

Orthopedische verwijzingen in een huisartspraktijk

Een analyse van verwezen patiënten

C.B.M. BLES
H.A.H.M. LAGRO
A.L.M. LAGRO-JANSSEN

Bles CBM, Lagro HAHM, Lagro-Janssen ALM. Orthopedische verwijzingen in een huisartspraktijk. Een analyse van verwezen patiënten. Huisarts Wet 1994; 37(7): 289-92.

Samenvatting Zijn er verschillen tussen patiënten die op initiatief van de huisarts naar de orthopeed worden verwezen, en patiënten die zelf het initiatief nemen? In een van de CMR-praktijken werd met behulp van de patiëntenkaart retrospectief nagegaan welke patiënten gedurende een periode van vijf jaar bij de orthopeed terecht waren gekomen. De patiënten in de groep 'initiatief huisarts' (n=63) hadden veel vaker een aandoening waarvoor werkelijk hulp van de orthopeed vereist was dan de patiënten die zelf het initiatief hadden genomen (n=62). Deze laatste groep leed in hoofdzaak aan onschuldige weke-delenaandoeningen. De door de orthopeed voorgestelde conservatieve maatregelen zouden in veel gevallen ook door de huisarts gegeven kunnen worden. In dit onderzoek blijken de huisartsen een adequate en doelmatige selectie te kunnen maken bij verwijzingen naar de orthopeed.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
C.B.M. Bles, huisarts in opleiding;
H.A.H.M. Lagro, huisarts;
Dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.
Correspondentie: H.A.H.M. Lagro.

Inleiding

Bij verwijzingen naar de specialist heeft de huisarts een selecterende functie. Hij moet daartoe beschikken over medische kennis over de gepresenteerde aandoeningen, en hij moet de ernst van die aandoeningen kunnen inschatten; daarnaast moet hij op de hoogte zijn van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden van de eerste en tweede lijn.¹ Uit verschillende onderzoeken blijkt dat daarnaast ook niet-medische factoren een rol spelen.¹⁻⁶ Deze factoren, die elkaar vaak onderling beïnvloeden, kunnen patiëntgebonden, artsgebonden of structureel van aard zijn.

Ook bij orthopedische verwijzingen lijkt het aannemelijk dat patiëntgebonden factoren van invloed zijn.⁷⁻⁹ In een Engels onderzoek bleek dat 20 procent van de verwijzingen naar een orthopeed plaatsvond op verzoek van de patiënt; in een Nederlands onderzoek was dat zelfs 37 procent.^{10,11} Ook kunnen patiënten de orthopeed buiten de huisarts om consulteren.⁷ Uit een Nederlands onderzoek bij ziekenfondspatiënten bleek dat 9 procent van alle verwijzingen achteraf had plaatsgevonden.⁸

Over de mate waarin en de wijze waarop patiëntgebonden factoren een rol spelen bij orthopedische verwijzingen, is nog weinig bekend. Wij hebben hierop enig zicht proberen te krijgen door de verwijzingen vanuit één huisartspraktijk retrospectief te analyseren. Wij stelden ons daartoe de volgende vragen:

- Hoe zijn de verwijzingen naar de orthopeed tot stand gekomen en bij welke van de door de huisarts verwezen patiënten heeft de verwijzing op verzoek van de patiënt plaatsgevonden?
- Zijn er verschillen van medisch-inhoudelijke aard tussen de groep patiënten die op initiatief van de huisarts zijn verwezen, en de groep waarbij de verwijzing op initiatief van de patiënt heeft plaatsgevonden?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in de stadspraktijk van de Nijmeegse Continue Mor-

bideitsregistratie (CMR). De CMR richt zich op het vastleggen van het vóórkomen van ziekten en aandoeningen in de huisartspraktijk en van de verwijzingen en opnamen die hieruit voortkomen.¹² Op de patiëntenkaart worden deze gegevens geregistreerd door middel van codes. Zo krijgen alle patiënten die bij de orthopeed terecht komen de code 26, gekoppeld aan de aandoening waarvoor zij zijn verwezen. Dat geldt ook voor patiënten die buiten de huisarts om naar de orthopeed gaan, dankzij de consequente berichtgeving van de orthopeden aan de huisarts. Op deze manier konden via de CMR-registraties alle patiënten worden geselecteerd die in de jaren 1985-1989 bij de orthopeed terecht waren gekomen.

Met behulp van de patiëntenkaart werden, naast sociaal-demografische gegevens, tevens de volgende variabelen geregistreerd:

- De wijze waarop de verwijzing tot stand was gekomen: door de huisarts, op eigen initiatief, via de EHBO of door een specialist.
- De invloed die de patiënt op de verwijzing door de huisarts had uitgeoefend. Onder verwijzing op verzoek worden de verwijzingen verstaan waar de patiënt expliciet om heeft gevraagd, terwijl de huisarts de verwijzing niet nodig vond; voorwaarde was tevens dat de huisarts dit duidelijk op de patiëntenkaart had vermeld, bijvoorbeeld door de notitie: 'Wil per se naar de orthopeed.'
- De medische consumptie van de patiënt vanaf drie jaar vóór tot drie jaar na de verwijzing. Onder medische consumptie worden alle huisarts-patiënt contacten verstaan. Deze contacten werden onderverdeeld in contacten met betrekking tot de aandoening waarvoor was verwezen, en contacten met betrekking tot een andere aandoening.
- De redenen en motieven van de huisarts om de patiënt te verwijzen, voor zover deze op de patiëntenkaart waren vermeld. We maken hierbij een onderscheid tussen diagnostische redenen, conservatief-therapeutische redenen en indicaties voor operatie.

- De verwijsdiagnose en de aard van de verwezen aandoening. De verwezen aandoeningen zijn onderverdeeld in weke-delen-aandoeningen (alle aandoeningen die niet ossaal van aard zijn, zoals laesies van spieren, pezen, bursae en bandenen) en gewrichts/bot-aandoeningen (onder andere meniscusletsels, artrose en wervelkolomafwijkingen).
 - De diagnostische en therapeutische interventies van de orthofoon (onder andere artroscopie, operatie en opname).
- De twee groepen patiënten konden voor de meeste variabelen worden vergeleken met behulp van 2x2-tabellen. Ter toetsing van de verschillen tussen de groepen is de chikwadraattoets gebruikt.

Resultaten

In de jaren 1985-1989 kwamen 157 patiënten onder orthopedische behandeling. Vergeleken met de totale praktijkpopulatie telde de onderzoekspopulatie relatief veel patiënten boven de 45 jaar; de verdeling naar geslacht en verzekeringsvorm kwam echter goed overeen met de situatie in de praktijk als geheel (57 procent vrouwen; 59 procent ziekenfondsverzekerden).

De patiënten waren in 73 procent van de gevallen vanwege een gewrichts/bot-aandoening onder orthopedische behandeling gekomen.

Totstandkoming verwijzing

Van de totale onderzoekspopulatie waren 65 patiënten buiten de huisarts om bij de orthofoon terechtgekomen; van de overige patiënten – die dus door de huisarts waren verwezen – waren 29 patiënten verwezen op hun eigen verzoek (tabel 1).

De groepen 'initiatief huisarts' (1) en 'initiatief patiënt' (2+3) verschilden niet naar leeftijd en geslacht. Wel bevonden zich in de groep 'initiatief huisarts' relatief meer ziekenfondsverzekerden dan in de groep 'initiatief patiënt' (respectievelijk 71 en 45 procent; $p=0,003$). Van de groep die rechtstreeks naar de orthofoon was gegaan, was 70 procent particulier verzekerd. De verschillen in sociale laag waren hiermee in overeenstemming.

De patiënten uit de groep 'initiatief huisarts' hadden vóór de verwijzing vaker contact met hun huisarts gehad dan de patiënten uit de groep 'initiatief patiënt' ($p<0,001$) (tabel 2). Van de patiënten die rechtstreeks naar de orthofoon waren gegaan, hadden 12 patiënten de huisarts niet geraadpleegd. De patiënten die op eigen verzoek waren verwezen, hadden de huisarts juist vaker geconsulteerd: 7 patiënten hadden vóór de verwijzing meer dan negen contacten met de huisarts gehad. Met betrekking tot het aantal consulten wegens andere aandoeningen bestonden geen significante verschillen tussen de groepen.

Bij de patiënten uit de groep 'initiatief huisarts' had de huisarts vaker een diagnostische reden (18 maal) dan bij de patiënten die op eigen verzoek waren verwezen (3 maal). Bij de meeste patiënten stond bij de huisarts niet zozeer diagnostiek, als wel de vraag naar (een andere) therapie op de voorgrond. Indien therapeutische motieven een rol speelden, ging het bij patiënten uit de groep 'initiatief huisarts' veel vaker om een operatie (32 patiënten) dan

bij de patiënten die op eigen verzoek verwezen wilden worden (8 patiënten).

Medisch-inhoudelijke verschillen

Bij het vergelijken van de aandoeningen bleek dat in de groep 'initiatief huisarts' veel vaker gewrichts- en botafwijkingen voorkwamen dan in de groep 'initiatief patiënt' (respectievelijk 92 en 50 procent; $p=0,001$; tabel 3).

De orthofoon ging bij de groep 'initiatief huisarts' vaker over tot artroscopie, operatie en opname (p -waarden respectievelijk 0,038, 0,037 en 0,029; tabel 4). Het ging hierbij ook om kwalitatieve verschillen. Zo werden bij de patiënten uit de groep 'initiatief huisarts' vaker grotere ingrepen aan heup of knie verricht. Bij de patiënten uit de groep 'initiatief patiënt' ging het meer om kleine operatieve correcties, zoals bij een hallux valgus of een tendovaginitis.

Ten aanzien van voorgeschreven orthopedische hulpmiddelen werden alleen kwalitatieve verschillen genoteerd: zo kreeg de groep 'initiatief huisarts' veel

Tabel 1 Wijze waarop de patiënten bij de orthofoon terecht waren gekomen. Aantallen

1	Initiatief huisarts/verwijzing huisarts	63
2	Initiatief patiënt/verwijzing huisarts	29
3	Initiatief patiënt/geen verwijzing	33
4	Verwijzing door EHBO of andere specialist	32

Tabel 2 Het aantal huisarts-patiënt contacten met betrekking tot de verwezen aandoening, drie jaar vóór de verwijzing. Aantallen (exclusief patiënten die korter dan één jaar voor de verwijzing in de praktijk waren ingeschreven)

	Initiatief huisarts (1) n=57	Initiatief patiënt	
		verwijzing huisarts (2) n=29	rechtstreeks (3) n=28
0	–	–	12
1-4	36	18	12
5-9	17	4	2
>9	4	7	2
Totaal	57	29	28

Tabel 3 Aandoeningen waarvoor was verwezen. Aantallen

Diagnosegroep/ aandoening	Initiatief huisarts	Initiatief patiënt
<i>Artrose</i>		
– coxarthrose	4	3
– gonarthrose	3	2
– overige arthrose	5	4
Totaal artrose	12	9
Meniscus-/bandletsel	12	0
Fracturen/luxaties	6	3
Structurele afwijkingen wervelkolom	5	2
<i>Distorsie</i>		
– kniedistorsie	2	1
– enkeldistorsie	0	2
– overige distorsies	0	2
Totaal distorsie	2	5
<i>Voetafwijkingen</i>		
– pedes plani	2	6
– hallux valgi	2	5
Totaal voetafwijkingen	4	11
Bursitis/tendinogeen	3	5
Myalgieën	0	12
<i>Neoplasma</i>		
– maligne	2	0
– benigne	0	1
Totaal neoplasma	2	1
Overige ziekten bewegingsapparaat	13	4
Overige (onschuldige) symptomen bewegingsapparaat	4	10

Tabel 4 Interventies van de orthopeed. Aantallen

Interventie	Initiatief huisarts	Initiatief patiënt
<i>Arthroscopie</i>		
– positieve scopie	12	3
– negatieve scopie	–	1
Totaal arthroscopie	12	4
<i>Operatie</i>		
– klinisch	19	9
– poliklinisch	3	2
– onbekend	1	1
Totaal operatie	23	12
<i>Ziekenhuisopname</i>		
– operatie	19	10
– conservatieve therapie	2	1
Totaal ziekenhuisopnamen	21	11

minder vaak steunzolen voorgeschreven dan de groep 'initiatief patiënt' (respectievelijk 1× en 8×). Een brace of korset werd in de groep 'initiatief huisarts' aan 4 patiënten verstrekt, tegen niet één in de groep 'initiatief patiënt'.

Met betrekking tot de overige conservatieve (poliklinische) interventies van de orthopeed, zoals verwijzing naar de fysiotherapeut, waren er geen significante verschillen tussen de groepen. In de groep 'initiatief patiënt' stelde de orthopeed de patiënten relatief vaker gerust of gaf hij vaker alleen advies dan in de groep 'initiatief huisarts'.

Beschouwing

Ondanks het feit dat dit onderzoek plaatsvond in één huisartspraktijk, levert het naar ons oordeel een bijdrage aan de discussie over orthopedische verwijzingen en geeft het een volledig beeld van de patiëntenstroom die vanuit een huisartspopulatie bij de orthopeed terecht komt, dan andere onderzoeken.

In de eerste plaats kunnen we concluderen dat in dit onderzoek de patiënt zelf een buitengewoon actieve rol bleek te spelen in het verwijzingsproces. Dat vele particuliere patiënten zich rechtstreeks tot een orthopeed wendden, is niet verrassend, gezien het feit dat specialisten en ziektenkostenverzekeraars deze gang van zaken legitimeren. In de literatuur hebben we geen andere cijfers over dit fenomeen gevonden. Daarnaast blijkt ruim 30 procent van de verwijzingen door de patiënt zelf in gang te zijn gezet, een cijfer dat overeenkomt met de uitkomsten van Vierhout.¹¹ Ook bij verwijzingen naar andere specialisten spreekt de patiënt een duchtig woordje mee: bij interne geneeskunde komt men tot 20 procent en bij kindergeneeskunde tot 50 procent verwijzingen op verzoek van de patiënt.^{2,3}

Bij orthopedische verwijzingen gaat het vaak om langdurige en pijnlijke aandoeningen, waarbij de patiënt ongeduldig wordt wanneer de behandelingen in de eerste lijn onvoldoende resultaat geeft.^{9,13} In ons onderzoek blijken patiënten die druk op de huisarts uitoefenen, een hoge

medische consumptie te vertonen met betrekking tot de aandoening waarvoor zij een verwijzing willen. Ook in het onderzoek van Krol betreffende verwijzingen naar de kinderarts bleken de ouders frequente bezoekers van de huisarts.³

In de tweede plaats blijken in dit onderzoek patiënten die op eigen initiatief bij de orthopeed terechtkomen, vaker te lijden aan onschuldige weke-delenaandoeningen. Bij de aanwezige artroseproblematiek ging het om stadia waarin een operatie nog lang niet aan de orde was. Blijkbaar zijn er in deze groep medisch-inhoudelijk weinig indicaties voor een orthopedisch consult. Dit komt ook tot uiting in de door de orthopeed uitgevoerde interventies: in deze groep werden veel minder artroscopieën en operaties uitgevoerd. De conservatieve therapie die werd voorgesteld, zou in veel gevallen ook door de huisarts gegeven kunnen worden.

Naast de door de huisarts en orthopeed beoordeelde medische noodzaak van een verwijzing, speelt bij de beoordeling van de effectiviteit van een verwijzing de mening van de patiënt een rol. Dit aspect is in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven.

In verschillende Engelse onderzoeken stellen orthopeden dat ze te veel tijd moeten besteden aan patiënten die in principe ook door de huisarts geholpen hadden kunnen worden; men komt tot ruim 40 procent niet (echt) noodzakelijke verwijzingen.¹⁰⁻¹³ Hierdoor hebben orthopeden minder tijd voor het verrichten van opera-

tieve ingrepen en zijn de wachttijden voor een afspraak op de polikliniek langer dan noodzakelijk.

In Nederland vormen de wachttijden voor een afspraak op de polikliniek orthopedie – althans in de regio Nijmegen – nog geen groot probleem. Gezien echter de toenemende vergrijzing zullen de patiënten met klachten van het bewegingsapparaat die een orthopedische behandeling behoeven, in aantal toenemen. Dit benadrukt de noodzaak van een goede afbakening tussen eerste- en tweedelijns-problematiek: de juiste patiënt op de juiste plaats. Het maakt de gezondheidszorg niet duurder dan nodig is – een niet onbelangrijk gegeven bij schaarste aan middelen. Bovendien verhoogt het de arbeidssatisfactie voor beide disciplines, en voorkomt het iatrogene schade of somatische fixatie, in het bijzonder bij chronische pijnpatiënten.¹⁴⁻¹⁶

Literatuur

- 1 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 2 Van Weert H, Grundmeijer H. Patiënt, huisarts en internist [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
- 3 Krol LJ. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1985.
- 4 Post D, Gubbels JW. Verwijzen naar interne specialisten. Huisarts Wet 1986; 29: 369-72.
- 5 Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Gezondh Samenlev 1982; 3: 141-51.
- 6 Newton J, Hayes V, Hutchinson A. Factors influencing general practitioners' referral decisions. Fam Pract 1991; 8: 308-13.
- 7 Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. Huisarts Wet 1986; 29: 365-8.
- 8 Dopheide JP, Kersten TJMT, Nijhout FP, Van der Speld GDJ. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: NIVEL, 1986.
- 9 Van Ooij A, Walenkamp GHM, Gesink RGT, et al. Consultatie in de huisartspraktijk. Een specialistische impressie. Med Contact 1992; 47: 118-20.
- 10 Roland MO, Porter RW, Matthews JG, et al. Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals. Br Med J 1991; 302: 1124-8.
- 11 Vierhout WPM, Knottnerus JA, Wesselingh-Megens AMK. Consultatie in de huisartspraktijk. Behoeftetepeiling. Med Contact 1992; 47: 120-3.
- 12 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 13 Ross AK, Davis WA, Horn G, Williams R. General practice orthopaedic outpatient referrals in North Staffordshire. Br Med J 1983; 287: 1439-41.
- 14 Froom J, Feinbloom RI, Rosen MG. Risks of referral. J Fam Pract 1984; 18 (4): 623-6.
- 15 Slot GH. Enkele praktische wenken voor de huisarts bij het verwijzen van patiënten naar orthopedische chirurgen. Huisarts Wet 1974; 17: 254-6.
- 16 Mookink H. Eindrapport project preventie van somatische fixatie. Deel 2: Voorschrijven verwijsgedrag van huisartsen. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

