

# Enkele praktische wenken voor de huisarts bij het verwijzen van patiënten naar de orthopedische chirurg\*

DOOR G. H. SLOT, ORTHOPEDISCH CHIRURG\*\*

Het verwijsbeleid van de huisarts is mede bepalend voor de kwantiteit van de medische hulpverlening in het tweede echelon. Zo kan ongemotiveerd snelle en frequente verwijzing leiden tot overbelasting van de specialist en daardoor tot verlies van kwaliteit bij die hulpverlening. Ook de wijze waarop de huisarts orthopedische problemen benadert, is van groot belang voor een juiste en adequate behandeling van de patiënt die naar de specialist wordt verwezen.

Het is wellicht nuttig eens een aantal min of meer frequent voorkomende orthopedische aandoeningen de revue te laten passeren. Naast aandoeningen, welke ons inziens een verwijzing rechtvaardigen, is er een aantal afwijkingen te noemen waarbij verwijzing dikwijls zelfs beter achterwege kan blijven. In het onderstaande worden enige richtingwijzers verschaft met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar de orthopedisch chirurg.

## ZUIGELINGEN EN KLEUTERS TOT TWEE JAAR

In het algemeen dienen zuigelingen met congenitale afwijkingen zoals klompvoetjes, echte scoliose, sommige gevallen van torticollis, heupluxatie en voorts spastische kinderen naar de orthopedisch chirurg te worden verwezen. De echte heupdysplasie of -luxatie, met een duidelijk bilplooiverschil, abductiebeperking, instabiliteit en/of bovenbeenlengteverschil moet vroegtijdig worden onderkend en verwezen. Omdat de heupluxatie vaak familiair voorkomt, is de familie-anamnese van groot belang. Het „klik“-symptoom van Orto-

lani\*\*\* is symptomatisch bij deze aandoening. Het is een belangrijke aanwijzing, doch dit symptoom is slechts bij het pasgeboren kind op te wekken. Na een tot twee weken is het verdwenen. Een heupdysplasie of -luxatie moet daarom vroegtijdig worden gediagnostiseerd. Bij het onderzoek van de baby in rugligging, kan, in geval van een heupluxatie, bij 90 graden gebogen knie en heup een hoger en een lager knietje worden onderscheiden.

Dikke zuigelingen met alleen een bovenbeenplooiverschil doch verder normale heupfuncties behoeven niet te worden verwezen. De afwijking heeft niets te betekenen. Een lichte houdingsscoliose of enigszins asymmetrische thorax zijn door buikligging voldoende te behandelen. Matige hakvoetjes of O-beentjes bij kinderen die nog geen twee jaar oud zijn verdwijnen vanzelf.

## KLEUTERS VAN DRIE TOT VIER JAAR

Een indicatie tot verwijzing naar de orthopedisch chirurg zijn:

- Ernstige slappe vaak familiale knikplatvoeten;
- Genua valga met een malleolus afstand van meer dan acht cm staande gemeten met de knietjes tegen elkaar (subcutaan knievet niet meetellen).

In het algemeen zal men het kind tot twee jaar blootsvoets op niet te

\*\*\* De handgreep voor de opwekking van het symptoom van Ortolani is als volgt: Aan het voeteneinde staande pakt men de gebogen bovenbeentjes vast tussen duim en vingers, duim in de lies; men licht de beentjes iets op en abduceert deze; hierna volgt de tegengestelde handeling. Het heupje reponeert en luxeert dan achtereenvolgens met een voelbaar schokje en licht hoorbare klik.

gladde oppervlakten laten staan en lopen, daarna licht geschoeid. Met het ouder worden neemt de hiel-valgusneiging toe. Bij drie- tot vierjarigen is dit goed op te vangen met de hiel-corrigerende kinderschoenen. Deze schoenen moeten de hiel zowel lateraal als mediaal redresseren. Duidelijke slappe knikplatvoeten die niet op deze maatregelen reageren, zijn een reden het kind te verwijzen. Er komen dan steunzolen in plaats van het confectievoetbed dat uit de schoen moet worden verwijderd. Deze steunzolen moeten tot op de lagere school eenmaal in het halfjaar worden gecontroleerd; daarna ongeveer eenmaal per jaar totdat voldoende herstel is bereikt.

Plat- en valgusvoeten bij kinderen moeten worden gecorrigeerd in verband met de betere functie van de voet. Pijn is namelijk zelden aanwezig in tegenstelling tot volwassenen met platvoeten bij wie juist de klachten over pijn of vermoeidheid reden voor het geven van steunzolen zijn. De kindersteunzool moet het groeiende voetskelet behoeden voor deformatie door overbelasting, echter zonder de voet daarbij te verwennen. Dit is altijd een moeilijk compromis; derhalve is het stimuleren van de voetspieren door middel van voetgymnastiek en blootsvoets lopen op ruw oppervlak nog steeds van belang. Bij duidelijke genua valga kan behandeling met nachtsplanken zijn gewenst. Deze is soms zeer effectief, vooral in het vierde jaar wanneer de groei snel herstel mogelijk maakt. Het is echter een voor moeder en kind belastende ingreep, welke slechts op duidelijke indicatie moet geschieden.

Verwijzing is niet noodzakelijk in geval van:

- pseudoplatvoetjes bij kleuters tot

\* Naar een tijdens de nascholingscursus 1973 te Nijmegen gehouden voordracht.

\*\* Sint Maartenskliniek te Nijmegen.

- drie jaar met vlezige stevige voetjes;
- matige O-benen tot een condylafstand van acht cm (staande gemeten) en tot het vierde jaar, daarna is verwijzing op zijn plaats indien geen verbetering is opgetreden;
- matige X-benen tot acht cm malleolusafstand (eveneens staande gemeten).

## KINDEREN MET HOUDINGSDEFECTEN

Verwijzing is noodzakelijk bij:

- Kinderen met een structurele scoliose. Als men het kind laat bukken ziet men een torsiegibbus; bij de minder opvallende lumbale structurele scoliose kan men een lumbale gibbus opmerken.
- Groter wordende kinderen met versterkte thoracale en rigide kyfose, tussen het achtste en veertiende jaar voorkomend, bij wie zich duidelijk een Scheuermann ontwikkelt. Deze „ruggen” laten zich uitstekend door middel van gipsredressiecorsetten of een „Milwaukee Brace” corrigeren, mits tijdig bij een nog groeiend skelet met de behandeling wordt begonnen.
- Kinderen met heup- en knieklachten, vooral bij manklopen en een heupfunctiestoornis. Verschillende aandoeningen kunnen hiervan de oorzaak zijn, zoals morbus perthes, coxitis fugax, epiphysiolysis capitis en zeldzamer osteomyelitis, tumoren enzovoort. Bij knieën met een lichte hydrops en drukpijn over de mediale condylus bij gebogen knie, dient een osteochondritis dissecans te worden overwogen.

Verwijzing is niet noodzakelijk bij:

- Kleintjes met een wat slappe houding. Stimuleren van de motoriek in het algemeen en speciaal door middel van gymnastiek en sport is voldoende; soms dient extra aandacht aan de voeding te worden besteed.
- Kinderen met een geringe, zoge-

naamde houdingsscoliose ten gevolge van een gering beenlengteverschil kleiner dan een cm. Een dergelijk verschil is niet of nauwelijks de moeite waard, tenzij bij het hele kleine kind bij wie men heuppathologie vermoedt. Ingeval het verschil in beenlengte meer dan een cm bedraagt moet men corrigeren.

Er moet worden opgemerkt dat het opmeten van beenlengteverschillen het meest nauwkeurig kan geschieden met behulp van een serie plankjes van bekende dikte — met een halve cm toenemend — naar behoefte onder de voetzool te leggen, tot het bekken horizontaal staat. De spinae illiacae dienen, bij waarneming op ooghoogte van de onderzoeker, in een horizontaal vlak te worden gebracht. Wanneer het bekken aldus horizontaal is gesteld, is een eventueel beenlengteverschil gemakkelijk te meten. Is dit gelokaliseerd in het onderbeen, dan staan nu de mediale kniegewrichtsspletten op gelijke hoogte; zo niet dan is óf het bovenbeen óf het gehele been tekort. Het liggend meten van klinische en anatomische lengten zit vooral bij een beweeglijk kind vol voetangels en klemmen, daarom is deze wijze van meten af te raden.

## VOLWASSENEN

Vervolgens enkele wenken met betrekking tot klachten en afwijkingen bij volwassenen:

- Patiënten met platvoeten die geen tekenen van insufficiëntie vertonen behoeven niet te worden verwezen; goede schoenen zijn voldoende. Tekenen van insufficiëntie van de voeten zijn te herkennen aan lokale eeltvorming onder de metatarsaliakopjes of hallux, overmatige transpiratie met een gevoel van moeheid in de voeten of de kuiten. Soms zijn rugspierpijnen na lang staan of lopen door een dergelijke insufficiëntie te verklaren.
- Bij volwassenen met platvoeten, die aanvankelijk geen, maar later

wel klachten vertonen, moet men bedacht zijn op een verstoring in de balans van belasting tegenover belastbaarheid. Meestal is de patiënt dikker geworden, heeft meer dan normaal gestaan of gelopen of ander schoeisel gedragen. Ten overvloede wellicht is op te merken dat steunzolen natuurlijk niet helpen als de klachten een gevolg zijn van vasculaire stoornissen! Indien wordt overwogen steunzolen voor te schrijven, dan dienen deze naar maat te zijn vervaardigd. Bij de aflevering is enige aanpassing — bijmodellering — dikwijls noodzakelijk.

- Patiënten met rugklachten, bijvoorbeeld lumbago, welke klachten met kortdurende symptomatische therapie als bedrust, salicylaten en oefentherapie kunnen worden behandeld, behoeven niet naar de specialist te worden verwezen. De „heilige röntgenfoto” zal in een dergelijk geval niets of een lichte anomalie laten zien waardoor het advies voor de behandeling nauwelijks hoeft te worden gewijzigd. Bij een chronische lumbago en in geval van duidelijke hernia-achtige beelden zal men de diagnostiek dikwijls willen verfijnen.

Bij het verwijzen van patiënten met „rugklachten” is terughoudendheid dikwijls geboden. Dit kan met betrekking tot een mogelijk bestaan van een meer ernstige aandoening in de regel niet veel kwaad. Een duidelijke hernia nuclei pulposi zal bij het routine-onderzoek door de huisarts niet gauw aan diens aandacht ontsnappen. Men kan natuurlijk een ontsteking of tumor over het hoofd zien, maar de kans daarop is niet zo groot, terwijl ook het specialistisch onderzoek niet altijd een garantie voor een juiste diagnose is. Men zou kunnen tegenwerpen dat de juiste diagnostiek een voorwaarde is voor een adequate en gerichte therapie. Bij een te laat of nimmer herkennen van een bestaande afwijking zou zodoende een mogelijk goed thera-

peutisch resultaat nodeloos achterwege blijven. Hoe juist dit bezwaar ook is, de praktische relevantie is dikwijls niet navenant. Anderzijds bestaat bij een te snelle verwijzing naar de specialist — in dit geval de orthopedisch chirurg — bij vele patiënten helaas grote kans op „fixatie aan de klachten”, „organisatie” van in vele gevallen in feite psychosociale problematiek. Eenmaal door de eerste sluisen van het medisch kanaal, is de patiënt later moeilijk van zijn somatisch klaagpatroon af te brengen. Dit fenomeen doet zich langzamerhand zo frequent voor, dat het geen huisarts zal ontgaan.

Bij verwijzing van met name vele „orthopedische” patiënten is een terughoudende oplettendheid van de huisarts zeer op zijn plaats. Besluit men in bepaalde gevallen van hardnekkige klachten — om wat voor reden ook — tot verwijzing, dan is het van groot belang de orthopedisch chirurg adequate en voldoende informatie te verschaffen. Een duidelijke vraagstelling behoort tot de kern van de verwijsbrief. Het

resultaat van de behandeling (diagnostisch en eventueel therapeutisch) door de specialist, is mede afhankelijk van een zo compleet mogelijke informatie van de zijde van de huisarts.

Het verwerven van enig inzicht aangaande de psychische en sociale situatie van de patiënt die uit zijn milieu gerukt, dikwijls nerveus de specialist bezoekt, is voor de specialist, die de patiënt waarschijnlijk nooit eerder heeft gezien, een moeizaam en vaak gênant karwei, weshalve de verwijzing nauwelijks goed genoeg kan worden gemotiveerd. De patiënt wordt in de regel technisch nagezien, met als gevolg dat er vaak iets wordt gevonden waarvan het maar zeer de vraag is, of dit in enige relatie staat tot het klachtenpatroon waarvoor hij komt. Zoals bekend, is het vaak de combinatie van de lichamelijke en de psychische problematiek welke het ruglijden manifest maakt. Uiteraard zijn er patiënten met evidente afwijkingen van de rug, waarbij een operatieve behandeling, hetzij een lami-

nectomie, hetzij een spondylodesis op zijn plaats is. Dit is echter slechts een klein gedeelte van het aantal verwezen patiënten.

Kortom, gun ook de orthopedisch chirurg de „couleur local” van de patiënt. Vermeldt bij verwijzing de informatie welke voor de benadering van de patiënt met zijn klacht van belang kan zijn. Het zal duidelijk zijn dat de specialist klaarstaat behulpzaam te zijn, voorzover dat in zijn vermogen ligt. Het overspoelen van orthopedische poliklinieken met „rugpatiënten” is echter een grote belasting, die de kwaliteit van het werk van de specialist bedreigt.

Tot slot nog het volgende: het grootste gedeelte van de orthopedische problematiek die tot verwijzing kan leiden, is niet aan de orde gekomen. Het was echter de bedoeling slechts enkele praktische wenken te geven voor het dagelijkse werk van de huisarts ten behoeve van zijn patiënten en daarmee de specialist te behoeden voor een onderdampelen in problematiek die niet tot zijn vakgebied behoort.

---

## Arbeidsstudie in een huisartspraktijk

DOOR N. M. BLOKLAND-KÜHLER

### INLEIDING EN DOELSTELLING

Multimomentopname (MMO) is een verzameling waarnemingen, op al of niet willekeurige momenten, gedurende een bepaalde periode, van de activiteiten van één of meer personen of apparaten, ter bepaling van het procentuele aandeel van die activiteiten in de tijdsduur van deze periode.

De MMO is een tijdstudietechniek die is gebaseerd op de steekproeftheorie. De tijdopnamen met een horloge geven een doorlopend beeld van de waargenomen werkelijkheid; in de regel is er één waarnemer per man nodig. De gegevens die met MMO worden verkregen zijn onder andere nodig voor een kwantitatieve analyse van de organisatie van be-

aalde werkzaamheden. Organisatieverliezen kunnen zichtbaar worden gemaakt en verbeteringsmogelijkheden aangegeven.

### WERKWIJZE

De mate van detaillering wordt afhankelijk van de doelstelling van het onderzoek bepaald; het aantal noodzakelijke waarnemingen is afhankelijk van de gewenste nauwkeurigheid van de uitkomsten. Aan de hand hiervan wordt een plan opgesteld. Voor het registreren wordt van het zogenaamde „turven” gebruik gemaakt: met behulp van verticale streepjes wordt aangegeven welke activiteit op moment x wordt verricht. In hoeverre een uitkomst van een MMO geldig is buiten de

---

**Samenvatting.** Introductie van de multi-moment-opname als methode van efficiëntie-onderzoek in de huispraktijk. Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opleiding tot arts aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Tijdens een stage van twee weken in een huispraktijk in de stad werden de waarnemingen gedaan en werd tevens het patiëntenmateriaal geregistreerd waarop de waarnemingen betrekking hadden. De betreffende huisarts is tijdens de waarnemingen niet beïnvloed. Het geringe tijdsbestek waarin kon worden geobserveerd maakte uiteraard aanpassingen bijvoorbeeld van het aantal waarnemingen noodzakelijk.

---

tijdopnamenperiode, is afhankelijk van de mate van representativiteit van die periode. Belangrijk hiervoor is dat de tijdopnamen gelijkmatig