

Lage rugklachten als reden om de huisarts te raadplegen

Opsporing met behulp van de Reason For Encounter Classification

DR. C. A. DE GEUS EN F. VAN DER HORST

Hoe vaak wordt de lage drempel van de huisarts overschreden met de lage rug als corpus delicti? Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van gegevens die zijn ontleend aan een veldexperiment met de Reason For Encounter Classification. Besproken wordt voorts, welke mogelijkheden en welke problemen zich voordoen bij de ontwikkeling en toepassing van dit nieuwe meetinstrument.

Inleiding

Lage rugklachten, dat is L 12.

L 12 is niet een pas ontdekte wervel, het is de code voor *low back symptoms and complaints* in de Reason For Encounter Classification, die ontwikkeld wordt door de Working Group RFE-C van de World Health Organisation.¹

Voor het uitvoeren van veldexperimenten werkt deze groep samen met groepen huisartsen uit westerse en niet-westerse landen. In dat kader is de Maas-trichtse projectgroep Basisproject Verslaglegging en Registratie in de Huisartspraktijk bij de ontwikkeling van de RFE-C betrokken. In de eerste plaats test de projectgroep de RFE-C op zijn validiteit en bruikbaarheid als instrument voor het registreren van invoer. Daarnaast is de groep bezig classificatielijsten te ontwikkelen om de doorvoer (onderzoek en evaluatie) en de uitvoer (plan) op valide wijze vast te leggen. In het kader van een RFE-C-veldeperiment worden door acht huisartsen in Maastricht en omgeving van 10.000 consulten de redenen voor contact geregistreerd. Het tot nu toe beschikbaar gekomen materiaal stelt ons in staat ons nader te oriënteren aangaande de volgende vragen met betrekking tot lage rugklachten:

1. Hoe vaak is lage rugpijn de reden om de huisarts te raadplegen?
2. Op welke wijze wordt lage rugpijn gepresenteerd?
3. Hoe groot is het aantal RFE's wegens de lage rug in verhouding tot het totaal aantal contacten wegens het houdings- en bewegingsapparaat c.q. het totaal aantal reasons for encounter?

4. Hoe is de verhouding tussen het aantal eerste contacten en het aantal vervolcontacten, en waar vinden deze contacten plaats?

Opzet

Gedurende de eerste tien weken van 1983 en nog een week in de maand mei werden door de acht huisartsen, die afkomstig zijn uit vijf praktijken en aan het Basisproject deelnemen, met behulp van de RFE-C alle redenen voor contact met de huisarts vastgelegd. Op een totaal van 10.000 consulten en visites konden we circa 16.000 redenen van contact verwachten.¹ Dit materiaal werd overigens niet primair verzameld met de bedoeling een antwoord te vinden op de bovengenoemde vragen.

Onze verzameling van gegevens was op het moment van deze rapportage nog niet voltooid. Het materiaal waarvan in dit artikel melding wordt gemaakt, omvat 6.856 consulten en 10.433 redenen voor contact, gemiddeld 1,52 per consult.

De huisartsen hebben de redenen voor contact beschreven in termen die zo dicht mogelijk bij de formulering van de patiënt bleven. Ze gingen uit van de klacht van de patiënt in diens eigen bewoordingen en vroegen zo nodig door tot de vraag helder was, daarbij vermij-dend de redenen voor het contact door eigen interpretaties te vervormen. Dit is in overeenstemming met de instructies voor het gebruik van de RFE-C, neergelegd in de voorlopige instructielijst.

Voordat met het veldexperiment werd begonnen, zijn de huisartsen getraind in het omgaan met de RFE-C. De RFE-C

instructie luidt, dat men eerst een alfa-code geeft, dat wil zeggen het hoofdstuk kiest waarin het probleem thuishoort; daarna staat men voor de opgave binnen het hoofdstuk één van de zeven „componenten” aan te wijzen als nadere plaatsaanduiding en tenslotte binnen de geëigende component de passende code te geven.^{1 2}

Om een beeld te krijgen van het voorkomen van lage rugklachten in de huisartspraktijk, kan men zich beperken tot hoofdstuk L, *Musculoskeletal*.

Binnen dat hoofdstuk dient men dan in de eerste plaats aandacht te besteden aan de eerste component, *Symptoms and complaints* (tabel 1). Daarnaast zal gekeken moeten worden naar enkele L-codes in de zevende component, die betrekking heeft op de diagnoses. Sommige patiënten bezoeken immers het spreekuur met een mededeling als „Ik kom voor mijn hernia”.

Resultaten

1. Hoe vaak is lage rugpijn de reden om de huisarts te raadplegen?

In ons materiaal was dit het geval bij 95 van de 6.865 consulten of visites (1,4 procent).

Het merendeel (93) is gecodeerd binnen de eerste component (Symptoms and complaints). Twee gevallen zijn gecodeerd onder de zevende component, omdat het hier om diagnose en ziekte gaat. Het blijken vervolcontacten te zijn; in één van de twee heeft de huisarts de patiënt op eigen initiatief thuis bezocht. In dat geval wordt de code Q toegevoegd. In onze resultaten betreft dit Q L 81: Bezocht na HNP-operatie. L 99 betreft controle thuis, nadat de patiënt gemeld heeft weer last te hebben van zijn hernia.

2. Op welke wijze wordt lage rugpijn gepresenteerd?

In de genoemde 93 gevallen zijn er verschillen in signaal en woordkeus. De meeste keren zijn lage-rugpijn-varianten vastgelegd, zonder verdere toelichting (76 procent). Voorbeelden zijn:

- pijn onder in de rug;
- pijn onderrug;
- steken laag in de rug;
- pijscheuten onder in de rug;
- pijn in de billen.

In 24 procent van de gevallen heeft de patiënt spontaan meer gezegd. Volgens de perceptie van de arts was dat in termen van uitstraling, duur van de klacht of situatie waarin klachten optreden, mogelijke oorzaak, therapie of een combinatie van mogelijkheden (figuur).

Tabel 1 – Table 1. De verdeling van de redenen voor contact in verband met het houdings- en bewegingsapparaat over de eerste component (N=1233) – The distribution of the reasons for encounter with regard to the musculoskeletal system over the first component (N=1233).

Reasons for encounter	Percentage	Rank order
L10 Neck symptoms/ complaints	7	7
L11 Back symptoms/ complaints	17	1
L12 Low back symptoms/ complaints	8	6
L13 Hip symptoms/ complaints	3	
L14 Leg symptoms/ complaints	9	2
L15 Knee symptoms/ complaints	9	3
L16 Ankle symptoms/ complaints (excl. swelling)	3	
L17 Foot and toe symptoms/ complaints	8	5
L18 Shoulder symptoms/ complaints	9	4
L19 Arm symptoms/ complaints	6	9
L20 Elbow symptoms/ complaints	2	
L21 Wrist symptoms/ complaints	3	
L22 Hand and finger symptoms/ complaints	5	10
L23 Sympt./ complaints unspec. muscles	1	
L24 Sympt./ complaints unspec. joints		
L25 Sympt./ complaints unspec. limbs	1	
L27 Fear musculoskeletal disease	1	
L28 Disability/ impairment	1	
L29 Other and multiple musculoskeletal sympt.	7	8

Het valt op dat vijf van de acht artsen nagenoeg altijd de centrale klacht zonder meer, of vrijwel zonder meer, vermelden. De door de patiënt aangereikte inkleding van de klacht vindt men slechts bij de overige drie.

Van de in totaal 256 contacten voor de rug vallen er 219 (86 procent) onder component 1 (Symptoms and complaints). De resterende 14 procent is verdeeld over de derde en vierde component. Onder de derde – Treatment, procedures and medication – valt het merendeel. Meestal betreft dit een verzoek om een smeersel. Onder de vierde – Results – gaat het vooral om „uitslag van de foto's”.

3. Hoe groot is het aantal RFE's wegens de lage rug in verhouding tot het totaal aantal contacten wegens het houdings- en bewegingsapparaat c.q. het totaal aantal reasons for encounter?

Alvorens deze vraag te beantwoorden, constateren we eerst dat het totale aantal redenen voor contact in verband met het houdings- en bewegingsapparaat aanzienlijk is, namelijk 1.572. Het vormt in ons materiaal 15 procent van het totaal aantal redenen voor contact. Vervolgens constateren we dat de meeste redenen voor contact niet alleen bij „lage rug” en „rug” onder de eerste

component vallen, maar dat dit voor het hele hoofdstuk L geldt (tabel 2, p. 30). De 95 contacten wegens de lage rug maken 6 procent uit van het totaal aantal contacten wegens het bewegingsapparaat. Voor de rug (met uitzondering van de lage rug) is dat percentage 16 procent. Deze contacten vormen daarmee de grootste categorie binnen hoofdstuk L. Contacten wegens de rug en de lage rug nemen samen dus 22 procent van de RFC's van hoofdstuk L voor hun rekening. In tabel 1 zien we dat binnen de component Symptoms and complaints rugpijn de grootste categorie vormt, terwijl lage rugpijn de zesde plaats inneemt.

Tabel 3 – Table 3. Het aandeel van de redenen voor contact in verband met de rug in het totaal aantal consulten c.q. het totaal aantal RFE's – The share of the reasons for encounter with regard to the back in the total number of encounters and the total number of RFE's.

	Encounters (N=6856)	RFE's (N=10433)
Low back	1.4%	0.9%
Back, excl. low back	3.7%	2.5%
Total	5.1%	3.4%

Figuur – Figure. Voorbeelden van nadere toelichting – Examples of qualification.

• *Radiation*

Low back pain radiating to the left leg.
 Recurrence of pain low in the back, radiating to the buttocks.
 Low back pain radiating to the legs.
 Low back pain radiating to the ankles.

• *Duration of complaint or situation*

Pain low in the back since three weeks.
 Constant pain low in the back.
 Pain low in the back when sitting.
 Low back pain when lifting something.

• *Possible cause*

Fell down the stairs: low back pain.
 Low back pain after I had lifted something.
 Low back pain after pregnancy.
 Low back pain after epileptic seizure.

• *Therapy*

Aggravation low back pain: physiotherapy?

Het antwoord op het tweede deel van de vraag is weergegeven in tabel 3.

4. Hoe is de verhouding tussen het aantal eerste contacten en het aantal vervolcontacten, en waar vinden deze contacten plaats?

De meeste contacten in verband met de lage rug betroffen nieuwe klachten (63 procent), van vervolcontacten was sprake in 37 procent van de gevallen. (Onder vervolcontacten verstaan we contacten die betrekking hebben op één episode, waarin er nóg, en niet zoals bij recidieven wéér, reden voor contact is). De verdeling van het contact naar plaats is als volgt: de meeste arts-patiënt ontmoetingen vonden plaats op het spreekuur (80 procent): in 20 procent van de gevallen bezocht de huisarts de patiënt thuis of – soms – in het ziekenhuis. Zoals we al eerder zagen levert het houdings- en bewegingsapparaat het op een na grootste aantal redenen voor contact: 15 procent (1.572). Redenen voor contact in verband met respiratoire problemen spannen de kroon met 18 procent (1.993). Hoofdstuk A – algemene en ongespecificeerde problemen – neemt de derde plaats met 12 procent (1.289), gevolgd door hoofdstuk S – huid – met 9 procent (991) en hoofdstuk D – spijsvertering – met 8 procent (813).

Tabel 2 – Table 2. De verdeling van de redenen voor contact in verband met het houdings- en bewegingsapparaat over de componenten (N=1572). Percentages – The distribution of the reasons for encounter with regard to the musculoskeletal system over the components (N=1572). Percentages.

Components	Percentage	Rank order
1. Symptoms and complaints	78	1
2. Diagnostic, screening and preventive procedures	2	5
3. Treatment, procedures and medication	8	2
4. Results	3	4
5. Administrative	2	6
6. Other	1	7
7. Diagnosis/diseases	6	3

Tabel 4 – Table 4. Verdeling van de redenen voor contact in verband met het bewegingsapparaat over de componenten in twee veldonderzoeken. Percentages – Distribution of reasons for encounter with regard to the musculoskeletal system over the components in two field trials. Percentages.

Components	1981 (N=1014)	1983 (N=1572)
1. Symptoms and complaints	77	78
2. Diagnostic, screening and preventive procedures	1	2
3. Treatment, procedures and medication	6	8
4. Test results	5	3
5. Administrative	1	2
6. Other		1
7. Diagnosis/diseases	10	6

Beschouwing

Vergelijking van onze resultaten met andere onderzoeken zijn, gelet op de gebruikte registratiemethoden, nauwelijks mogelijk. De enige vergelijkingsmogelijkheid biedt het onderzoek van Lamberts. Dit had, evenals het onze, betrekking op de eerste maanden van het jaar, weliswaar niet 1983, maar 1981. Aan zijn onderzoek namen tien huisartsen deel; het totaal aantal RFE-codes bedroeg 7.503.¹

In tabel 4 worden de resultaten van dit onderzoek, voor zover betrekking hebbend op hoofdstuk L, geplaatst naast onze resultaten. De relatieve frequenties voor de componenten blijken elkaar weinig te ontlopen behalve in component 7.

De uitkomsten van dit onderzoek mogen niet gegeneraliseerd worden, noch intern naar jaarcijfers, omdat ze slechts op enkele maanden betrekking hebben, noch extern naar een grotere loket-populatie, omdat de praktijken niet aselekt zijn gekozen.

Wij hebben ons bij de keuze van de praktijken laten leiden door twee criteria: het materiaal is afkomstig uit zowel stads- als plattelandspartijken en van huisartsen die respectievelijk zelfstandig, in een home-team en in een gezondheidscentrum werkzaam zijn.

Onze oriëntatie heeft het inzicht verdiept in de problemen die zich voordoen als men met behulp van de RFE-C tot valide uitspraken zou willen komen over lage rugklachten in de huisartspraktijk en dus ook over de vraag op welke punten alsnog beslissingen genomen moeten worden. Wij willen daaraan in deze paragraaf nadere aandacht besteden.

Wil een instrument als de RFE-C aan zijn doel beantwoorden, dan moet het deugdelijk zijn – codelijst én instructies – en de gebruiker moet er goed mee kunnen omgaan. Een meetinstrument moet immers datgene meten wat men wil meten en niets anders.

Presenteert een patiënt een probleem, dan moet het classificatiesysteem waarin men dit probleem wil onderbrengen, voldoen aan tenminste twee eisen: ten eerste moet het probleem er in voorkomen: er moet een code voor zijn; ten tweede mag er slechts één omschrijving met bijbehorende code in het systeem zijn, die bij het probleem past; dit impliceert dat deze omschrijving andere omschrijvingen uitsluit.

In ons materiaal zijn de codes L 81 – osteoarthritis spine – en L 99 – other musculoskeletal system diseases – elk eenmaal gebruikt. Strikt genomen hebben de gegeven omschrijvingen geen betrekking op de lage rug; dit blijkt althans niet expliciet.

Navraag bij de betreffende huisarts leverde echter op, dat de vermelde reden onder L 81 toch op de lage rug betrekking had. De toevoeging „lage rug” is achterwege gebleven omdat naar zijn oordeel de formulering daarop betrekking had. Wat de hernia betreft, was betrokken arts van mening dat deze niet als L 99 geboekt had mogen worden.

Het ontbreken van de hernia nuclei pulposi, kortweg hernia, in de diagnoselijst dwingt tot het raadplegen van het instructieboek. Dit wijst L 81 – osteoarthritis spine – als code voor de HNP aan. De keuze van L 81 lijkt dus juist, maar L 52 – encounter: postoperative – in het beschreven geval lag evenzeer of meer voor de hand.

We hebben, afgaande op hetgeen de artsen-codeurs opgeschreven en gecodeerd hebben, in sommige gevallen de

betrouwbaarheid in twijfel getrokken.

Bij het zoeken naar de juiste code dient de arts zich zoveel mogelijk te laten leiden door de intenties van de patiënt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld lage rugpijn presenteert én verzoekt naar de fysiotherapeut te worden verwezen, is het noodzakelijk dat de arts zich vergewist waar de patiënt het accent legt. Legt hij het probleem van zijn rugklachten aan de huisarts voor of spreekt hij de huisarts aan op diens bevoegdheid de fysiotherapeut in te schakelen? Hierover moet de huisarts klaarheid hebben om een keuze te kunnen maken tussen de eerste component (Symptoms and complaints) en de derde component (Treatment, procedure and medication). In ons eerder onder Resultaten vermelde voorbeeld „verergering lage rugpijn: fysiotherapeut” heeft de arts kennelijk beluisterd dat de nadruk meer ligt op de „verergering” van de lage rugpijn dan op het ter sprake brengen van de fysiotherapeut.

Het is belangrijk dat het door de arts gepercipieerde accent tot uitdrukking komt in de op papier vastgelegde formulering en vervolgens omgezet wordt in de code die daarmee overeenkomt. De klachten en symptomen worden gevarieerd aangeboden. Het ligt eenvoudig als de patiënt binnenkomt en zegt: „Dokter, ik heb pijn onder in mijn rug”: L 12. Nagenoeg even eenvoudig is de presentatie „Ik heb pijn in mijn rug” van een patiënt die bedenkelijk kijkt en met zijn handrug over het lumbosacrale deel van zijn wervelkolom strijkt. Niettemin baseerden de huisartsen in het veldexperiment hun invulling hier in een aantal gevallen op het verbale deel van de boodschap en noteerden L 11, de code voor „back pain”.

De validiteit is om twee redenen in het geding. De eerste is dat de reden van

Synopsis. Low back symptoms as reason for encounter with the general practitioner

Introduction. The data presented in this contribution are derived from a still ongoing field trial of the Working Group RFE-C of the World Health Organization. The aim of this study is to answer the following questions:

1. How often is low back pain a reason for encounter with the general practitioner?
2. How is the low back pain presented?
3. What is the ratio between the number of RFE's concerning the low back and the total number of RFE's concerning the musculoskeletal system or the total number of RFE's?
4. What is the ratio between the number of first encounters and the number of follow-up encounters, and where are the encounters situated?

Method. In the context of a WHO field experiment eight general practitioners registered all reasons for encounter with the family doctor during a total of eleven weeks, with the aid of the Reason For Encounter Classification (RFE-C).¹ At the time of reporting 10,433 RFE's had been registered in the course of 6,856 encounters. The complaints were to be described in terms reflecting the patient's original formulation as faithfully as possible.

Results. 1. A total of 95 RFE's concerning the back were registered; 93 of these RFE's were coded within the first component of the chapter Musculoskeletal (table 1).

2. The low back pain was presented in the following terms:

- pain low in the back;
- pain in lower back;
- stitches low in the back;
- pain stabs low in the back;
- pain in the buttocks.

A further qualification was given in 24 per cent of the cases (figure), although nearly all these qualifications were noted down by only three of the eight participants.

3. The total number of RFE's concerning the musculoskeletal system was 1,572; 6 per cent of these RFE's concerned the low back (table 2). RFE's concerning the low back account for 1.4 per cent of the total number of RFE's (tables 3 and 4).

4. A new complaint was involved in 63 per cent of encounters concerning the low back. Eighty per cent of the encounters took place in the office, and the remaining 20 per cent at the patient's home or in a hospital.

Discussion. The results of this study should not be extrapolated either to annual figures or to a larger population. Comparison with a similar study is possible in only one instance (table 4).

rugpijn is, of de boodschap „Ik heb spit” een klacht overbrengt of een diagnose, vanuit het gezichtspunt van de patiënt. Deze omschrijving is één keer te vinden achter L 12.

Voor de arts is hier een coderingsprobleem in het RFE-classificatiesysteem. De eerste component daarvan (met de numerieke codes 1-29) omvat uitsluitend klachten, de zevende (codes 70-99) alleen diagnoses. De diagnosecomponent is onmisbaar in een van de inbreng van de patiënt uitgaande classificatie, omdat patiënten dikwijls een diagnose aanreiken als reden om zich tot de huisarts te wenden.

„Spit” is een omschrijving die door zowel medici als leken gebezigd kan worden, maar voor beide groepen een verschillende betekenis kan hebben. De patiënt die zegt „spit” te hebben, kan een complexe ervaring van pijnlijke bewegingsbeperking in één woord overbrengen. Hij kan ook aangeven dat het (weer) die bekende aandoening is, waarvoor de Duitsers het woord *Hexenschuss* bedacht hebben. De code zal in het eerste geval onder component 1, in het laatste onder component 7 vallen. Als de dokter tot een patiënt met pijn onder in de rug zegt „Het is spit”, is dat medisch een diagnose en codeert hij dienovereenkomstig, maar dan onder de E (evaluatie). Toch zegt hij niet zoveel meer dan dat er pijn onder in de rug is (E=S). Het meerdere is gelegen in de impliciete mededeling dat het niet meer is dan dat; geen hernia bijvoorbeeld.

Dankbetuiging

Met dank aan de medewerkers aan het onderzoekselement Basisproject Verslaggeving en Registratie in de Huisartspraktijk: J. Metsemakers, huisarts, H. Wetzelaer, systeemanalist, en de huisartsen die de gegevens hebben verzameld.

¹ Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25, 301-10.

² Weel C van. De visie van de patiënt. Gegevens ontleend aan een proefonderzoek met de RFC. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25 (suppl Huisarts & Praktijk 6): 30-34.

komst onvoldoende opgehelderd is. De combinatie van verbale en non-verbale informatie moet de arts ertoe brengen de hulpvraag te verhelderen. Wanneer bij navraag blijkt dat de pijn onderin de rug zit, zou de code L 12 moeten zijn en had de arts moeten opschrijven „pijn onder in de rug”. Wanneer er sprake was van „lage” rugpijn, was de code L 11 juist.

De tweede reden is dat registratiefouten ook te maken kunnen hebben met onvolkomenheden in de codelijsten en het instructieboek. Om te voorkomen dat artsen ten onrechte L 11 – back symptoms – vastleggen, in plaats van L 12 – low back symptoms/complaints – dient toegevoegd te worden: „excluded low back symptoms/complaints sensu stricto”.

Na bestudering van het materiaal en bespreking ervan met de codeurs bleek dat iedere klacht die in de trial van de

huisarts-codeur de code L 12 kreeg, ook inderdaad een lage rugklacht was. In een beperkt aantal gevallen bleek immers dat achter L 12 vermeld stond: rugpijn (of een variant daarop). De betreffende codeurs zeiden bij een van de wekelijkse besprekingen dat het bijvoeglijk naamwoord „lage” weggelaten werd, omdat L 12 per definitie „lage rug” aangeeft. Vanuit een onderzoeksgezichtspunt is het echter van belang dat, als L 12 gecodeerd wordt, ook in de uitgeschreven tekst blijkt dat het om lage rugpijnklachten gaat.

Deze onvolkomenheid is te begrijpen vanuit het spanningsveld onderzoeker-codeur enerzijds en hulpverlener anderzijds. Uit een oogpunt van registratie is dit echter niet acceptabel. Ook een willekeurige codeur moet op basis van de geschreven tekst tot dezelfde code komen als de schrijver-codeur.

Een andere vraag in verband met lage