

een goed lichamelijk gedrag voorop staan. Welke effecten een goede voorlichting zou kunnen geven, is af te leiden uit de gegevens verkregen van ex-deelnemers aan de rugschool, een op Amerikaanse leest geschoeid voorlichtingsprogramma waarin vier deskundigen voorlichting en instructie geven. Door beter te weten waarom en hoe men zijn rug moet behandelen, en door een beter inzicht in het eigen functioneren te krijgen, zou veel overbelasting vermeden kunnen worden.

Dankbetuiging

Met dank aan mijn Leidse collegae huisartsen, onder wie vooral mijn echtgenote, voor hun spontane en geduldige medewerking.

- ¹ Vermeer JP. Enkele cijfers over lage rugpijn. Voordracht voor Nederlandse Orthopedische Vereniging, 15 januari 1982.
- ² Eeftinck Schattenkerk JCP, Gerrits HB. Ziekteverzuim bij verzekerden met lage rugklachten. In: Volksgezondheid in ontwikkeling. Liber amicorum ter gelegenheid van de 70e verjaardag van Prof. Dr. Muntendam. Assen: Van Gorcum, 1971.
- ³ Snijders CJ. Rugproblemen en de bouw. Tijdschr Soc Geneesk 1981; 59: 844-50.
- ⁴ Weide L. Normen voor krachtsuitoefening. Tijdschr Ergonomie 1981; 6: 23-6.
- ⁵ Hipp LL. A new look at back injury prevention. Health Saf. 1976; 45: 16-8.
- ⁶ Valkenburg HA. Epidemiologie van lage rugklachten. Voordracht Nationaal huisartsen symposium, 20 februari 1981.
- ⁷ Rooyen R van. Houdingen en belastingen in de bouw. Tijdschr Ergonomie 1982; 7: 7-13.
- ⁸ Nachemson AL. The lumbar spine an orthopaedic challenge. Spine 1976; 1: 59-69.
- ⁹ Grond JThH. De patiënt met rugklachten [Syllabus]. Leiden: NIPG-TNO, 1982.
- ¹⁰ Hoek HJB. Rugklachten en arbeid. Tijdschr Ziekenverpleging 1973; 26: 307-15.
- ¹¹ Troup JDG. Biomechanics of the vertebral column. Physiotherapie 1979; 6: 238-44.
- ¹² Zuidema H. Rugbelasting door industriële arbeid. Tijdschr Soc Geneesk 1976; 54: 571-78.
- ¹³ Cady LD. Strength and fitness and subsequent back injuries in fire fighters. J Occupational Med 1979; 21: 269-72.
- ¹⁴ Akkerveeken P van. Degeneratie en klachten. Seminar rugklachten GMD, 1982.
- ¹⁵ Pensioen IHI. Enkele ergonomische eisen aan stoelen. Tijdschr Ergonomie 1982; 7: 2-7.
- ¹⁶ Kellerman FT, Klinkhamer HAW, Wely PA van, Willems PJ. Vademecum ergonomie. 7e dr. Deventer: Kluwer, 1982.
- ¹⁷ Snijders CJ. De ogen als schakels tussen lichaamshouding en werkvlak. Tijdschr Ergonomie 1977; 2: 1-5.
- ¹⁸ Crul BVM. De invloed van de huisarts op het kortdurend ziekteverzuim. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 102-5.

Werkafspraken voor radiodiagnostiek van de lumbale wervelkolom

P. D. KERKHOF

Binnen het Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht zijn werkafspraken opgesteld voor onder meer het röntgenonderzoek van de lumbosacrale wervelkolom. Deze werkafspraken zijn tot stand gekomen na een vergelijking van het bestaande gebruik met een aantal normen en criteria voor doelmatig en doeltreffend gebruik van de beschikbare faciliteiten. In een follow-up onderzoek zien we een vermindering van het aantal aanvragen, terwijl het aantal verwijzingen naar specialisten niet is toegenomen.

Inleiding

Radiodiagnostiek van de lumbosacrale wervelkolom kan door vrijwel alle huisartsen in Nederland zonder beperking worden aangevraagd. Op grond van verschillende publikaties¹⁻⁴, mag worden aangenomen dat de waarde van dit onderzoek voor het beleid bij de patiënt met rugklachten veel geringer is dan vaak, zowel door patiënt als arts, wordt verwacht.

In het Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht (EDCM) hoorde het röntgenonderzoek van de lumbosacrale wervelkolom (rö-LSW) met röntgenonderzoek van de thorax en van maag/duodenum tot de drie meest frequent aangevraagde röntgenonderzoeken. Mede om die reden kreeg rö-LSW, evenals een aantal andere diagnostische onderzoeken, speciale aandacht bij de evaluatie van dit experiment.^{5, 6}

Werkafspraken

Gedurende drie maanden in 1980 werden alle rö-LSW-aanvragen geregistreerd en geanalyseerd. Een beschrijving hiervan werd teruggekoppeld naar de deelnemende huisartsen. Dit gebeurde zowel schriftelijk, via een informatiebulletin, als tijdens discussies op nascholingsbijeenkomsten tussen huisarts, neuroloog, orthopeed en radioloog. Vervolgens werden werkafspraken ontwikkeld met de bedoeling om daardoor tot een meer doelmatig en doeltreffend gebruik van dit onderzoek te komen. De opgestelde werkafspraken werden gepubliceerd in het informatiebulletin

met het verzoek om commentaar of akkoordverklaring.

Dergelijke werkafspraken, die ook voor andere diagnostische faciliteiten zijn ontwikkeld, bestaan uit twee delen:

- een opsomming van mogelijke indicaties voor het betreffende onderzoek;
- een richtlijn voor het vermelden van gegevens bij de aanvraag.

Deze vermelding van gegevens dient in de eerste plaats om de radiodiagnost te informeren over de vraagstelling van de huisarts en over de toestand van de patiënt, voor zover die met het oog op het onderzoek van belang is. In de tweede plaats dienen deze gegevens een nieuwe registratieperiode mogelijk te maken, waarin zo nauwkeurig mogelijk kan worden nagegaan of en hoe het gebruik van dit diagnostisch middel is veranderd.

Bij werkafspraken gaat het, anders dan bij protocollen, om een beperkt gebied in de diagnostiek of behandeling, waar twee of meer disciplines elkaar ontmoeten. In feite zijn het samenwerkingsafspraken. Ze bieden houvast in de communicatie tussen samenwerkende disciplines en kunnen dienen als startpunt voor onderzoek naar de effecten van die samenwerking op de kwaliteit van het diagnostisch proces of op de hulpverlening als geheel. Benadrukt moet worden dat werkafspraken bedoeld zijn voor gebruik in een bepaalde lokale of regionale samenwerkingsrelatie, in tegenstelling tot protocollen, die geacht worden meer algemene geldigheid te hebben.

De situatie in Maastricht was om twee

redenen gunstig voor het tot stand komen van werkafspraken:

- ruim zestig huisartsen uit Maastricht en naaste omgeving werken samen met slechts één ziekenhuis St. Annadal/Academisch ziekenhuis Maastricht;
- in het kader van de evaluatie van het Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht kreeg de samenwerking tussen huisartsen en specialisten speciale aandacht en waren faciliteiten en werkkraft voor registratie en analyse aanwezig.

De behoefte aan gedetailleerde gegevens voor de evaluatie van het EDCM is er wel de oorzaak van dat deze werkafspraken hoge eisen stellen bij het invullen van het aanvraagformulier. Het is goed denkbaar dat in een andere situatie met veel beknoptere gegevensvermelding kan worden volstaan, als het

Tabel 1. Poliklinische radiodiagnostische verrichtingen met betrekking tot de lumbosacrale wervelkolom. Aantallen, tussen haakjes indexcijfers (1980 = 100).

Aanvragers	feb-apr 1980	feb-apr 1982
Specialisten	680	675 (104)
Huisartsen	300	244 (81)
Totaal	950	919 (97)

Tabel 2. Aard gegevens op de DC-aanvraagformulieren na invoering van de werkafspraken, februari-april 1982. N = 244. Percentages.

* Vraagstelling huisarts conform werkafspraken	21
* Duidelijke radiodiagnostisch te beantwoorden vraagstelling, echter niet passend in de werkafspraken	40
* Ontbrekende of niet duidelijk radiodiagnostisch te beantwoorden vraagstelling	39

Tabel 3. Door de radioloog gestelde diagnoses, vóór en na invoering van de werkafspraken. Percentages van het totaal aantal gestelde diagnoses.^a

Diagnosen	feb-apr 1980	feb-apr 1982
Geen afwijkingen	27	24
Spondylosis/spondylarthrosis	22	20
Discusversmalling	16	15
Spondylosis/spondylolisthesis	4	4
Scoliose	12	14
Afwijkende lordose	6	4
Osteoporose	4	5
Lumbalisatie/sacralisatie	3	3

* Exclusief diagnoses die minder dan tien maal voorkwamen.

alleen om informatie voor de radioloog bij zijn diagnostisch werk gaat.

Akkoordverklaring

Na het publiceren van de werkafspraken rō-LSW stuurde ruim 25 procent van de huisartsen een akkoordverklaring in. De mening van de overige huisartsen is niet bekend. Er werd geen commentaar of mededeling dat men niet akkoord ging, ontvangen.

De voorspellende waarde van akkoordverklaringen voor het nakomen van werkafspraken blijkt in het algemeen gering te zijn. Enerzijds onderscheidde de groep die akkoord ging met deze werkafpraak, zich niet significant van de overigen in de follow-up. Anderzijds bleek er bij verschillende werkafspraken verschillend opvolgedrag voor te komen, onafhankelijk van het aantal akkoordverklaarders, dat steeds in de buurt van de 25 procent lag (behalve de eerste maal toen het 50 procent bedroeg).

Wanneer er sprake is van verandering in het hanteren van rō-LSW mag men dit dan ook niet zonder meer aan invloed van de werkafspraken toeschrijven. Allerlei factoren, zoals georganiseerde nascholing en literatuurstudie kunnen een rol spelen.

Daling

Voor de totale populatie van circa 65 huisartsen daalde het aantal aanvragen rō-LSW met 19 procent, van 300 in maart t/m april 1980 tot 244 in dezelfde maanden van 1982. Het aandeel van de huisartsen in het totale aantal poliklinische aanvragen rō-LSW daalde ook, en wel van 32 tot 27 procent (tabel 1).

Bij een telling van het aantal aanvragen rō-LSW in de maanden oktober, november en december 1982 en januari 1983 bleek het gemiddelde aantal per maand verder gedaald te zijn tot 24 procent

onder het niveau van voor de werkafspraken. De verwijscijfers voor neuroloog, orthopeed en neurochirurg in de regio zijn in de periode van 1979 tot 1982 constant gebleven. Het lijkt er dus niet op dat verwijzen naar een specialist de plaats van het aanvragen van rō-LSW is gaan innemen.

Op 61 procent van de aanvraagformulieren werden voldoende gegevens vermeld om de vraagstelling van de huisarts te kunnen beoordelen. Een derde daarvan (21 procent van het totaal) was conform de indicaties van de werkafspraken. Op 40 procent van alle aanvragen kwamen voornamelijk vraagstellingen met betrekking tot de ernst van degeneratieve afwijkingen voor, waarvan bekend is dat het verband met klachten en behandelingsresultaten zeer gering is. Op 39 procent van de formulieren ontbraken te veel gegevens, of waren de aanwezige gegevens van dien aard, dat er geen vraagstelling uit was af te leiden die door een radioloog was te beantwoorden (tabel 2).

De diagnoses die de radioloog stelde tijdens de tweede periode (februari, maart, april 1982) verschilden niet duidelijk met die in de eerste periode. In tabel 3 ter illustratie een vergelijking van de radiologische diagnoses die tien maal of vaker werden gesteld, zowel in de eerste als in de tweede periode.

De aantallen en de verschillen zijn te klein om er conclusies aan te verbinden. Advies tot herhaling van het onderzoek werd door de radioloog in de eerste periode vijftien maal en in de tweede periode eenmaal gegeven. Dit vormt een aanwijzing dat de werkafspraken invloed hebben gehad op de beoordeling en/of advisering door de radiodiagnosen.

¹ Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen; Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

² Linden AJ van der. Over de waarde van röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Tijdschr Soc Geneeskd 1978; 56: 838-41.

³ San Giorgi GM. De betekenis van het röntgenonderzoek bij lage rugpijn. Med Tijdschr Geneeskd 1964; 108 I: 850-6.

⁴ Sanders HWA, e.a. Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1374.

⁵ Pop P. Consultatie eerste-tweede lijn. Drie jaar Diagnostisch Centrum Maastricht. Med Contact 1982; 37: 1019-23.

⁶ Pop P. Endoscopisch onderzoek door de huisarts. Een bericht uit het Diagnostisch Centrum Maastricht. Med Contact 1982; 37: 1125-8.