door de onderzochte huisartsen volgens de NHG-Standaard wordt gewerkt..

Items waarvoor een score *meer dan 90%* wordt behaald:

- huisarts weet na anamnese of er sprake is van uitstralende pijn in een of beide benen (100%)
- huisarts weet na anamnese in hoeverre er beperkingen zijn in ADL (99%)
- huisarts verricht geen onderzoek van de wervelkolom, maar heeft hiervoor goede redenen (100%)
- huisarts doet geen proef van Lasègue, maar heeft hiervoor goede redenen (98%)
- indien huisarts bij *chronische* lage rugpijn verwijst naar de 1e lijn, doet hij dit voor activerende therapie of hij laat het over aan de therapeut (91%)
- huisarts verwijst bij *acute* lage rugpijn niet naar de 2e lijn (100%)
- huisarts verwijst bij *subacute* lage rugpijn niet naar de 2e lijn (97%)
- huisarts maakt bij *acute* lage rugpijn geen controleafspraak of hij maakt een afspraak op instructie (95%).

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

**Jaarrapport LINH 1997: contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)**

**Auteurs: D.de Bakker, I.Kulu-Glasgow, H.Abrahamse, H.van der Hoogen, J.Braspenning**

**Utrecht/Nijmegen: WOK/LINH, 1998, in druk**

De totale contactfrequentie met de huisartspraktijk bedroeg in 1997 6 per patiënt per jaar, een stijging van 0,3 ten opzichte van 1996. Ongeveer de helft daarvan was met de huisarts zelf, de andere helft was met de praktijkassistente bijvoorbeeld voor het uitschrijven van een herhaalrecept. Ook in het voorschrijven van geneesmiddelen was een lichte toename waarneembaar voornamelijk toe te schrijven aan niet ATC-codeerbare middelen. Een afname was waarneembaar in het aantal verlengingsverwijzingen. Of hier sprake is van een trend toe te schrijven aan verminderd 'vasthouden' van de patiënt door de medisch specialist moet vooralsnog worden afgewacht.

Deze en veel meer gegevens over de 'productie' van huisartsenzorg zijn te vinden in het Jaarrapport LINH 1997. Daarin worden gegevens gepresenteerd afkomstig uit geautomatiseerde huisartspraktijken, die wat kenmerken van huisartsen en hun praktijkpopulatie betreft een goede afspiegeling van Nederland als totaal vormen.

**De influenza vaccinatie campagne 1997**

**Auteurs: M.Tacken, H.van den Hoogen, W.Tiersma, D. de Bakker, J. Braspenning**

**Utrecht: NIVEL, 1998, 24 pag., fl. 7,50**

Op basis van gegevens uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg zijn in het kader van de evaluatie van het Nationaal Programma Grieppreventie gegevens verzameld over het verloop van de influenzavaccinatiecampagne in 1997. Hieruit bleek dat 20% van de praktijkpopulatie van huisartsen behoorde tot de risicopopulatie die in aanmerking kwam voor griepvaccinatie. Daarvan is uiteindelijk 76% gevaccineerd. Het vaccinatiepercentage is evenals de omvang van de risicopopulatie toegenomen tussen 1996 en 1997. Er waren geen significante verschillen in vaccinatiepercentage tussen praktijken onderscheiden naar urbanisatiegraad en praktijkvorm.



