

Het beleid bij lage-rugpijn

Een vergelijking van nationale richtlijnen uit vier landen

B.W. KOES
M.W. VAN TULDER

Koes BW, Van Tulder MW. Het beleid bij lage-rugpijn. Een vergelijking van nationale richtlijnen uit vier landen. *Huisarts Wet* 1998;41(2):57-61.

Doel Recent zijn in Nederland, Groot-Brittannië, Nieuw-Zeeland en de Verenigde Staten richtlijnen voor het beleid bij lage-rugpijn verschenen. In dit artikel worden deze richtlijnen met elkaar vergeleken ten aanzien van hun inhoud en totstandkoming.

Resultaten De vier richtlijnen vertonen inhoudelijk grote overeenkomsten. Kort samengevat komt het diagnostisch beleid in alle richtlijnen neer op het uitsluiten van specifieke pathologie, inclusief een radiculair syndroom. In het geval van aspecifieke lage-rugpijn wordt benadrukt dat het beloop gunstig is en wordt geadviseerd de patiënt zoveel mogelijk actief te houden, eventueel ondersteund met pijnmedicatie. Bij aanhoudende klachten (>6 weken) wordt, wederom na uitsluiting van specifieke pathologie, een activerende aanpak geadviseerd, bijvoorbeeld oefentherapie. Preventie van chroniciteit wordt in deze fase beschouwd als het belangrijkste behandeldoel. Verder zijn er slechts enkele inhoudelijke verschillen ten aanzien van het therapeutisch beleid. In de Amerikaanse richtlijnen wordt oefentherapie in de acute fase als optie genoemd, in de drie andere richtlijnen niet. Volgens de NHG-standaard zijn manipulaties van de wervelkolom in de acute fase niet zinvol, terwijl de andere richtlijnen die manipulaties wel aanbevelen. Het bewijs voor de effectiviteit van de aanbevolen diagnostische en therapeutische verrichtingen is in meerdere of mindere mate gebaseerd op grondige literatuurstudie. De Nederlandse standaarden worden periodiek geactualiseerd en in Groot-Brittannië en Nieuw-Zeeland zijn updates gepland twee jaar na de publicatiedatum; in de Verenigde Staten is nog geen update gepland.

Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

Dr. B.W. Koes, epidemioloog; dr. M.W. van Tulder, epidemioloog.

Correspondentie: dr. B.W. Koes.

Inleiding

Lage-rugpijn is een veel voorkomend probleem in de huisartspraktijk. Op basis van morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk wordt geschat dat per week één à twee nieuwe patiënten met lage-rugpijn zich op het spreekuur melden.¹ Het diagnostisch en therapeutisch beleid bij zowel acute als chronische lage-rugpijn blijkt nogal te variëren tussen Nederlandse huisartsen.^{2,3} Ook binnen andere specialismen en tussen de diverse specialismen bestaat een enorme variatie in het beleid ten aanzien van lage-rugpijn, niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen.⁴⁻⁶

Om het beleid door huisartsen bij lage-rugpijn meer te rationaliseren en te onderbouwen, zijn twee standaarden ontwikkeld: de NHG-Standaard Lage-Rugpijn en de NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom.^{1,7} De publicatie van deze standaarden heeft vrij veel aandacht gekregen. Vanuit specialistische hoek zijn voornamelijk positieve reacties gekomen,^{8,9} terwijl de reactie vanuit paramedische disciplines kritischer was.^{10,11}

De publicatie van beide standaarden sluit goed aan bij de huidige belangstelling voor 'evidence based medicine'. Vrij vertaald houdt deze term in dat het medisch handelen zoveel mogelijk gebaseerd zou moeten zijn op resultaten van valide patiëntgebonden onderzoek. In dit kader zijn in binnen- en buitenland onderzoeksgroepen actief om alle gerandomiseerde therapeutische experimenten te identificeren, te beoordelen en samen te vatten in systematische literatuuroverzichten. Veel van deze activiteiten vinden plaats in het kader van de Cochrane Collaboration.¹² De resultaten van dit systematisch literatuuronderzoek kunnen worden gebruikt voor het opstellen van therapeutische richtlijnen, in dit geval bij lage-rugpijn.

Ongeveer gelijktijdig met de publicatie van de NHG-Standaarden Lage-Rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom zijn in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nieuw-Zeeland richtlijnen voor het beleid bij lage-rugpijn verschenen.¹³⁻¹⁶ In dit artikel vergelijken wij de NHG-standaarden met de richtlijnen uit deze drie landen, waarbij met name aandacht wordt besteed aan inhoud, doelgroep, gevolgde procedure en de mate waarin de richtlijnen worden ondersteund door de literatuur.

Methoden

De richtlijnen die in dit artikel worden besproken, zijn in de periode december 1994 tot januari 1997 uitgebracht door de volgende organisatie:

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) in de Verenigde Staten;
- Royal College of General Practitioners (RCGP) in Groot-Brittannië;
- National Advisory Committee on Health and Disability in Nieuw-Zeeland;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in Nederland.^{1,7,13-16}

De vergelijking van de richtlijnen heeft betrekking op de inhoud van de aanbevelingen voor diagnostiek en therapie. De informatie hierover is rechtstreeks afkomstig uit de diverse richtlijnen. Ten aanzien van de totstandkoming van de richtlijnen wordt gekeken naar de samenstelling van de commissie die de richtlijnen heeft opgesteld, de doelgroep en de mate waarin de richtlijnen zijn gebaseerd op de literatuur. Voor de vergelijking ten aanzien van deze aspecten is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de gepubliceerde informatie in de richtlijnen. Indien deze niet beschikbaar was, werden aanvullende gegevens opgevraagd bij de auteurs van de desbetreffende richtlijn.

Resultaten

De verschillen tussen de richtlijnen zijn gering. Het belangrijkste verschil betreft de patiëntengroep waarop de standaard betrekking heeft. De NHG-standaard is de enige die, behalve richtlijnen voor (sub)acute (≤ 12 weken) lage-rugpijn, ook richtlijnen geeft voor het beleid bij chronische (> 12 weken) lage-rugpijn. De richtlijnen in Nieuw-Zeeland leggen daarnaast relatief veel nadruk op de screening van psychosociale factoren als risicofactor voor chroniciteit.

Ten aanzien van de diagnostische classificatie en interventies zijn de overeenkomsten groot (tabel 1). Alle richtlijnen beperken zich tot een globale indeling in specifieke rugklachten, aspecifieke rugklachten en lumbosacraal radiculair syndroom. De aanbevelingen voor lichamelijk onderzoek zijn vrijwel steeds gericht op het vinden dan wel uitsluiten van neurologische aandoeningen, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de proef van Lasègue of de beenheftest. In alle richtlijnen wordt gesteld dat röntgenfoto's in het algemeen niet zinvol zijn bij aspecifieke lage-rugpijn; röntgenfoto's zijn alleen geïndiceerd indien er een aanwijzing is voor de aanwezigheid van specifieke pathologie (op basis van zogenaamde 'red flags'). In alle richtlijnen wordt aandacht gevraagd voor psychosociale factoren, met name bij vervolgsconsulten of bij klachten die langer dan vier weken aanhouden.

Ook ten aanzien van de therapeutische aanbevelingen vertonen de richtlijnen veel overeenkomsten (tabel 2). Voorlichting van de patiënt is belangrijk en is voor-

al gericht op geruststelling. De patiënt moet geadviseerd worden om actief te blijven en/of de activiteiten geleidelijk weer op te voeren. Met betrekking tot medicatie wordt geadviseerd om paracetamol voor te schrijven en worden NSAID's als tweede keus genoemd. Er lijkt consensus te bestaan dat bedrust niet voorgeschreven moet worden of, in ernstige gevallen, in ieder geval niet langer dan twee dagen. Alleen bij verdenking van specifieke pathologie (op basis van de aanwezigheid van 'red flags') is een verwijzing naar een medisch specialist gerechtvaardigd.

De enige verschillen betreffen het voorschrijven van oefentherapie en manipulaties van de wervelkolom. De meeste richtlijnen stellen dat het voorschrijven van specifieke rugoefeningen in de eerste zes weken niet zinvol is, terwijl de Amerikaanse richtlijnen niet-belastende aerobe oefeningen als therapeutische optie in de acute fase aanbevelen. De NHG-standaarden stellen als enige dat manipulaties van de wervelkolom in de acute fase niet zinvol zijn. De andere drie richtlijnen bevelen manipulaties in de acute fase wel aan.

In tabel 3 worden de procedures die zijn gevolgd bij het opstellen van de richtlijnen, vergeleken. Hoewel er verschillen zijn, lijken alle richtlijnen zich met name te richten op de eerstelijnsgezondheidszorg. De NHG-standaard is het meest gericht op de huisartspraktijk. De commissies die verantwoordelijk waren voor het opstellen van de richtlijnen, variëren nogal qua omvang en samenstelling. De meeste commissies waren multidisciplinair van samenstelling; de commissie die de NHG-standaard heeft opgesteld, was nog het meest eenzijdig van samenstelling.

Alle richtlijnen blijken in meerdere of mindere mate gebaseerd te zijn op een grondige literatuurstudie. Zowel de Amerikaanse als de Britse richtlijnen maken gebruik van een expliciete weging van de sterkte van het bewijs voor een bepaalde aanbeveling. De NHG-standaarden en de Britse richtlijnen geven bij de afzonderlijke aanbevelingen directe verwijzingen naar de bijbehorende literatuur. De Britse richtlijnen gaan bovendien vergezeld van een uitgebreid literatuuroverzicht, waarin het bewijs voor de belangrijkste aanbeve-

Tabel 1 Richtlijnen voor diagnostiek bij lage-rugpijn in vier landen

Land (organisatie*)	Patiëntenpopulatie	Diagnostische indeling	Lichamelijk onderzoek	Röntgenfoto's	Psychosociale factoren
Nederland (NHG)	acute en chronische lage-rugpijn	aspecifiek radiculair syndroom specifieke pathologie	lokalisatie pijn, stand van bekken, flexie wervelkolom, proef van Lasègue	niet zinvol bij aspecifieke rugpijn	bij vervolgsconsult nagaan of deze een rol kunnen spelen
Verenigde Staten (AHCPR)	acute lage-rugpijn (<3 maanden)	aspecifiek radiculair syndroom specifieke pathologie	observatie, neurologische screening, Straight Leg Raising	alleen in geval van 'red flags'***	na 4 weken bespreken of deze een rol kunnen spelen
Groot-Brittannië (RCGP)	acute lage-rugpijn (<3 maanden)	aspecifiek radiculair syndroom specifieke pathologie	Straight Leg Raising en neurologische screening	niet zinvol bij aspecifieke rugpijn	rekening houden met deze factoren
Nieuw Zeeland (NHC & ACC)	acute lage-rugpijn (<3 maanden)	aspecifiek specifieke pathologie	neurologische screening	alleen in geval van 'red flags'***	uitgebreide screening op deze factoren ('yellow flags') met behulp van vragenlijst

* NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap; AHCPR = Agency for Health Care Policy and Research; RCGP = Royal College of General Practitioners; NHC = National Health Committee; ACC = Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation.

** red flags: fracturen, maligniteiten, infecties.

lingen is samengevat in heldere overzichtstabellen. Alle werkgroepen hebben gebruik gemaakt van een consensus-methode voor de aanbevelingen waarvoor nog onvoldoende bewijs bestaat.

De activiteiten met betrekking tot publicatie en implementatie van de richtlijnen vertonen zowel overeenkomsten als verschillen. In alle gevallen is aandacht besteed aan de toegankelijkheid van de richtlijnen voor de relevante beroepsgroepen door het toevoegen van samenvattingen. In de Nederlandse, Amerikaanse en Britse richtlijnen zijn tevens patiëntenfolders opgenomen.

De NHG-standaard wordt daarnaast ondersteund door een deskundigheidsbevorderingspakket. In de andere landen wordt, voor zover bekend, nog geen systematische ondersteuning van de implementatie toegepast. De NHG-standaarden worden periodiek geactualiseerd. In Groot-Brittannië en Nieuw-Zeeland zijn herzieningen gepland twee jaar na de publicatiedatum. In de Verenigde Staten is nog geen herziening gepland.

Andere accentverschillen betreffen de aparte aandacht die de NHG heeft besteed aan het lumbosacraal radiculair syndroom door het uitbrengen van een aparte standaard voor deze aandoening. In Nieuw-Zeeland is daarnaast bijzondere aandacht besteed aan een uitgebreide screening op psychosociale factoren die mogelijk een risico vormen voor de ontwikkeling van chronische rugpijn en disfunctioneren.

Beschouwing

Uit ons onderzoek blijkt dat de richtlijnen voor het beleid bij lage-rugpijn inhoudelijk veel overeenkomsten vertonen. Dat is uiteraard een verheugende constatering. Gezien de mogelijke verschillen in cultuur, gezondheidzorgsysteem, en samenstelling van de verantwoordelijke commissies was een dergelijke overeenstemming zeker niet op voorhand te voorspellen.

Voor zover valt na te gaan, zijn de diverse richtlijnen grotendeels gebaseerd op dezelfde literatuur. Een verschil is dat de

Nederlandse en Britse richtlijnen mede gebaseerd zijn op recentere literatuur (respectievelijk t/m 1995 en tot april 1996) dan voor de Amerikaanse en Nieuw-Zeelandse richtlijnen kon worden gebruikt (t/m 1991). Opmerkelijk is dat de Amerikaanse richtlijnen, hoewel bedoeld voor acute lage-rugpijn, voor een belangrijk deel zijn gebaseerd op literatuur betreffende chronische lage-rugpijn. Zo berusten de aanbevelingen met betrekking tot bijvoorbeeld antidepressiva en biofeedback volledig op onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelingen bij chronische lage-rugpijn.

In het algemeen kan worden gesteld dat het bewijs dat in de literatuur wordt gevonden ten aanzien van de effectiviteit van diagnostische en therapeutische interventies, blijkbaar voldoende eenduidig is om tot een vergelijkbare interpretatie te komen. Opvallend is verder dat ook de consensusprocedures binnen de verschillende expertgroepen hebben geleid tot vergelijkbare aanbevelingen. De inhoud van de NHG-Standaard Lage-Rugpijn lijkt goed

Tabel 2 Richtlijnen voor therapie bij lage-rugpijn in vier landen

Land*	Voorlichting	Medicatie	Oefentherapie	Manipulaties	Bedrust	Verwijzing specialist
NL	prognose is gunstig; geen ernstige ziekte; actief blijven; geleidelijk opbouw van activiteiten	Tijdcontingent: 1 paracetamol 2 NSAID's	niet zinvol <6 weken; na 6 weken wel zinvol in activerende benadering	niet zinvol <6 weken; na 6 weken wel zinvol in activerende benadering	indien niet anders kan max. 2 dagen	bij verdenking op pathologie; bij blijvend disfunctioneren
VS	geruststellen: prognose is goed; geen ernstige ziekte; geleidelijk opbouw van activiteiten	Aanbevolen: 1 paracetamol 2 NSAID's optie: spierverslappers opiaten	Optie: niet-belastende aerobe oefeningen	zinvol in de eerste maand	bij ernstige klachten maar niet langer dan 2-4 dagen	bij verdenking op pathologie; bij niet reageren op conservatieve behandeling bij radiculair syndroom
GB	actief blijven; handhaven normale activiteiten; geleidelijke opbouw van activiteiten; snel werkherhvatting	Tijdcontingent: 1 paracetamol 2 NSAID's 3 paracetamol + opiaat component 4 spierverslappers	zinvol na 6 weken	zinvol binnen 6 weken	wordt afgeraden	bij verdenking op pathologie ('red flags'); spoedverwijzing bij verdenking op cauda equina syndroom
NZ	actief blijven; geruststellen	paracetamol NSAID's	specifieke rugoefeningen niet zinvol	zinvol in de eerste 4-6 weken	bedrust langer dan 2 dagen wordt afgeraden	bij verdenking op pathologie ('red flags')

* Zie ook onder tabel 1.

aan te sluiten bij diverse buitenlandse richtlijnen.^{1,7,13-16}

De vergeleken richtlijnen zijn uiteraard niet volledig identiek. De belangrijkste inhoudelijke verschillen lijken de aanbevelingen voor oefentherapie in de acute fase, die wel in de Amerikaanse richtlijnen als optie worden genoemd, maar niet in de Nederlandse, Britse en Nieuw-Zeelandse. Een aannemelijke verklaring hiervoor is wellicht het tijdstip van publicatie. De Amerikaanse richtlijnen zijn gepubliceerd in december 1994. Na deze datum zijn en-

kele goede gerandomiseerde therapeutische experimenten gepubliceerd waarin werd aangetoond dat specifieke oefeningen bij acute lage-rugpijn niet effectief zijn.^{17,18} De resultaten van deze studies zijn wel meegenomen in de andere richtlijnen.

Het andere verschil betreft de aanbevelingen omtrent manipulaties van de werkolom. De NHG-standaard stelt dat deze in de acute fase niet zinvol zijn, terwijl de andere drie richtlijnen manipulaties in deze fase wel aanbevelen. De Ame-

rikaanse, Britse en Nieuw-Zeelandse richtlijnen verschillen wel in het tijdstip waarop manipulatie geïndiceerd is. Blijkbaar laat het beschikbare bewijs in de literatuur geen eenduidige conclusie toe. Bij consensus over dit onderwerp kunnen dan verschillende argumenten een rol gaan spelen. In de NHG-standaard werd gesteld dat een verwijzing voor manipulaties in de acute fase niet is geïndiceerd, vanwege potentiële bijwerkingen, het passieve karakter van de behandeling en de kosten. In de Verenigde Staten worden de meeste

Tabel 3 Totstandkoming, doelgroep en presentatie van de richtlijnen bij lage-rugpijn in vier landen

Land, organisatie,* publicatiedatum	Doelgroep	Auteurs (n)/ disciplines	Evidence based	Consensus	Presentatie jaar van publicatie
Nederland, NHG januari 1996	huisartsen	huisartsen, epidemioloog rugpijn-onderzoekers (n=8)	uitgebreide literatuurstudie; gebruik van systematische reviews; geen expliciete weging van evidence; wel directe koppeling van de richtlijnen met de relevante studies (d.m.v. noten).	werkgroep maakt gebruik van consensus bij ontbreken van evidence, waarvan melding in de desbetreffende noot.	publicatie (jan. 1996) in Huisarts en Wetenschap; NHG-folder lage-rugpijn; presentatie op NHG-invitational conference; LHV-deskundigheidsbevorderingspakket.
Verenigde Staten, AHCP, december 1994	eerste lijn; multidisciplinair	multidisciplinair panel: orthoëd, radioloog, reumatoloog, fysiotherapeut, chiropractor, EHBO-arts, neuroloog, bedrijfsarts, huisarts, etc. (n=23)	uitgebreide literatuurstudie vanaf 1984 (voor deze datum gebruik van QTFSD**); weging van 'evidence' op basis van sterkte van studies; koppeling van de richtlijnen aan de mate van bewijskracht, maar niet rechtstreeks aan de relevante studies.	panel maakt gebruik van consensus bij ontbreken van evidence.	publicatie (dec '94) in boekvorm; samenvatting voor klinici; samenvatting voor patiënten; geen follow-up of implementatietraject gepland.
Groot-Brittannië, RCGP, april 1996	eerste lijn; huisartsen	multidisciplinair panel: huisartsen, chiropractor, orthoëd, rugpijn-onderzoekers. (n=12 + 3 observers)	uitgebreide literatuurstudie (o.a. update van guidelines van CSAG, AHCP en raadpleging deskundigen); weging van de evidence op basis van sterkte en aantal relevante studies (1 tot 3 sterren); directe koppeling van richtlijnen aan de relevante studies.	meeste aanbevelingen zijn evidence based. bij het ontbreken van evidence worden de desbetreffende aanbevelingen van de AHCP en Royal College of Radiologists overgenomen.	de nationale richtlijnen dienen gebruikt te worden voor lokale richtlijnen; samenvattingen van de richtlijnen zijn ruim verspreid in de UK; er is een bijbehorende patiëntenfolder gemaakt; een update is gepland in april '98.
Nieuw-Zeeland, NHC & ACC, januari 1997	eerste lijn	multidisciplinair: huisarts, reumatoloog, fysiotherapeut, revalidatiearts, orthoëd, chiropractor, psycholoog	uitgebreide review van de literatuur (o.a. van de AHCP en de RCGP); voor alle richtlijnen ten minste matige evidence in de literatuur aanwezig	consultatie heeft plaatsgevonden met betrokken beroepsgroepen in NZ.	samenvatting aanwezig; richtlijnen voor psychosociale beoordeling apart uitgebracht; een update is gepland in jan. 1999.

* NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap; AHCP = Agency for Health Care Policy and Research; RCGP = Royal College of General Practitioners; NHC = National Health Committee; ACC = Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation.

**QTFSD = Quebec Task Force on Spinal Disorders (Spine 1987;12(7S):1-59).

rugpijnpatiënten behandeld door chiropractoren, en dezen passen vooral manipulatie toe.¹⁹ Indien het bewijs niet eenduidig is, ligt het voor de hand dat gekozen wordt voor handhaving van het bestaande beleid. Dit is een mogelijke verklaring voor het feit dat in de Amerikaanse richtlijnen manipulatie wordt aanbevolen in de acute fase. De Britse en Nieuw-Zeelandse richtlijnen zijn gebaseerd op de Amerikaanse richtlijnen en hebben de aanbevelingen ten dele overgenomen. Het feit dat in de buitenlandse commissies chiropractoren zitting hadden en in de Nederlandse niet, zal mede een rol hebben gespeeld.

De aanbevelingen voor het voorschrijven van spierverlappers zijn ook verschillend. In de Amerikaanse richtlijnen worden spierverlappers als optie genoemd, na de aanbevelingen voor paracetamol en NSAID's. De Britse richtlijnen bevelen ook spierverlappers aan, indien paracetamol en/of NSAID's onvoldoende werkzaam zijn. Wel wordt gewezen op mogelijke bijwerkingen, zoals sufheid en fysieke afhankelijkheid, zelfs na een relatief korte kuur van een week. De Nieuw-Zeelandse richtlijnen doen geen expliciete uitspraken over spierverlappers, maar vermelden dat er aanwijzingen zijn voor schadelijke effecten van langdurig (>2 weken) gebruik van diazepam. In de NHG-standaard tenslotte wordt het gebruik van spierverlappers afgeraden vanwege de bijwerkingen die kunnen optreden bij de doses die nodig zijn om spierverlappers te bereiken. Vanwege de mogelijke bijwerkingen van spierverlappers lijken deze vooralsnog geen belangrijke plaats te hebben in Nieuw-Zeeland en Nederland. In Engeland en Amerika zijn spierverlappers, met vermelding van de bijwerkingen, wel optioneel.

Afgezien van de verspreiding van de richtlijnen in handzame vorm (samenvattingen) en patiëntenfolders, wordt nergens systematisch aandacht besteed aan de implementatie van de richtlijnen. In Nederland is een deskundigheidbevorderingspakket van de LHV beschikbaar, maar niet duidelijk is in hoeverre Nederlandse huisartsen dit pakket gebruiken. In andere landen wordt weinig aandacht besteed aan een effectieve implementatie. Wel is voorzien in een regelmatige update van de inhoud van de meeste richtlijnen, zodra meer bewijs in de literatuur beschikbaar komt. Indien dat het geval is en de literatuur meer eenduidige antwoorden geeft, kunnen ook de laatste verschillen tussen de vier richtlijnen mogelijk worden opgeheven.

Literatuur

- 1 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996;39: 18-31.
- 2 Chavannes AW, Gubbels JW, Post D, et al. Acute lage-rugpijn in de praktijk. Huisarts Wet 1983;26 (Suppl):32-8.
- 3 Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM, Metzmakers JFM. Management of chronic nonspecific low back pain in primary care: a descriptive study. Spine 1997;22:76-82.
- 4 Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol M. Physician variation in diagnostic testing for low back pain: who you see is what you get. Arthritis Rheum 1994a;37:15-22.
- 5 Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, et al. An international comparison of back surgery rates. Spine 1994;19:1201-6.
- 6 Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician views about treating low back pain: The results of a national survey. Spine 1995;20: 1-10.
- 7 Smeele IJM, Van den Hoogen JMM, Mens JMA, et al. NHG-Standaard Radiculair Syndroom. Huisarts Wet 1996;39:78-89.
- 8 Van Wijngaarden GK. De standaard 'lage rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de neurologie. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:757-7.
- 9 Van Akkerveeken PF. De standaard 'lage rugpijn' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit een centrum voor rugklachten. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:758-9.
- 10 NHG-standaard lage-rugpijn: reacties uit het veld. Fysiopraxis 1996;3:2-6.
- 11 Reacties op de NHG standaard lumbosacraal radiculair syndroom. Fysiopraxis 1996;7:18-21.
- 12 Kleijnen J, De Vet HCW, Rinkel GJE, Keirse MJNC. De Cochrane Collaboration: systematische overzichten van kennis uit gerandomiseerd onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139: 1478-82.
- 13 Bigos S, Bowyer O, Braen G, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1994.
- 14 Waddell G, Feder G, McIntosh A, et al. Low back pain evidence review. London: Royal College of General Practitioners, 1996.
- 15 ACC and the National Health Committee. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. Wellington, New Zealand, 1997.
- 16 Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997.
- 17 Faas A, Chavannes AW, Van Eijk JthM, Gubbels JW. A randomized, placebo-controlled trial of exercise therapy in patients with acute low back pain. Spine 1993;18:1388-95.
- 18 Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain: bed rest, exercises, or ordinary activity? N Engl J Med 1995; 332:351-5.
- 19 Carey TS, Evans A, Hadler N, et al. Care-seeking among individuals with chronic low back pain. Spine 1995;20:312-7. ■

Abstract on page 68.

- 2 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-standaard Lage-Rugpijn. *Huisarts Wet* 1996;39:18-31.
- 3 Von Korff M. Studying the natural history of back pain. *Spine* 1994;19:S2041-6.
- 4 Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
- 5 Chavannes AW, Gubbels J, Rutten G, Thomas S. Acute low back pain: patients' perceptions of pain four weeks after initial diagnosis and treatment in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:271-3.
- 6 Chavannes AW, Van Eijk JThM, Faas A, et al. Prognostiek van lage-rugpijn. Een secundaire analyse. *Huisarts Wet* 1997;40:151-4.
- 7 Coste J, Delecoeuillierie G, Cohen de Lara A, et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ* 1994;308:577-80.
- 8 Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988;15:1557-64.
- 9 Lanier DC, Stockton P. Clinical predictors of outcome of acute episodes of low back pain. *J Fam Pract* 1988;27:483-9.
- 10 Pedersen PA. Prognostic indicators in low back pain. *J R Coll Gen Pract* 1981;31:209-16.
- 11 Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part II: Development of guidelines for trials of treatment in primary care. *Spine* 1983;8:145-50.
- 12 Singer J, Gilbert JR, Hutton T, Taylor DW. Predicting outcome in acute low back pain. *Can Fam Physician* 1987;33:655-9.
- 13 Von Korff M, Deyo RA, Cherkin D, Barlow W. Back pain in primary care. Outcomes at 1 year. *Spine* 1993;18:855-62.
- 14 Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-31.
- 15 Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983;17:45-56.
- 16 Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983;8:141-4.
- 17 Deyo RA. Comparative validity of the Sickness Impact Profile and shorter scales for functional assessment in low back pain. *Spine* 1986;11:951-4.
- 18 McCombe PF, Fairbank JCT, Cockersole BC, Pynsent PB. Reproducibility of physical signs in low back pain. *Spine* 1989;14:908-18.
- 19 Waddell G, Main CJ, Morris EW, et al. Normality and reliability in the clinical assessment of backache. *BMJ* 1982;284:1519-23.
- 20 Macrae IF, Wright V. Measurement of back movement. *Ann Rheumatol Dis* 1969;28:584-9.
- 21 Hopton JL, Porter AMD, Howie JGR. A measure of perceived health in evaluating general practice: The Nottingham Health Profile. *Fam Pract* 1991;8:253-60.
- 22 Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:185-8.
- 23 EGRET, Reference Manual, Revision 4. Seattle: SERC, 1993.
- 24 SPSS/pc+, User's Guide, Version 5.0. Chicago: SPSS, 1992.
- 25 Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral versus traditional management methods. *J Behav Med* 1986;9:127-40.
- 26 Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
- 27 Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351-5.

Abstract

The management of low back pain. A comparison of national guidelines in four countries

Koes BW, Van Tulder MW. The management of low back pain. A comparison of national guidelines in four countries. *Huisarts Wet* 1998;41(2):57-61.

Background Recently, clinical practice guidelines for the management of low back pain have been published in the United States, the United Kingdom, New Zealand and the Netherlands. The aim of this study was to compare the background and content of these guidelines with regard to the diagnostic and therapeutic recommendations.

Results The content of the guidelines appeared to be quite similar regarding the diagnostic classification and the recommendations for diagnosis as well as the recommendations for treatment. In summary, all guidelines recommend that the diagnostic management should be aimed at excluding specific pathology, including a lumbosacral radicular syndrome. It is emphasized that the natural course or prognosis of non-specific low back pain is quite good. The therapeutic management is aimed at advising the patient to continue with his/her normal activities as good as possible.

Analgesics can be prescribed to help increase the activities. If the symptoms still persist after 6 weeks, and there is no specific pathology, the patient might be advised to exercise at home or be referred to exercise therapy. Prevention of persistent disability is the most important aim of the management at this stage. There are few discrepancies regarding the therapeutic management recommended in the four international guidelines. In the US-guidelines but not in the other guidelines, exercise therapy is recommended in the acute phase (low back pain less than 6 weeks). In the Dutch guidelines it is stated that spinal manipulation is not a useful treatment for acute low back pain, while in the other three guidelines spinal manipulation for acute low back pain is recommended. All four guidelines are developed for primary health care, but the Dutch guidelines more exclusively focus on general practice. The evidence for the effectiveness of diagnostic and therapeutic interventions used in the guidelines is based on extensive literature reviews. All four guidelines are easily accessible for the professional groups that they aimed at. The Dutch,

US and UK guidelines are accompanied by a patient brochure. The Dutch guidelines will regularly be updated. In the UK and New Zealand updates are planned 2 years after the date of publication. There are no plans for an update of the US guidelines.

Discussion The implementation of the guidelines is not systematically supported. Implementation of the Dutch guidelines is facilitated by promotion of expertise through the National Association of General Practitioners ('Landelijke Huisartsen Vereniging'), but it is unclear if this strategy is successful. If, in the near future, the guidelines will be updated when more evidence becomes available, the discrepancies between the four guidelines might be resolved.

Key-words Clinical guidelines; Family practice; Low back pain, diagnosis, therapy; Primary care.

Correspondence Dr. B.W. Koes, Institute for Research in Extramural Medicine, Faculty of Medicine, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.