

posed psychophysiological mechanisms. Diseases of the Nervous System 1971; 32: 4.

<sup>4</sup> Matthews JA. Backache. Br Med J 1977; i: 432-3.

<sup>5</sup> Dossetor AE. Management of backache in general practice. Br Med J 1975; iv: 32-3.

<sup>6</sup> Barker ME. Pain in the back and leg: a general practice survey. Rheumatol Rehabil 1977; 16: 37-45.

<sup>7</sup> Pedersen PA. Prognostic indicators in low back pain. J R Coll Gen Pract 1981; 31: 209-16.

<sup>8</sup> Belart W. Über die Verläufe der Lumbalgieën und Ischialgieën. Schweiz Rundschau Med Praxis 1978; 76: 693-8.

<sup>9</sup> Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

<sup>10</sup> Barton JE, Haight RO, Marsland DW, Temple TE. Low backpain in the primary care setting. J Fam Pract 1976; 3: 363-4.

<sup>11</sup> Oliemans AP. Lage rugpijn in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1980; 3: 91-3.

<sup>12</sup> Morrel DC, Wale CJ. Symptoms perceived and recorded by patients. J R Coll Gen Pract 1976; 26: 398-483.

<sup>13</sup> Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.

<sup>14</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>15</sup> Does E van der. De patiënt met rugpijn. In: Kompas voor de huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1977.

<sup>16</sup> Gilchrist IC. Psychiatric and social factors related to low back pain in general practice. Rheumatol Rehabil 1976; 15: 101.

<sup>17</sup> Korst JK van der. De diagnostiek van reumatische aandoeningen in de huisartspraktijk. Reuma Wereldwijd 1978; 2: 1-4.

<sup>18</sup> Burns C. The low backpain in general practice. Update 1980; 18: 575-9.

<sup>19</sup> Kingma MJ, red. Nederlands leerboek der orthopedie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1977.

<sup>20</sup> Working Group on Back Pain. Department of health and social security, London: HMSO, 1979.

<sup>21</sup> Hoen J. Het „lage Rugpijn” probleem of „waar zijn we mee bezig” [Scriptie]. Utrecht: Hogere School voor Gezondheidszorg, 1978.

<sup>22</sup> Valkenburg HA. Zesde voortgangsverslag van het epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer (EPOZ). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1980.

#### Een uitgebreid onderzoeksverslag

kan worden aangevraagd via het bureau van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

# Het beleid bij lage rugklachten

## Een groepsdiscussie van huisartsen en fysiotherapeuten

DR. H. F. J. M. CREBOLDER

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van een groepsdiscussie van elf huisartsen en drie fysiotherapeuten over het thema lage rugklachten. Noch bij de huisartsen, noch bij de fysiotherapeuten bleek veel overeenstemming te bestaan over het te volgen beleid. Heftige pijn in de acute fase en geen of weinig verbetering na enkele weken zijn redenen om naar de fysiotherapeut te verwijzen. Wat er dan moet gebeuren, is onduidelijk. In de Beschouwing wordt ingegaan op het belang van adequate classificaties en van procedures voor de onderlinge samenwerking. Het artikel wordt besloten met een zestal „richtlijnen”.

### Inleiding

De dertien huisartsen van Venlo-Oost vormen samen een waarneemgroep. Sedert enige jaren komen deze huisartsen elke twee à drie maanden gedurende twee uur bijeen om zich te verdiepen in een huisartsgeneeskundig onderwerp. Bij toerbeurt bereiden twee van hen dat voor. Gewoonlijk wordt begonnen met een of meer schriftelijke casus, gevolgd door een meer algemene discussie. Meestal wordt daarbij een consulent (specialist, apotheker) uitgenodigd. In maart 1983 vond een bijeenkomst plaats om het beleid bij lage rugklachten te bespreken. Er waren elf huisartsen aanwezig en drie ervaren fysiotherapeuten; twee van hen hebben een informele samenwerkingsrelatie met een groep huisartsen.

De procedure voor deze avond was als volgt. De aanwezigen werden verdeeld over drie gespreksgroepen, met steeds één fysiotherapeut erbij. Eerst werd een casus besproken en vervolgens kwamen enige algemene vragen over het beleid bij lage rugklachten aan de orde. De sessie werd beëindigd met een gezamenlijke discussie.

### Casus

*Mevrouw P, 45 jaar oud, is huisvrouw en heeft twee kinderen. Zij komt maandagochtend op het spreekuur vanwege pijn in de rug. Zij heeft dit nu twee dagen, ze geeft de pijn aan onder in de rug. Deze*

*doet zoveel pijn dat ze er slecht door slaapt. Ze heeft geen idee hoe ze eraan gekomen is.*

*De anamnese levert verder geen bijzonderheden op. Bij lichamelijk onderzoek ziet U dat ze de rug krom houdt van de pijn. Bij buigen doet het pijn in het lumbale gebied, en daar is de hypertone paravertebrale musculatuur flink druk-pijnlijk, rechts meer dan links.*

*U houdt het op een myalgie.*

*Wat is Uw beleid?*

*Op vrijdag komt zij terug en vertelt dat zij nog net zoveel pijn heeft.*

*Kijkt U haar opnieuw na? Wat is Uw beleid?*

*Veronderstel dat U geen reden heeft Uw aanvankelijke diagnose te wijzigen, wat is dan Uw beleid?*

*Na drie weken komt zij weer op Uw spreekuur. Het gaat slechts iets beter.*

*Wat doet U?*

De vragen zijn toegespitst op het te volgen beleid. De specifieke kenmerken van anamnese en onderzoek bij lage rugklachten zijn grotendeels buiten beschouwing gelaten.

Over het beleid bij het eerste consult bestond nog een tamelijk grote mate van overeenstemming. Iedereen schreef een analgeticum voor, al of niet gecombineerd met een smeersel. Bijna iedereen adviseerde „warmte”. Een minderheid noteerde „uitleg” of zou een oefenadvies geven.

Bij het tweede consult waierde het beleid al aardig uit. Een meerderheid van

de huisartsen zou haar opnieuw nakijken, soms na aanvulling van de anamnese. De helft besloot de medicatie te wijzigen en drie huisartsen overwogen te verwijzen naar de fysiotherapeut. Slechts drie huisartsen besloten hun beleid ongewijzigd te laten en af te wachten.

Na de vaststelling dat een interval van drie weken rijkelijk lang is voor het derde consult, besloot iedereen de fysiotherapeut in te schakelen. Voordien zou de helft van de huisartsen een röntgenfoto van de lumbosacrale wervelkolom hebben laten vervaardigen om ossale afwijkingen op te sporen, respectievelijk uit te sluiten. Het besluit daartoe zou in sterke mate worden bepaald door aandrang van de patiënte of een eventuele controlerende instantie. Drie anderen zouden alleen bij verschijnselen van radicaire prikkeling een foto aanvragen.

Vermeldenswaard uit de plenaire discussie is het feit dat er geen vaste beleidslijn (protocol) is voor deze veel voorkomende aandoening, die typisch is voor de huisartsgeneeskunde. Eigen ervaringen, hetgeen men toevalligerwijs heeft gelezen en de wensen van de patiënte zijn de bepalende factoren. De vraag naar zulk een protocol werd ook niet geuit.

Ook bij de fysiotherapeuten bestond geen uniforme aanpak. Twee van hen pleitten voor „deblokken” van de lange rugspieren met interferentiestroom bij ernstige hypertonie. Dat zou liefst binnen een week na het begin van de klachten moeten gebeuren.

Samenvattend kan men stellen dat er bij deze huisartsen een uniform therapeutisch beleid is in de acute fase van lumbale myalgie. In de chronisch fase is er een grote eensgezindheid ten aanzien van het inroepen van de hulp van de fysiotherapeut. In de periode daartussen, in de subacute fase, is het beleid zeer pluriform. Over belangrijke zaken als instructies voor oefeningen en de indicaties voor röntgenfoto's, heerst onduidelijkheid.

### Samenwerking

In aansluiting op de bespreking van de casus is getracht aan de hand van enige vragen, het beleid bij verwijzen van een patiënt met lage rugklachten naar een fysiotherapeut, te verhelderen.

Iedereen vermeldde dat acute, heftige pijn (bijvoorbeeld een radicaal syndroom) en langdurig bestaande klachten (2 à 3 weken) indicaties zijn voor verwijzing. Voor sommigen zou alleen

al een daartoe strekkend verzoek van de patiënt voldoende reden zijn om te verwijzen.

De informatie die zou worden meegegeven, bevatte voor iedereen een beschrijving van de klachten en een diagnose in de zin van een werkhypothese. De helft van de huisartsen zou ook melding maken van eventuele röntgenfoto's, medicatie en psychosociale gegevens. De aard en duur van de behandeling zou door de meesten aan de fysiotherapeut worden overgelaten. Twee huisartsen en de artsen van het gezondheidscentrum maken gebruik van een standaard-verwijsbrief, die goed voldoet.

Over de rapportage die van de fysiotherapeut wordt verwacht, waren de meningen zeer uiteenlopend. Die wisselden van een schriftelijk verslag over iedere patiënt bij de afsluiting van de behandeling, tot alleen een bericht, indien de behandeling niet voldoende succesvol bleek. De behoefte aan een schriftelijk verslag, dat bij de kaart van de patiënt gevoegd kan worden, was niet algemeen.

Tenslotte is gesproken over de behoefte aan regelmatig overleg van huisartsen en fysiotherapeuten. Ook hier bleken de wensen zeer divers. De helft stelde prijs op een regelmatig overleg – eenmaal per één à twee maanden – over gevallen die of voor de huisarts of voor de fysiotherapeut moeilijk waren. De overigen gaven de voorkeur aan incidenteel overleg. De drie aanwezige fysiotherapeuten hadden geen eensluidend standpunt. Zij leken zich aan te passen aan de gevoelens en wensen die leefden bij de huisartsen.

Om een idee te krijgen van hetgeen contact (overleg?) oplevert, kunnen we putten uit nog niet gebruikte gegevens van een eerder gepubliceerd onderzoek. In dat artikel wordt een beeld geschetst van gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen aan de hand van 616 verwezen patiënten.<sup>1</sup> Contact over door huisartsen verwezen patiënten vond plaats in 60 procent van

**Tabel.** Resultaten van het contact huisarts en fysiotherapeut. Percentages.

	Alle verwijzingen (N=239)	Lage rugklachten (N=58)
Wijziging beleid	5	10
Geen wijziging	42	41
Verlenging therapie	28	26
Stoppen therapie	21	19
Overige	5	4

alle gevallen. Dat gebeurde voornamelijk tijdens en na de behandeling. Tijdens de behandeling was het contact vooral mondeling, na de behandeling schriftelijk. Het percentage contacten over patiënten met lage rugklachten was 44 procent, en dus minder dan het gemiddelde.

Uit de tabel blijkt dat de groep „lage rugklachten” zich niet in beduidende mate onderscheidt van het totaal. Opvallend is verder dat het resultaat „verlenging therapie” in beide groepen gelijk is.

Uit het totale onderzoek bleek dat de resultaten van de behandeling relatief ongunstig waren bij degeneratieve, chronische aandoeningen en bij patiënten wier klachten in belangrijke mate als psychosociaal werden aangeduid. En juist bij lage rugklachten werd de fysiotherapeutische behandeling in bijna 30 procent van de gevallen als niet succesvol beoordeeld. Dat was van alle categorieën de slechtste score.

Deze gegevens pleiten ervoor, het contact tussen verwijzer en fysiotherapeut ten minste bij deze patiënten te intensiveren.

### Beschouwing

Wil men het verloop van een klacht of het effect van een behandeling kunnen evalueren, dan zal men moeten kunnen beschikken over classificaties waarin zowel de aandoening als de therapie ondergebracht kunnen worden. In de huisartsgeneeskunde is een begin gemaakt met het opstellen van dergelijke classificaties, in de fysiotherapie nog niet.

Hoekstra wijdt het laatste hoofdstuk van zijn dissertatie aan het classificeren. Hij stelt terecht, „dat een morbiditeitsclassificatielijst voor de huisartsgeneeskunde diagnosegroepen moet bevatten die relevant zijn, dat deze lijst moet leiden tot reproduceerbare conclusies en bovendien gemakkelijk interpreteerbaar moet zijn voor anderen.” Vervolgens beoordeelt hij een vijftal morbiditeitsclassificatielijsten (waaronder de E-lijst en de ICHPPC-2) aan de hand van honderd patiënten die zich achtereenvolgens met lage rugklachten tot hem wendden. Zijn conclusie luidt dat geen van deze schema's geheel voldoet.

Een goede classificatielijst zou de volgende diagnosegroepen moeten bevatten:

- lumbago en vergelijkbare aandoeningen van de spieren;
- ischialgie;
- hernia nuclei pulposi;

- statische afwijkingen van de rug (inclusief morbus Scheuermann) waarbij een samenhang met rugklachten aanneemelijk is;
- traumata van de rug;
- psychogene oorzaken;
- oorzaak in een aandoening van een der inwendige organen, of onderdeel van een bacterieel of viraal infectie;
- geen diagnose.<sup>2</sup>

In een proefonderzoek werden onder meer de *reasons for encounter* bij lage rugklachten gezet naast de overeenkomstige coderingen in de ICHPPC-2.<sup>3</sup> In ruim 14 procent van de gevallen bleek de oorzaak buiten de rug gelegen. Men kan ook zeggen: er is een behoorlijke mate van overeenstemming tussen de beide niveaus van classificeren, want 86 procent van de rugklachten waren te lokaliseren in de rug. De betekenis van de kloof is nog onopgehelderd. Het onderwerp rugklachten zou zich er prima toe lenen om meer duidelijkheid te verkrijgen over het gebied tussen de subjectieve klacht en het objectieve etiket. Lage rugklachten komen immers vaak voor en behoren, door de vereiste integrerende benadering, typisch tot het gebied van de huisarts. Het door Hoekstra voorgestelde schema zou daarbij als objectieve meetlat zeer bruikbaar zijn. De E-lijst van de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie en de ICHPPC-2 moeten dan worden bijgesteld.

Welke behandeling wordt vervolgens gegeven? Terzijde zij opgemerkt dat voor de registratie hiervan ruimte is in de Reason For Encounter Classification.

De fysiotherapie kent: massage, fysio-techniek (toepassing van apparaten) en oefentherapie. Gewoonlijk worden diverse therapieën bij één patiënt gebruikt. Dat maakt het vrijwel onmogelijk, aan te geven welke therapie tot welk resultaat heeft geleid. De vele immateriële factoren die tot een belangrijke interfysiotherapeut-variantie kunnen leiden, laat ik dan nog buiten beschouwing.<sup>4</sup> Het is hiermee niet anders gesteld dan de interhuisarts-variantie.

In een gecontroleerde studie van verwezen patiënten met niet-specifieke lage rugklachten werd aangetoond, dat zij die behandeld waren met mobilisatie en manipulatie, er slechts een korte tijd na de behandeling beter aan toe waren. Na één jaar waren er geen verschillen meer tussen de behandelde en de niet-behandelde groep. De patiënten die het het beste deden, waren degenen bij wie de klachten het kortste bestonden.<sup>5</sup> En dat

vonden wij ook in ons eigen onderzoek.<sup>1</sup>

De fysiotherapeut is in feite een specialist die ook in de eerste lijn werkt. Dat betekent dat de spelregels die gelden voor de relatie van huisarts en ziekenhuisspecialist, ook op deze vorm van samenwerking van toepassing zijn. De verwijzing geschiedt op indicatie. De verwijzer geeft aan of het om een advies (consult) of om overname van de behandeling gaat. In een begeleidend schrijven vermeldt hij de informatie die de fysiotherapeut nodig heeft om de patiënt goed te kunnen behandelen. Daarbij horen mijns inziens: personalia, bevindingen van het eigen onderzoek, medicatie, eventuele uitslagen van het röntgenonderzoek, relevante medische gegevens uit de voorgeschiedenis en, zo nodig en ethisch verantwoord, informatie over de persoonlijkheid en leefwereld van de patiënt. Ook zou getracht moeten worden de prognose aan te geven van de behandeling van de patiënt. Het maakt een heel verschil of de huisarts naar de fysiotherapeut verwijst om een tijdje van het klagen van de patiënt verlost te zijn, of wegens een aandoening die een specifieke fysiotherapeutische deskundigheid vereist. Met andere woorden: verwijst hij wegens probleemgedrag of wegens ziektegedrag?

Ten aanzien van richtlijnen omtrent de aard en duur van de toe te passen behandeling kan men zeggen: de huisarts weet niets van fysiotherapie, dus waarom zou hij zich daarmee bemoeien? Ik meen dat dit geen juist uitgangspunt is. Ook jegens medische of gedragswetenschappelijke specialisten neemt hij niet een dergelijk standpunt in. Hij kan zich een oordeel vormen omtrent de meest gebruikte technieken en behandelwijzen. Hij kent het natuurlijk beloop van de meeste aandoeningen die voor verwijzing in aanmerking komen. En hij weet of de patiënt ertoe zal neigen een eenmaal begonnen behandeling onnodig lang voort te zetten. Persoonlijk schrijf ik in het algemeen een korte reeks behandelingen voor met de nadruk op oefentherapie. Er is dan minder kans op afhankelijkheid van de hulpverlener en meer kans op stimulatie van het vermogen om zichzelf verder te helpen.

Na afloop van de behandeling verwacht ik van de fysiotherapeut een schriftelijke rapportage. Een samenvatting daarvan wordt genoteerd op de patiëntenkaart. Evenals bij andere specialisten, verdient het de voorkeur samen te werken met een of enkele fysiotherapeuten. In hoeverre er behoefte bestaat een ge-

formaliseerd overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten, zal per plaats en persoon verschillen. De ervaring in het gezondheidscentrum Withuis is dat er in de eerste twee jaren veel over patiënten werd gesproken. In die tijd werden de wederzijdse verwachtingen, wensen en werkwijzen als het ware verhelderd. Nu vindt het overleg over patiënten voornamelijk op een informele manier plaats en worden de formele besprekingen gewijd aan bepaalde thema's.

## Richtlijnen

Tenslotte nog een zestal „richtlijnen”, waarbij ik mij ervan bewust ben dat persoonlijke waardeoordelen een belangrijke rol kunnen spelen:

- Probeer via het zogenaamde SOEP-schema<sup>6</sup> te komen tot een classificerende diagnose.
- Probeer te schatten wat de geneeskraft van de natuur, het natuurlijk beloop, zal kunnen zijn.
- Als een fysiotherapeutische behandeling nodig of gewenst is, schrijf dan een korte behandelingsreeks voor (bijvoorbeeld zes maal) met de nadruk op oefentherapie.
- Geef de fysiotherapeut de benodigde informatie schriftelijk. Besteed daarbij ook aandacht aan de prognose.
- Vraag om een schriftelijk verslag van de fysiotherapeut na afloop van de behandeling.
- Beperk de samenwerking tot een of enkele fysiotherapeuten.

<sup>1</sup> Crebolder HFJM. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 42-8.

<sup>2</sup> Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1982.

<sup>3</sup> Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 301-10.

<sup>4</sup> Buyten NT, Hoogen R van der, Monteny AE, Veld HO in 't, Lamberts H. Fysiotherapie: vierde in eerstelijns kwartet. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 237-43.

<sup>5</sup> Sims-Williams H, Jayson MIV, Young SMS, Baddeley H, Collins E. Controlled trial of mobilization and manipulation for low back pain-hospital patients. Br Med J 1979; ii: 1318-20.

<sup>6</sup> Horst F van der, Vierhout W, Stalenhoef P. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 1. Ervaringen. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 252-8.