

Behandeling van klachten vanuit de lage rug in de eerste lijn



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Radboudumc

Behandeling van klachten vanuit de lage rug in de eerste lijn

Linda Flinterman
Henk Schers
Tjard Schermer

September 2019

ISBN 978-94-6122-563-4

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Vraagstellingen	5
2 Diagnostiek en behandeling	7
2.1 Patiënten met klachten vanuit de lage rug	7
2.2 Lichamelijk onderzoek en advies	9
2.3 Beeldvormend onderzoek	12
2.4 Medicatie	14
3 Evaluatie en controle	16
3.1 Evaluatie	16
3.2 Coördinatie van zorg	19
4 Verwijzingen	20
4.1 Verwijzingen binnen de eerste lijn	20
4.2 Verwijzingen naar de tweede lijn	24
4.3 Terugkoppeling vanuit de tweede lijn	28
5 Beschouwing	30
5.1 Algemene punten	30
5.2 Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn	30
5.3 Dossieronderzoek Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen	31
5.4 Opvallendste bevindingen	32
5.5 Verder onderzoek	34
Literatuur	35
Bijlage A Methoden	36
Bijlage B Tabellen en figuren	45
Bijlage C Extractieformulier dossieronderzoek Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk	53

Samenvatting

Een grote groep Nederlanders krijgt jaarlijks te maken met klachten vanuit de lage rug. De zorg voor deze patiënten vindt grotendeels plaats binnen de eerste lijn bij de huisarts en de fysiotherapeut. In dit onderzoek wordt er gekeken naar de zorg voor deze patiënten in de eerste lijn aan de hand van drie thema's: Diagnostiek en Behandeling, Evaluatie en Controle, en Verwijzingen. Met behulp van deze thema's wordt de zorg voor deze patiënten in beeld gebracht voor de periode 2013-2018.

Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van twee databronnen: routinematig verzamelde gegevens van huisartsen en fysiotherapeuten uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en dossieronderzoek bij huisartsenpraktijken die deelnemen aan het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk. De routinematig verkregen gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn vormden de leidraad. Daar waar onderzoeksvragen betrekking hadden op gegevens die niet gecodeerd worden vastgelegd werden gegevens verkregen uit dossiers van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk.

Dit onderzoek laat zien dat er in de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de afgelopen 5 jaar weinig is veranderd. De manier van diagnose stellen en de behandeling zijn vergelijkbaar gebleven, evenals het percentage patiënten dat extra evaluaties heeft bij de huisarts. Bij de verwijzingen is er mogelijk een lichte stijging van het aantal verwijzingen. De oorzaak daarvan hebben we in dit onderzoek niet onderzocht, maar het is zeker mogelijk dat deze stijging een logische oorzaak heeft zoals bijvoorbeeld vergrijzing van de bevolking.

Bij patiënten met klachten vanuit de lage rug is er over de tijd een stijging te zien in het aantal voorschriften voor opioïden. Deze stijging is vergelijkbaar met de landelijke toename in het voorschrijven van opioïden. Daarnaast vragen huisartsen bij ongeveer 10-15% van de patiënten beeldvormende diagnostiek (vooral röntgenfoto's) van de lage rug aan, terwijl dit volgens de richtlijnen niet zinvol is. Om uit te zoeken waarom deze röntgenfoto's worden gemaakt, zou verder onderzoek nodig zijn. Tenslotte valt op dat een steeds groter deel van de patiënten de fysiotherapeut bezoekt voor klachten vanuit de lage rug zonder een formele verwijzing door de huisarts.

Alles bij elkaar geven de resultaten van dit onderzoek veel inzicht in de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de eerste lijn en daarmee mogelijke handvatten voor hoe de zorg voor deze patiënten verbeterd kan worden en/of onnodige zorgkosten vermeden. De resultaten van het onderzoek zijn echter kwantitatief van aard; omdat huisartsen samen met patiënten een afweging maken over de zorg die zij inzetten, verdient het aanbeveling om door middel van gericht kwalitatief onderzoek nader verdiepend inzicht te krijgen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de verdiepingsfase van ziekten van het zenuwstelsel binnen het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut Nederland.

1 Inleiding

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Zorginstituut Nederland. Zorginstituut Nederland heeft als doel de toegang tot goede en zinnige zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, te bevorderen. Hiermee zijn zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg gediend.

1.1 Aanleiding

Zorginstituut Nederland houdt het basispakket van de zorg tegen het licht in het gefaseerde programma 'Zinnige Zorg'. In dit programma wordt gezocht naar interventies zoals diagnostische tests en behandelingen waar, via meer gepast gebruik van zorg, de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd en tegelijk onnodige zorgkosten kunnen worden vermeden. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de verdiepingfase van ziekten van het zenuwstelsel. In de verdiepingfase wordt een onderwerp dat geselecteerd is in de screeningsfase verder uitgediept. Hiervoor zijn klachten van de lage rug door het Zorginstituut geselecteerd als onderwerp (ZINL 2018).

In 2017 waren er in Nederland zo'n 540.000 mensen bekend bij de huisarts met de diagnose lage rugpijn zonder uitstraling en zo'n 494.000 mensen met lage rugpijn met uitstraling (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2017). Klachten vanuit de lage rug hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven (Hoy 2014) en gaan gepaard met hoge zorgkosten (RIVM 2013). Uit de screeningsfase van het onderdeel ziekten van het zenuwstelsel van het programma Zinnige Zorg bleek dat er signalen zijn dat de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug verbeterd kan worden (ZINL 2018).

Dit onderzoek beschrijft de zorg voor patiënten met klachten van de lage rug in de huisartsenpraktijk en geeft daarmee meer inzicht in of en hoe de zorg voor deze patiënten verbeterd kan worden.

1.2 Vraagstellingen

In dit onderzoek worden vragen beantwoord zoals ze gesteld zijn door het Zorginstituut Nederland die betrekking hebben op drie onderdelen van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug in de huisartsenpraktijk:

1. Diagnostiek en behandeling
2. Evaluatie en controle
3. Verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn.

Deze onderdelen worden waar mogelijk apart beschreven voor patiënten met lage rugpijn met en zonder uitstraling en (deels) voor patiënten met rugklachten. Voor de drie onderdelen van de zorg worden de volgende door het Zorginstituut gestelde onderzoeksvragen beantwoord.

Diagnostiek en behandeling

- Wat zijn kenmerken van patiënten die met lage rugklachten de huisarts consulteren?
- Bij welk percentage van de patiënten wordt lichamelijk onderzoek gedaan tijdens het eerste consult bij de huisarts?

- Welk percentage van de patiënten krijgt van de huisarts een advies? En welke adviezen geeft de huisarts?
- Welk percentage van de patiënten wordt voor beeldvormende diagnostiek verwezen? En waar wordt deze beeldvormende diagnostiek uitgevoerd?
- Bij welk percentage van de patiënten wordt medicamenteuze behandeling door de huisarts geadviseerd?
- Bij welk percentage van de patiënten schrijft de huisarts opioïden en/of benzodiazepinen voor?

Evaluatie en controle

- Na hoeveel dagen worden de klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd?
- Hoe vaak worden gedurende de drie maanden na het eerste consult de klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd?
- Bij welk percentage van de patiënten is vastgelegd wie de coördinatie van de zorg op zich neemt?

Verwijzingen

- Welk percentage van de patiënten wordt aangeraden naar een psycholoog, fysiotherapeut en/of oefentherapeut te gaan?
- Wat zijn de kenmerken van patiënten die door de huisarts worden verwezen naar een fysio- en/of oefentherapeut?
- Welk percentage van de patiënten wordt verwezen naar de tweede lijn?
- Naar welke specialisten in de tweede lijn worden patiënten verwezen?
- Wat zijn kenmerken van patiënten die worden verwezen naar de tweede lijn?
- Bij welk percentage van de patiënten krijgt de huisarts bericht van de specialist uit de tweede lijn?
- Bij welk percentage van de brieven van de specialist aan de huisarts staat informatie over de diagnose en het vervolg?
- Bij welk percentage van de patiënten zijn de conclusies van de specialist uit de tweede lijn opgenomen in de registratie van de huisarts?

Voor het beantwoorden van deze vragen is de zorg door de huisarts voor patiënten met (lage) rugklachten in de jaren 2017-2018 als uitgangspunt genomen. Waar mogelijk zijn er voor de onderdelen 'diagnostiek en behandeling' en 'evaluatie en controle' tijdtrends gemaakt over de periode 2013-2018, voor het onderdeel 'verwijzingen' over de periode 2015-2018. De periode voor verwijzingen is korter omdat er voor 2015 geen gegevens over verwijzingen beschikbaar zijn bij het Nivel.

2 Diagnostiek en behandeling

Na een beknopte verantwoording van de selectie van patiënten beschrijft dit hoofdstuk de diagnostiek en behandeling van patiënten met klachten vanuit de lage rug in de huisartsenpraktijk. Meer gedetailleerde informatie over de onderzoeksopzet en -uitvoering is te vinden in bijlage A. Vragen die in dit hoofdstuk beantwoord worden zijn: hoeveel patiënten bezoeken de huisarts voor klachten vanuit de lage rug, wat zijn kenmerken van deze patiënten en welke diagnostiek en behandeling zet de huisarts in bij deze patiënten?

2.1 Patiënten met klachten vanuit de lage rug

Cohorten

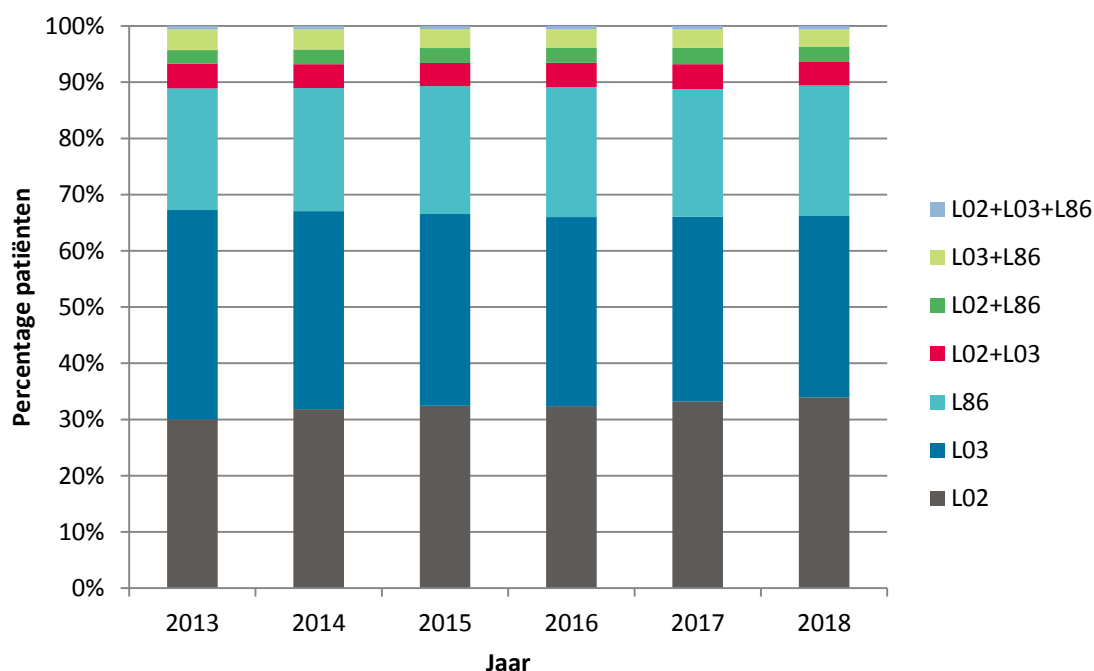
Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van twee verschillende databronnen. Ten eerste gegevens die routinematig worden vastgelegd door ongeveer 500 huisartsenpraktijken en 300 fysio- en oefentherapeuten die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn bevat 10% van de huisartsengegevens in Nederland en zijn representatief voor de Nederlandse bevolking [Meijer 2019]. Ook de verdeling en kenmerken van de fysio- en oefentherapeuten is vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde [Dool 2018]. Van de fysio- en oefentherapeuten is 1% deelnemer in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Ten tweede is er gebruik gemaakt van gegevens verkregen door middel van gericht dossieronderzoek in 16 huisartsenpraktijken die deelnemen aan het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen van het Radboudumc.

Voor de analyses binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is er voor de periode 2013-2018 per jaar een cohort gevormd van patiënten met lage rugklachten. Huisartsen registreren de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt de huisarts bezoekt met behulp van een International Classification of Primary Care (ICPC)-code [WONCA 1987]. Door het gebruik van deze codes is het mogelijk om het voorkomen van klachten en aandoeningen tussen praktijken te vergelijken. Voor dit onderzoek werden daarvoor uit de huisartsendata patiënten met een contact voor de ICPC-codes L02 (rugklachten), L03 (lage rugpijn zonder uitstraling) en/of L86 (lage rugpijn met uitstraling) geselecteerd. In alle onderzochte jaren was 90% van de patiënten met klachten vanuit de lage rug bij de huisarts bekend onder één van deze drie codes, de overige 10% van de patiënten was bekend met minimaal twee van deze codes (figuur 1). Van de patiënten met rugklachten/-pijn komt ongeveer 30% van de patiënten met 'rugklachten' (L02), 35-40% met 'lage rugpijn zonder uitstraling' (L03) en 20% met 'lage rugpijn met uitstraling' (L86).

Voor de analyses van het dossieronderzoek binnen het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen zijn per praktijk 25 patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) en 25 patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) van 16 jaar of ouder geselecteerd in de periode 2017-2018 (Bijlage A). In het dossieronderzoek is er vanwege de intensiviteit van het werk bewust voor gekozen om voor dit onderzoek de ICPC-code Rugklachten (L02) buiten beschouwing te laten. In de huisartsenpraktijken is in de betreffende medische dossiers systematisch de zorg voor de geselecteerde patiënten met klachten vanuit de lage rug geïnventariseerd. Het gegevensextractieformulier dat hiervoor is gebruikt is in deze rapportage opgenomen als bijlage C.

De resultaten van de analyses worden weergegeven in tabellen en grafieken die kort besproken worden in de begeleidende tekst. Tabel- of grafieknamen die een 'B' bevatten zijn in bijlage B opgenomen.

Figuur 1 Overlap tussen de ICPC-codes voor klachten vanuit de lage rug per cohort



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Patiëntkenmerken

Tabel 1 laat de kenmerken zien van patiënten met klachten vanuit de lage rug die contact zochten met de huisarts uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen. Patiënten met klachten vanuit de lage rug zijn iets vaker vrouw en gemiddeld tussen de 50 en 60 jaar oud. Hierbij zijn patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) gemiddeld iets ouder dan patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) of met rugklachten (L02). De meeste patiënten binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn hebben voor het eerst klachten vanuit de lage rug in drie jaar tijd. Twintig tot dertig procent van de patiënten die de huisarts bezoekt voor klachten vanuit de lage rug heeft een recidief. In de analyse van de dossiers binnen het Academische Huisartsen Netwerk Nijmegen heeft 40-50% van de patiënten een recidief. De verschillen tussen de twee databronnen kunnen hier verklaard worden door de gegevens die zijn gebruikt (zie ook Bijlage A).

De onderzochte diagnosegroepen uit het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen (L03, L86) zijn qua geslachts- en leeftijdsverdeling vergelijkbaar met die uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Door verschillende definities voor 'recidiverende klachten' en 'duur zorgtraject' kunnen deze kenmerken niet rechtstreeks vergeleken worden tussen deze twee databronnen (zie ook bijlage B).

In de data uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is de gemiddelde duur van het zorgtraject voor lage rugpijn bij de huisarts rond de twee weken (14 dagen) voor patiënten met rugklachten (L02) en lage rugpijn zonder uitstraling (L03). Patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) hebben gemiddeld genomen een aanmerkelijk langer zorgtraject van circa 12 weken (84 dagen). De data uit het dossieronderzoek in de huisartsenpraktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk bevestigen het beeld dat de duur van het zorgtraject bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling aanmerkelijk langer is dan bij patiënten zonder uitstraling (gemiddeld 42 tegenover 22 dagen).

De duur van de rugklachten ten tijde van het eerste consult bij de huisarts is alleen vanuit het dossieronderzoek in de Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen praktijken te bepalen. In totaal was de duur van de rugklachten in 72% van de onderzochte dossiers te bepalen. Patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) hebben al langer klachten dan patiënten met lage rugpijn met uitstraling op het moment dat zij hun huisarts bezoeken (tabel 1).

2.2 Lichamelijk onderzoek en advies

Het dossieronderzoek bij de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk laat voor patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) zien dat bij 87,1% bevindingen uit lichamelijk onderzoek in het dossier zijn genoteerd, bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) is dat met 87,2% een vrijwel identiek percentage (tabel 2). Voor beide diagnosegroepen geldt dat bij patiënten die met een eerste klacht door de huisarts worden gezien 10-12% vaker lichamelijk onderzoek wordt vastgelegd dan bij patiënten die een recidief hadden.

Tabel 2. Percentage patiënten met lage rugpijn waarbij tijdens het eerste consult lichamelijk onderzoek geregistreerd is in het dossier, uitgesplitst naar eerste klacht en recidief, 2017/2018

Kenmerk	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)			Lage rugpijn met uitstraling (L86)		
	Eerste klacht	Recidief	Totaal	Eerste klacht	Recidief	Totaal
N totaal	222	172	394	192	200	392
<i>Lichamelijk onderzoek geregistreerd</i>						
Ja (%)	91,4	81,4	87,1	93,2	81,5	87,2
Nee (%)	8,6	18,6	12,9	6,8	18,5	12,8

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

Tabel 3 toont voor de patiënten in de twee diagnosegroepen met lage rugpijn hoe vaak bepaalde adviezen werden geregistreerd in de dossiers van de huisartsen. Adviezen over gebruik van zelfmedicatie (paracetamol, NSAIDs) werden het vaakst genoteerd, gevolgd door advies omtrent bewegen en wat te doen bij verergering van de rugklachten of bij alarmsymptomen. Bij circa een derde van de patiënten was géén advies in het dossier geregistreerd, bij ongeveer de helft één of twee adviezen en bij de resterende patiënten drie of meer adviezen. Er waren geen duidelijke verschillen in de geregistreerde adviezen te zien tussen de twee diagnosegroepen.

Tabel 1. Kenmerken van patiënten met klachten vanuit de lage rug in 2018

	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn				Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen			
	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)	Totaal	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)	
N totaal ¹	73.025	30.217	29.289	21.639	786	394	392	
% Vrouwen	56,2	58,1	54,3	56,6	57,1	53,2	61,1	
Leeftijd (SD)	54,1 (19)	51,6 (21)	54,2 (18)	58,3 (16)	55,2 (17,3)	52,5 (18,7)	58,0 (15,4)	
% Nieuwe klachten ²	76,5	76,1	73,7	81,0	52,7	56,3	49,0	
% Recidief ²	27,4	27,6	30,1	19,0	47,3	43,7	51,0	
Gemiddelde duur zorgtraject in dagen (SD) ²	33,1 (79)	13,7 (35)	14,2 (30)	83,8 (127)	32,0 (62,8)	21,8 (56,3)	42,4 (67,2)	
Mediane duur zorgtraject in dagen (min, max) ²					1 (1, 614)	1 (1, 614)	9 (1, 450)	
Duur van de klachten:								
% waarbij duur geregistreerd ³	-	-	-	-	71,5	73,9	69,1	
<i>Indien geregistreerd:</i>								
Gemiddelde duur klachten in dagen (SD) ³	-	-	-	-	48,2 (120,8)	52,6 (123,1)	43,4 (118,3)	
Mediane duur klachten in dagen (min, max) ³	-	-	-	-	10 (1, 1096)	14 (1, 731)	7 (1, 1096)	

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

¹ doordat patiënten bekend kunnen zijn met meer dan 1 ICPC code binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (zie ook figuur 1) tellen de totalen van de drie ICPC-codes op tot meer dan het overall totaal

² in de twee databronnen zijn verschillende definities gebruikt om recidief rugklachten en duur zorgtraject te bepalen (zie bijlage A), waardoor deze cijfers niet onderling vergelijkbaar zijn, daarnaast kunnen patiënten door de gebruikte definities bij de analyses van Nivel Zorgregistraties Eerste lijn (zie bijlage A) in 1 jaar een nieuw en recidief event hebben waardoor de totalen optellen naar meer dan 100%

³ deze informatie kan niet uit de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn worden gehaald

Tabel 3. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug waarbij een advies van de huisarts is geregistreerd

Kenmerk	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
N totaal	394	392
<i>Afvallen</i>		
Advies geregistreerd (%)	1,0	1,0
Geen advies geregistreerd (%)	99,0	99,0
<i>Bewegen</i>		
Advies geregistreerd (%)	30,5	27,3
Geen advies geregistreerd (%)	69,5	72,2
<i>Wat te doen bij verergering/alarmsymptomen</i>		
Advies geregistreerd (%)	12,7	16,3
Geen advies geregistreerd (%)	87,3	83,7
<i>Informatie meegegeven¹</i>		
Advies geregistreerd (%)	5,1	3,6
Geen advies geregistreerd (%)	94,9	96,4
<i>Gebruik paracetamol</i>		
Advies geregistreerd (%)	46,7	48,0
Geen advies geregistreerd (%)	53,3	52,0
<i>Gebruik NSAID</i>		
Advies geregistreerd (%)	38,3	42,1
Geen advies geregistreerd (%)	61,7	57,9
<i>Aantal geregistreeerde (bovenstaande) adviezen per patiënt</i>		
Geen adviezen (%)	33,5	32,7
1 advies (%)	24,4	23,7
2 adviezen (%)	23,4	26,3
3 adviezen (%)	14,5	11,5
4 adviezen (%)	4,3	5,1
5 adviezen (%)	0	0,8
6 adviezen (%)	0	0

Bron: *Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen*

¹ folder, verwijzing naar Thuisarts.nl e.d.

2.3 Beeldvormend onderzoek

Tabel 4A toont voor de patiënten in de twee diagnosegroepen met lage rugpijn hoe vaak in de betreffende episode met lage rugpijn welke beeldvormende diagnostiek werd aangevraagd door de huisartsen van de praktijken in het Academisch Huisartsen Netwerk. Bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling werd iets vaker beeldvormende diagnostiek aangevraagd dan bij patiënten zonder uitstraling (15,8% respectievelijk 10,4%). Bij beide diagnosegroepen betrof verreweg het grootste deel van de aangevraagde diagnostiek een röntgenfoto van de lage rug (X-lage rug); MRI-onderzoeken vormden een aanmerkelijk kleiner aandeel (10-15%) van de aangevraagde beeldvormende diagnostiek. CT-scans werden in het geheel niet aangevraagd door de huisartsen in de praktijken van het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen.

Tabel 4A. Beeldvormende diagnostiek bij patiënten met klachten vanuit de lage rug, 2017/2018

Kenmerk	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
N totaal	394	392
<i>Huisarts vraagt beeldvormende diagnostiek aan</i>		
Ja, n (%)	41 (10,4)	62 (15,8)
Nee, n (%)	353 (89,6)	330 (84,2)
<i>Aard beeldvormende diagnostiek indien aangevraagd</i>		
X-lage rug, n (%)	37 (90,2)	53 (85,5)
CT-scan, n (%)	0	0
MRI, n (%) ¹	4 (9,8)	9 (14,5)

Bron: *Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen*

¹ bij geen van de 13 MRI-onderzoeken werd in de bestudeerde episode óók een X-lage rug aangevraagd

Tabel 4B laat zien dat de overgrote meerderheid van de beeldvormende diagnostiek werd verricht in een ziekenhuis, een kleine minderheid (5-7%) bij een zelfstandige diagnostische faciliteit.

Tabel 4B. Locatie waar beeldvormende diagnostiek werd uitgevoerd, 2017/2018

	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)				Lage rugpijn met uitstraling (L86)			
	Totaal	X-foto	CT	MRI	Totaal	X-foto	CT	MRI
N totaal	394				392			
n met beeldvormende diagnostiek	41	37	0	4	62	53	0	9
Ziekenhuis, n (%)	38 (93)	35 (95)	0	3 (75)	59 (95)	50 (94)	0	9 (100)
Zelfstandige diagnostische faciliteit, n (%)	3 (7)	2 (5)	0	1 (25)	3 (5)	3 (6)	0	0 (0)

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

2.4 Medicatie

Tabel 5 laat het percentage patiënten met een voorschrift voor pijnmedicatie zien per type pijnmedicatie zoals bekend in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in 2018. Onder pijnstillers worden voor deze analyse paracetamol, naproxen, ibuprofen en diclofenac gerekend (Zie ook bijlage A). In deze tabel is te zien dat huisartsen voornamelijk pijnstillers voorschrijven bij klachten vanuit de lage rug; een kleiner deel van de patiënten krijgt zwakke of sterke opioïden voorgeschreven. Patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) krijgen het vaakst pijnmedicatie voorgeschreven, patiënten met rugklachten (L02) krijgen het minst vaak pijnmedicatie voorgeschreven. Benzodiazepinen en antidepressiva of anti-epileptica als alternatief voor of aanvulling op pijnmedicatie worden in veel mindere mate voorgeschreven. Ook voor deze medicatie geldt dat ze voornamelijk wordt voorgeschreven aan patiënten met lage rugpijn met uitstraling.

Adviezen die huisartsen aan patiënten met lage rugklachten geven over het nemen van pijnmedicatie (paracetamol, NSAIDs) als zelfzorgmedicatie zijn besproken in paragraaf 2.2 (tabel 3).

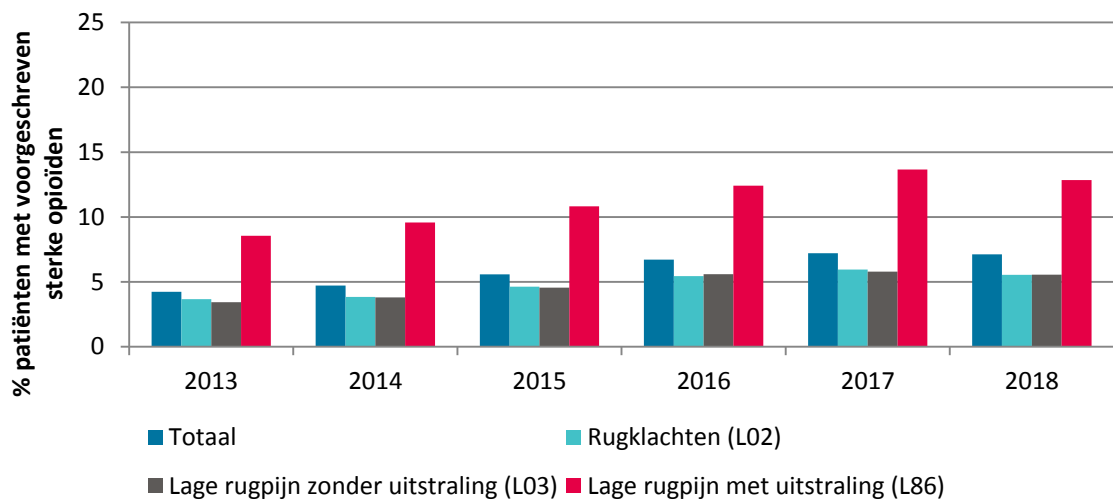
Tabel 5. Voorgeschreven (pijn)medicatie voor patiënten met lage rugpijn 2018

Pijnmedicatie	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
Pijnstillers	24,1%	19,4%	26,5%	27,8%
Zwakwerkende opioïden	9,5%	7,4%	9,3%	14,3%
Sterkwerkende opioïden	7,1%	5,5%	5,6%	12,8%
Benzodiazepinen	4,0%	3,1%	3,9%	5,6%
Antidepressiva/anti-epileptica	3,2%	1,8%	1,8%	7,3%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

In de periode 2013-2018 is er tot 2017 een toename te zien in het percentage patiënten dat sterke opioïden krijgt voorgeschreven. Deze toename is vooral zichtbaar bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling maar ook voor patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling en rugklachten is er een toename te zien (figuur 2).

Figuur 2. Percentage patiënten met lage rugpijn dat sterke opioïden krijgt voorgeschreven, in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Het off-label voorschrijven van antidepressiva of anti-epileptica als pijnstilling bij lage rugpijn met uitstraling laat tot 2016 een stijging zien, daarna lijkt dit te stabiliseren (figuur B8). Over de tijd neemt het voorschrijven van pijnstillers, zwakke opioïden en benzodiazepinen voor patiënten met klachten vanuit de lage rug af (Figuren B5-B7).

3 Evaluatie en controle

Dit hoofdstuk beschrijft de evaluatie en controle van patiënten met klachten vanuit de lage rug in de huisartsenpraktijk. Vragen die in dit hoofdstuk beantwoord worden zijn: Na hoeveel dagen worden klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd? Hoe vaak wordt gedurende drie maanden na het eerste consult de klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd? Bij welk percentage patiënten is vastgelegd wie de coördinatie van de zorg op zich neemt? De vragen over de evaluatie van zorg zijn beantwoord met behulp van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en de vragen over de coördinatie van zorg met behulp van het dossieronderzoek binnen het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk.

3.1 Evaluatie

Wijze van evaluatie

Tabel 6 laat het aantal episoden van klachten vanuit de (lage) rug binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in 2018 zien. Deze episoden zijn uitgesplitst naar episoden met en zonder evaluatie. Hierbij is een evaluatie gedefinieerd als het tweede contact met de huisarts voor klachten vanuit de lage rug binnen de betreffende episode van klachten vanuit de lage rug. Wanneer er een evaluatie is wordt deze apart weergegeven voor evaluatie in de vorm van een consult, visite, telefonisch consult of een e-contact. Het aantal episoden is groter dan het aantal patiënten zoals weergegeven in het vorige hoofdstuk om dat patiënten in een jaar meerdere episoden kunnen hebben van klachten vanuit de lage rug (Bijlage A). In tabel 6 is te zien dat er bij 30% van de episoden van rugklachten of lage rugpijn zonder uitstraling een evaluatie is van de klachten. Bij episoden van lage rugpijn met uitstraling (L86) wordt 40% geëvalueerd. Evaluaties vinden voornamelijk plaats via een consult of een telefonisch consult. Voor episoden van rugklachten (L02) en lage rugpijn zonder uitstraling (L03) zit er gemiddeld 15 tot 29 dagen tussen het eerste en tweede contact voor lage rugpijn. Voor episoden van lage rugpijn met uitstraling zit er gemiddeld 39 tot 78 dagen tussen het eerste en het tweede contact. Wanneer de evaluatie via de telefoon of een e-contact plaatsvindt is deze gemiddeld een week tot tien dagen eerder dan wanneer het plaats vindt middels een consult of visite bij patiënten met rugklachten of lage rugpijn zonder uitstraling. Bij episoden van lage rugpijn met uitstraling is een evaluatie middels een telefonisch consult of e-contact gemiddeld 30 dagen eerder dan middels een consult of visite. Het aandeel e-contacts is nog zeer laag, minder dan 1% van de patiënten heeft contact met de huisarts voor klachten vanuit de lage rug middels een e-contact.

In figuur 3 is te zien dat het aantal episoden van lage rugklachten/-pijn dat geëvalueerd wordt bij de huisarts in de periode 2013 tot 2018 vergelijkbaar is gebleven. Ook de wijze van evaluatie is vergelijkbaar gebleven.

Aantal evaluaties binnen 3 maanden

Wanneer er gekeken wordt naar het aantal evaluaties (in dit geval aantal contacten met de huisarts) binnen 3 maanden na het eerste contact is te zien dat een groot deel van de episoden van lage rugpijn met uitstraling pas na deze 3 maanden wordt geëvalueerd (tabel 7). In tabel 7 is te zien dat er in de meeste gevallen maar één evaluatie plaatsvindt binnen de eerste drie maanden na het eerste contact voor klachten vanuit de lage rug. Van de episoden van rugklachten (L02) en lage rugpijn zonder uitstraling (L03) wordt 5% drie maal of vaker opnieuw gezien binnen drie maanden, bij de episoden van lage rugpijn met uitstraling (L86) is dit 12%.

Tabel 6. Percentage episoden van lage rugpijn met een evaluatie (2^e contact) per type contact en het gemiddelde aantal dagen tot evaluatie in 2018.

Contact	Totaal			Rugklachten (L02)			Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)			Lage rugpijn met uitstraling (L86)		
	N ¹	%	N dagen tot evaluatie	N	%	N dagen tot evaluatie	N	%	N dagen tot evaluatie	N	%	N dagen tot evaluatie
Consult	13.603	16,8	45	3.995	13,9	27	4.719	15,1	29	4.889	23,4	78
Visite	1.040	1,2	39	337	1,1	22	379	1,1	20	324	1,4	71
Telefoon	10.143	13,3	26	3.535	12,9	15	3.533	12,0	16	3.075	15,7	47
E-contact	128	0,2	26	58	0,2	17	39	0,1	25	31	0,2	39
Geen evaluatie	45.188	68,6		17.233	72,0		17.777	71,7		10.178	59,3	

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

¹ Patiënten kunnen in een jaar meerder episoden hebben. Daarom worden de resultaten hier gepresenteerd op het niveau van episoden in plaats van patiënt

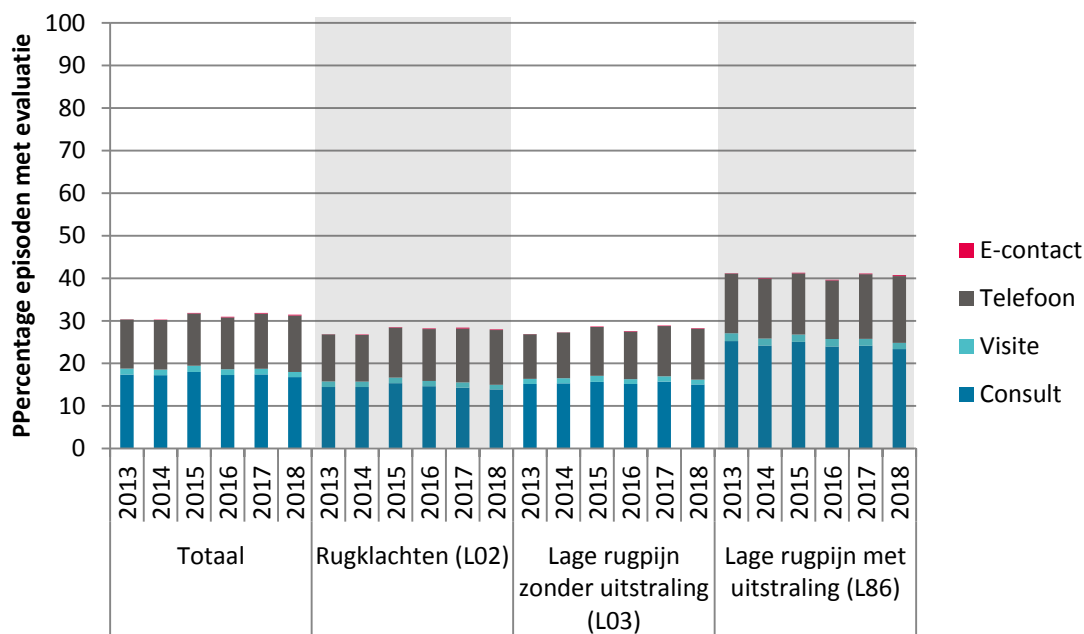
Tabel 7. Percentage episoden met een evaluatie (contacten met de huisarts) binnen 3 maanden per episode van klachten vanuit de lage rug in 2018

Percentage episoden ¹	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
Geen evaluatie	69,3%	72,1%	71,8%	60,2%
1 evaluatie	17,5%	16,8%	17,3%	19,0%
2 evaluaties	6,5%	5,8%	5,8%	8,6%
3 of meer evaluaties	6,7%	5,3%	5,0%	12,2%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

¹ Patiënten kunnen in een jaar meerder episoden hebben. Daarom worden de resultaten hier gepresenteerd op het niveau van episoden in plaats van patiënt

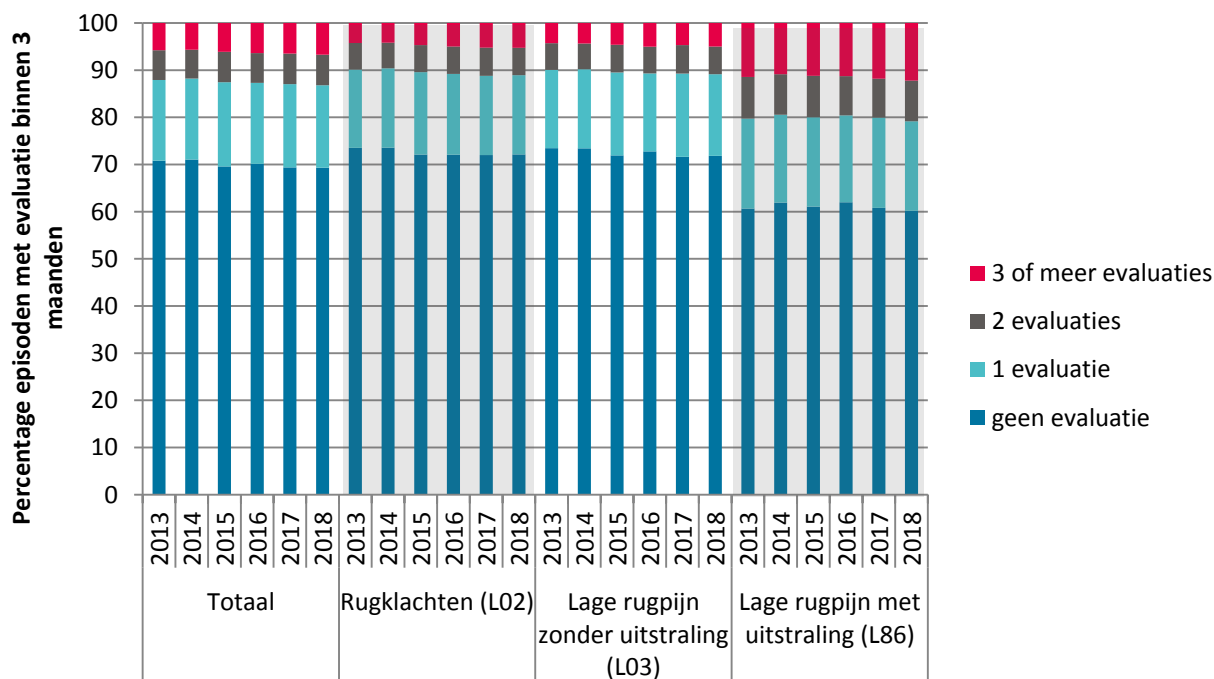
Figuur 3. Percentage episod¹ van lage rugpijn met een evaluatie van de klachten (2^o contact) per type contact in de periode 2013-2018.



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

¹ Patiënten kunnen in een jaar meerder episod¹ hebben. Daarom worden de resultaten hier gepresenteerd op het niveau van episod¹ in plaats van patiënt

Figuur 4. Percentage episod¹ met een evaluatie binnen drie maanden per episode van lage rugpijn in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

¹ Patiënten kunnen in een jaar meerder episod¹ hebben. Daarom worden de resultaten hier gepresenteerd op het niveau van episod¹ in plaats van patiënt

Figuur 4 laat zien dat het aantal evaluaties binnen drie maanden van de episoden van klachten vanuit de lage rug in de periode 2013-2018 gelijk blijft.

3.2 Coördinatie van zorg

Tabel 8 laat zien dat bij slechts een zeer klein deel van de patiënten met lage rugpijn (met of zonder uitstraling) specifiek in het dossier wordt geregistreerd wie de coördinatie van de zorg op zich neemt. Aannemelijk is dat dit in veel gevallen de huisarts zal zijn.

Tabel 8. Professional die de coördinatie van de zorg op zich neemt, 2017/2018

	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
N totaal	394	392
Niet geregistreerd, n (%)	388 (98,5)	385 (98,2)
Huisarts, n	5	4
Praktijkondersteuner, n	1	3
Zorgcoördinator, n	0	0
Rugconsulent, n	0	0
Anders, n	0	0

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

4 Verwijzingen

Dit hoofdstuk beschrijft de verwijzingen van patiënten met lage rugklachten/-pijn binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn vanuit de huisartsenpraktijk. Vragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord betreffen de kenmerken van patiënten die door huisartsen verwezen worden, kenmerken van patiënten die behandeld worden voor lage rugpijn bij een fysiotherapeut, naar welk medisch specialisme patiënten worden verwezen en wat er vanuit de tweede lijn over de lage rugpijn wordt teruggekoppeld naar de huisarts.

4.1 Verwijzingen binnen de eerste lijn

Verwijzingen door de huisarts binnen de eerste lijn

Tabel 9 laat zien hoe vaak patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) en lage rugpijn met uitstraling (L86) geadviseerd wordt om naar een eerstelijns psycholoog of paramedicus te gaan en of de huisarts daarbij dan wel of geen verwijzing uitschrijft binnen het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk. Indien de huisarts binnen de eerste lijn verwijst of adviseert gaat het in de meeste gevallen om fysiotherapie. Verwijzingen naar een psycholoog kwamen in de onderzochte patiëntenpopulatie niet voor, al kan niet uitgesloten worden dat een patiënt met lage rugpijn al wel bij een psycholoog bekend was vanwege andere problematiek. Hetzelfde geldt voor verwijzing naar een diëtist. Voor behandeling door een manueel therapeut/chiropractor geldt dat patiënten daar relatief vaak zonder verwijzing of advies van de huisarts gebruik van maakten (L03: 44%, L86: 64%).

Kenmerken van patiënten met verwijzing of advies voor fysio- of oefentherapie

Tabel 10 laat de kenmerken zien van patiënten met lage rugpijn (met of zonder uitstraling) die wel of geen verwijzing naar of advies voor fysio- of oefentherapie van hun huisarts kregen. Deze resultaten berusten op het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk. Wat in deze tabel opvalt is dat vrouwen vaker dan mannen een verwijzing of advies voor fysio-/oefentherapie krijgen, dat patiënten met zo'n verwijzing/advies al langer bekend zijn met klachten vanuit de lage rug dan patiënten zonder verwijzing/advies, en dat het zorgtraject bij patiënten met verwijzing/advies gemiddeld langer duurt dan bij patiënten zonder verwijzing/advies voor fysio- of oefentherapie. De verdeling over 'eerste klacht' of 'recidief' verschilt niet tussen patiënten die wel respectievelijk geen verwijzing/advies voor fysio-/oefentherapie krijgen. De aan- of afwezigheid van bewegingsangst bij patiënten met lage rugpijn wordt maar hoogst zelden in het dossier van de huisarts genoteerd.

Kenmerken van patiënten bij de fysiotherapeut naar wijze van toegang

Tabel 11 toont de kenmerken van patiënten met lage rugpijn die behandeld worden door de fysiotherapeut, uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut zoals zij bekend zijn binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Deze resultaten berusten op de gegevens uit de fysio- en oefentherapiepraktijken van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Hierbij is gekeken naar patiënten die via verwijzing door de huisarts of via directe toegang bij de fysiotherapeut of oefentherapeut (vanaf hier 'fysiotherapeut') terecht zijn gekomen. Patiënten die bij de fysiotherapeut behandeld werden voor klachten vanuit de lage rug en verwezen zijn door de huisarts zijn iets vaker vrouw en iets ouder dan patiënten die zonder verwijzing naar de fysiotherapeut gaan voor klachten vanuit de lage rug. Patiënten die naar de fysiotherapeut zijn verwezen door de huisarts worden gemiddeld langer en

vaker behandeld door de fysiotherapeut dan patiënten die zelf contact zoeken met de fysiotherapeut (tabel 11).

Tabel 9. Percentage patiënten met een verwijzing of advies voor consultatie van één of meer eerstelijns zorgverleners, 2017/2018

	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
N totaal	394	392
Psycholoog, n (%)	0 (0)	0 (0)
Met verwijzing, n (%)	0	0
Zonder verwijzing, met advies huisarts, n (%)	0	0
Zonder verwijzing, zonder advies huisarts, n (%)	0	0
Fysiotherapeut, n (%)	156 (40)	176 (45)
Met verwijzing, n (%)	79 (51)	83 (47)
Zonder verwijzing, met advies huisarts, n (%)	50 (32)	52 (30)
Zonder verwijzing, zonder advies huisarts ¹ , n (%)	27 (17)	41 (23)
Oefentherapeut Cesar/Mensendieck, n (%)	9 (2)	4 (1)
Met verwijzing, n (%)	7 (78)	2 (50)
Zonder verwijzing, met advies huisarts, n (%)	1 (11)	1 (25)
Zonder verwijzing, zonder advies huisarts ¹ , n (%)	1 (11)	1 (25)
Manueel therapeut/chiropractor, n (%)	23 (6)	14 (4)
Met verwijzing, n (%)	9 (39)	3 (21)
Zonder verwijzing, met advies huisarts, n (%)	5 (22)	3 (21)
Zonder verwijzing, zonder advies huisarts ¹ , n (%)	9 (39)	8 (58)
Diëtist, n (%)	0 (0)	0 (0)
Met verwijzing, n (%)	0	0
Zonder verwijzing, met advies huisarts, n (%)	0	0
Zonder verwijzing, zonder advies huisarts, n (%)	0	0
Verwijzing en/of advies huisarts voor ≥ 1 van de bovengenoemde eerstelijns zorgverleners, n (%)	188 (48)	194 (50)

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

¹ in deze gevallen had de huisarts geregistreerd dat behandeling door de betreffende paramedicus al had plaatsgevonden o.b.v. wat de patiënt tijdens het eerste consult vertelde

Tabel 10. Kenmerken van patiënten die wel of geen verwijzing naar of advies voor fysio- of oefentherapie kregen van de huisarts, 2017-2018

Kenmerk	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)		Lage rugpijn met uitstraling (L86)	
	Verwijzing of advies	Geen verwijzing of advies	Verwijzing of advies	Geen verwijzing of advies
N totaal	136	258	138	254
Leeftijd (gemiddelde, in jaren)	52,6	52,4	58,4	57,8
Geslacht (% vrouw)	54,4	52,5	63,0	60,1
<i>Eerste klacht of recidief:</i>				
Eerste klacht (%)	52,9	58,1	50,7	48,0
Recidief (%)	47,1	41,9	49,3	52,0
<i>Duur van de klachten:</i>				
Gemiddelde duur klachten (in dagen)	71,5	43,0	48,9	40,6
Mediane duur klachten (in dagen)	21	7	14	7
<i>Duur zorgtraject bij de huisarts:</i>				
Gemiddelde duur zorgtraject (in dagen)	35,5	14,5	58,8	33,5
Mediane duur zorgtraject (in dagen)	1	1	16,5	7
<i>Bewegingsangst:</i>				
Niet geregistreerd (%)	99	97	98	98
Ja (%)	1	2	1	1
Nee (%)	0	1	1	1

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

Tabel 11. Kenmerken van patiënten die bij de fysiotherapeut onder behandeling zijn voor klachten vanuit de lage rug uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut, 2018

Kenmerken	Patiënten onder behandeling bij de fysiotherapeut	
	Verwijzing huisarts	Directe toegang
N totaal	5.223	1.280
% Vrouwen	63,0	57,2
Gemiddelde leeftijd	52,4	48,2
% Recidief	14,8	15,2
Gemiddelde duur behandeling in dagen	70,3	61,9
Gemiddeld aantal behandelingen	7,9	6,9

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

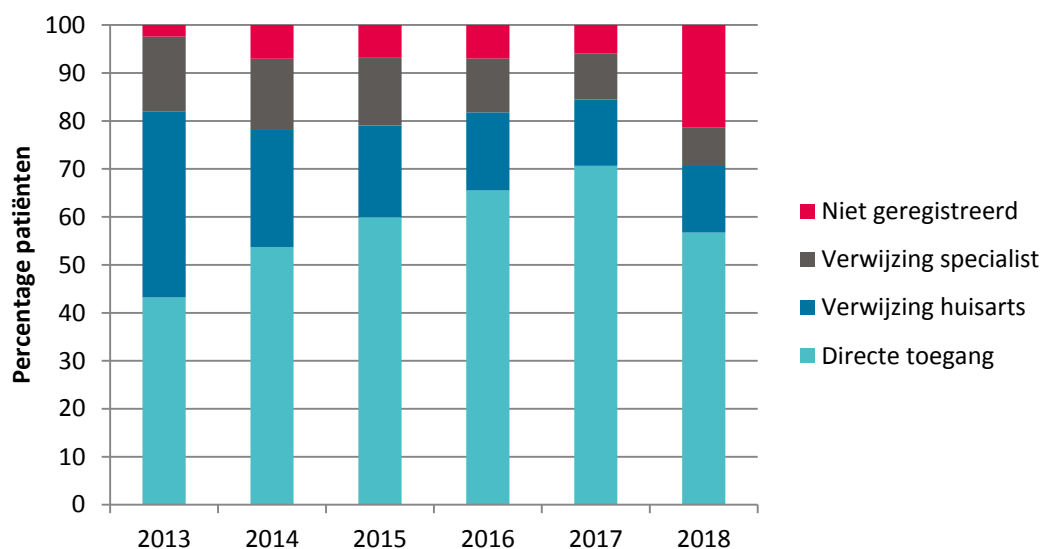
In de periode 2013 tot 2018 zijn geen opvallende veranderingen te zien in de kenmerken van de patiënten die door de fysiotherapeut behandeld worden voor klachten vanuit de lage rug (figuur B9 tot B13).

Patiënten met klachten vanuit de lage rug bij de fysiotherapeut

Van de patiënten die bekend zijn met klachten vanuit de lage rug bij de fysiotherapeut komt het grootste deel van de patiënten zonder verwijzing. Figuur 5 laat zien dat over de tijd het aandeel patiënten dat via verwijzing door de huisarts bij de fysiotherapeut komt voor klachten vanuit de lage

rug afneemt. Over de tijd neemt het aantal patiënten dat via directe toegang naar de fysiotherapeut gaat voor klachten vanuit de lage rug toe. Voor de analyses met gegevens van de fysiotherapeut wordt er geen onderscheid gemaakt in het type klachten (d.w.z. rugklachten, lage rugpijn zonder uitstraling, lage rugpijn met uitstraling) omdat de codering van de aandoeningen bij fysiotherapeuten anders is dan de ICPC-codering die huisartsen gebruiken.

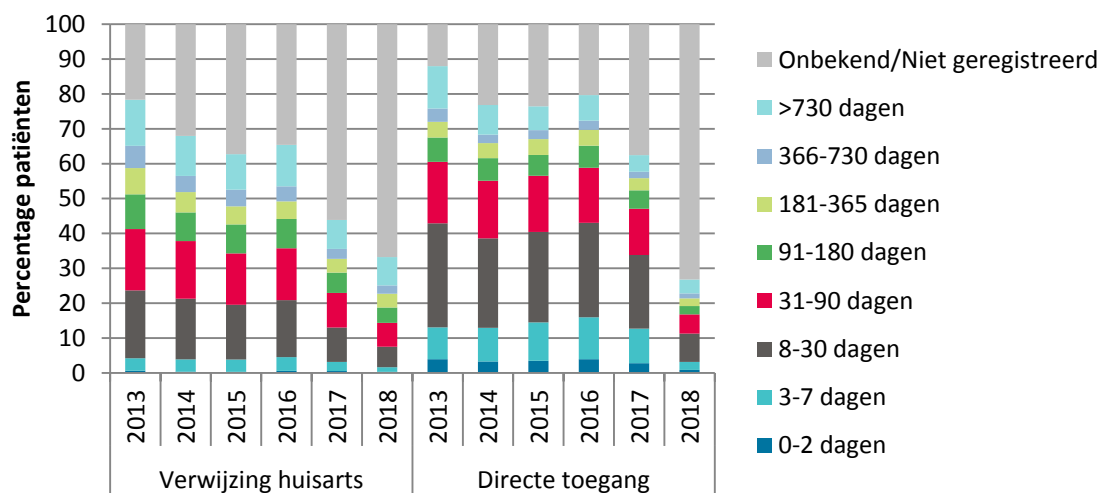
Figuur 5. Manier van toegang tot de fysiotherapeut bij patiënten met klachten vanuit de lage rug in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 6 laat zien hoe lang patiënten al klachten vanuit de lage rug hadden voordat zij behandeld werden door de fysiotherapeut. Van de patiënten waarbij dit geregistreerd is door de fysiotherapeut komt de helft binnen een maand na het ontstaan van de klachten voor behandeling naar de fysiotherapeut.

Figuur 6. Aantal dagen dat patiënten al klachten hebben vanuit de lage rug voordat zij de fysiotherapeut consulteren in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

4.2 Verwijzingen naar de tweede lijn

Verwijzingen naar de tweede lijn zijn onderzocht met behulp van de data uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is van 20% van de deelnemende praktijken en van ongeveer 30% van de patiënten informatie bekend over verwijzingen naar de tweede lijn middels Zorgdomein [Meijer 2019].

Van alle patiënten die de huisarts consulteren met klachten vanuit de lage rug wordt ruim 8% door de huisarts verwezen naar de tweede lijn (tabel 12). Patiënten met lage rugpijn met uitstraling worden het meest verwezen, namelijk in bijna 16% van de gevallen. Zes procent van de patiënten met rugklachten en 4,7% van de patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling worden verwezen naar de specialist.

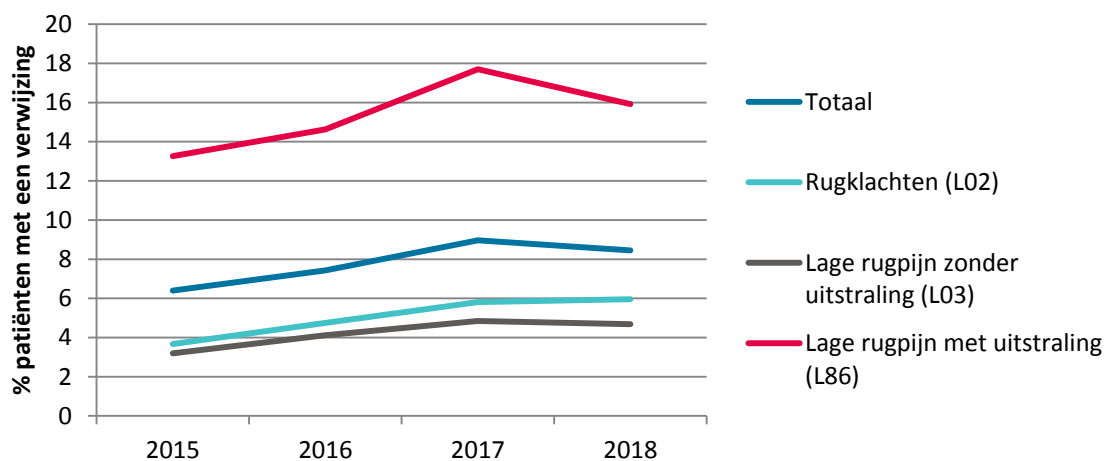
Figuur 7 toont dat er in de periode 2015-2018 vooral verschillen te zien zijn in het percentage verwijzingen voor patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86). Bij deze patiënten is er van 2015 tot 2017 een stijging in het aantal verwijzingen te zien; in 2018 ligt het aantal verwijzingen weer ongeveer op het niveau van 2016. Voor rugklachten (L02) stijgt het percentage patiënten dat wordt verwezen over de tijd van 3,7% in 2015 naar 6% in 2018. Voor lage rugpijn zonder uitstraling (L03) blijft het percentage patiënten dat wordt verwezen vergelijkbaar over de tijd.

Tabel 12. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat door de huisarts is verwezen naar de tweede lijn in 2018

Klacht vanuit de lage rug	N patiënten met gegevens Zorgdomein	N patiënten verwezen	% verwezen
N totaal	25.403	2.146	8,4
Rugklachten (L02)	9.808	664	6,0
Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	11.143	459	4,7
Lage rugpijn met uitstraling (L86)	7.270	1.157	15,9

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur 7. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat door de huisarts is verwezen naar de tweede lijn in de periode 2015-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Wanneer patiënten met klachten vanuit de lage rug worden verwezen naar de tweede lijn worden zij vooral verwezen naar een neuroloog (tabel 13). Dit is het meeste het geval bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86). Van patiënten in deze diagnosegroep werd die in 2018 werden verwezen, werd 70% van de patiënten verwezen naar een neuroloog, 12% werd verwezen naar een orthopedisch chirurg, 14% naar een anesthesioloog, 2% naar een revalidatiearts en 2% naar overige specialismen. Bij de andere twee diagnosegroepen was de verhouding tussen de medische specialismen waarnaar verwezen werd anders. Van de patiënten met rugklachten (L02) met een verwijzing werd 34% verwezen naar de neuroloog, 30% naar een orthopedisch chirurg, 14% naar een anesthesioloog, 5% naar een revalidatiearts en 18% naar een ander specialisme. Van de patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) met een verwijzing werd 40% verwezen naar de neuroloog, 25% naar de orthopedisch chirurg, 20% naar de anesthesioloog, 6% naar een revalidatiearts en 9% naar een ander specialisme.

Tabel 13. Verdeling over specialismen van patiënten met lage rugpijn en een verwijzing naar de tweede lijn in 2018 (n=2.146)

	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
Neuroloog	52,7	33,7	39,1	70,4
Orthopedisch chirurg	20,1	29,4	25,9	11,8
Anesthesioloog	15,1	14,0	20,4	13,8
Revalidatiearts	3,7	4,9	5,5	2,2
Overig	8,4	18,0	9,1	1,7

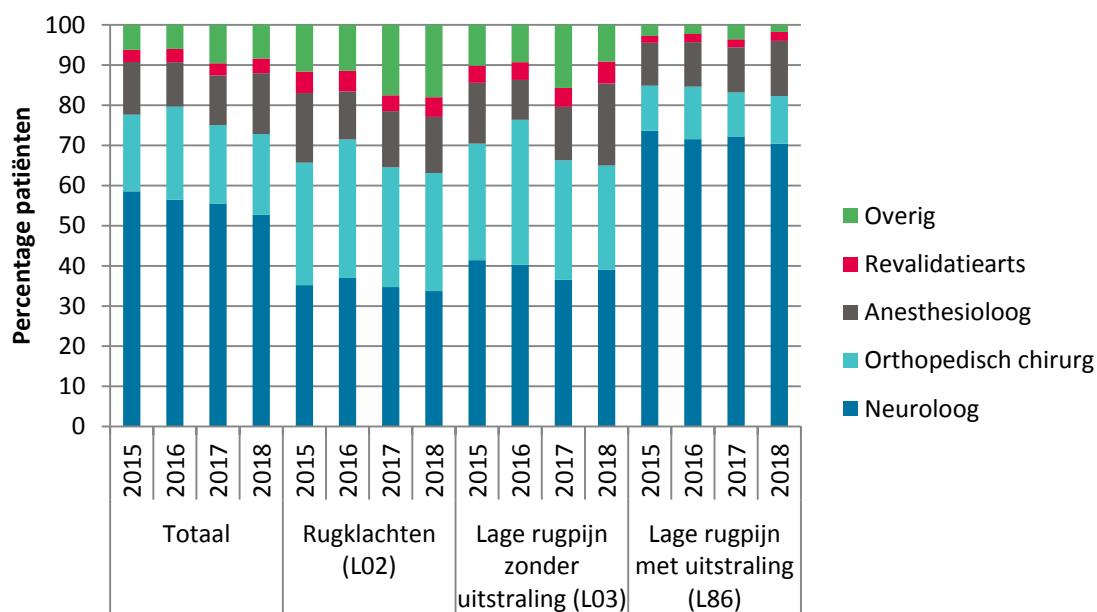
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Wanneer we de specialismen waarnaar patiënten met klachten vanuit de lage rug verwezen worden bekijken over de tijd zien we het beeld zoals figuur 8 (en tabel B15 in bijlage B) weergegeven. Figuur 8 laat voor de jaren 2015-2018 geen grote verschuivingen zien in de specialismen waarnaar huisartsen patiënten met lage rugklachten/-pijn verwijzen. Wel lijkt er voor de drie diagnosegroepen samen een geleidelijke, kleine verschuiving van verwijzingen naar neurologen naar verwijzingen naar anesthesiologen en overige specialismen plaats te vinden.

Tabel 14 toont (op basis van de gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn) de kenmerken van patiënten met rugklachten of -pijn die zijn verwezen naar een medisch specialist, naast de kenmerken van alle patiënten met klachten vanuit de lage rug. De tabel laat zien dat leeftijd en geslacht van de patiënten met lage rugklachten/-pijn met en zonder verwijzing niet sterk van elkaar verschillen. Wel is te zien dat patiënten met rugklachten/-pijn met een verwijzing méér contacten hebben met de huisarts voor de lage rugklachten/-pijn en ook vaker al meerdere episoden van lage rugklachten/-pijn hebben doorgemaakt.

In aanvulling op de analyse van de gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn zoals hierboven beschreven toont tabel 15 op basis van het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk behalve leeftijd en geslacht ook enkele andere kenmerken (d.w.z. duur van de klachten, aanwezigheid van diverse 'rode vlaggen') van patiënten met lage rugpijn die wel of niet naar een medisch specialist zijn verwezen.

Figuur 8. Verdeling over specialismen van patiënten met lage rugpijn en een verwijzing naar de tweede lijn in de periode 2015-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Bij patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) die naar een medisch specialist verwezen worden bestaan de klachten aanmerkelijk langer dan bij patiënten die niet verwezen worden (gemiddeld 95 respectievelijk 49 dagen; mediaan 30 respectievelijk 11 dagen).

Wat betreft 'rode vlaggen' in relatie tot verwijzing naar de tweede lijn valt voor patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) op dat postuurverandering, continue pijn die onafhankelijk is van houding/beweging en mictiestoornissen relatief vaker in het dossier werden gevonden bij patiënten die verwezen werden dan bij patiënten die niet verwezen werden. Rode vlaggen die bij verwezen patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) relatief vaker werden gezien dan bij niet verwezen patiënten zijn mictiestoornissen, maligniteit in voorgeschiedenis, nachtelijke verergering van de pijn en eerder trauma.

Tabel 14. Kenmerken van patiënten met rugklachten of -pijn uit huisartsenpraktijken waarvan gegevens over verwijzingen naar de tweede lijn beschikbaar zijn voor 2018.

Kenmerk	Totaal		Rugklachten (L02)		Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)		Lage rugpijn met uitstraling (L86)	
	Totaal	Verwijzing	Totaal	Verwijzing	Totaal	Verwijzing	Totaal	Verwijzing
N totaal	25.403	2.146	11.143	664	9.808	459	7.270	1.157
Geslacht (% vrouw)	56,4	57,3	57,8	55,6	54,9	58,4	56,6	56,8
Leeftijd (gem)	54,1	54,2	51,9	50,8	54,2	53,5	58,3	56,5
<i>Aantal contacten episode (%)</i>								
1 contact	79,6	51,8	80,3	51,0	80,6	68,0	65,4	53,2
2 contacten	12,8	19,3	12,8	19,7	12,5	20,0	11,1	14,5
3 contacten	3,8	9,7	3,7	10,0	2,7	0,0	6,7	11,3
4 of meer contacten	3,9	19,2	3,2	19,3	4,1	12,0	16,7	21,0
Mediane duur (5-95 ^e percentiel) in dagen van episode van verwijzing		1 (1-139)		1 (1-126)		1 (1-130)		1 (1-504)
<i>Met hoeveel episoden is een patiënt bekend (%)</i>								
1e episode	76,7	64,9	77,1	62,9	67,6	52,0	82,1	90,3
2e episode	18,6	23,6	18,0	24,8	26,5	28,0	17,6	9,7
≥3e episode	4,7	11,5	4,9	12,3	5,9	20,0	0,3	0,0
Mediane duur (5-95 ^e percentiel) in dagen vanaf 1e episode tot verwijzing		40 (1-841)		45 (1-842)		27 (1-870)		3 (1-731)

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Tabel 15. Kenmerken van patiënten met lage rugpijn die wel of niet verwezen werden naar de tweede lijn, 2017/2018

Kenmerk	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)		Lage rugpijn met uitstraling (L86)	
	Verwijzing 2 ^e lijn ¹	Geen verwijzing 2 ^e lijn	Verwijzing 2 ^e lijn ²	Geen verwijzing 2 ^e lijn
N totaal	37	357	117	275
<i>Duur van de klachten:</i>				
Gemiddelde duur klachten (in dagen)	94,8	49,0	51,0	40,6
Mediane duur klachten (in dagen)	30,4	10	11	7
<i>Rode vlaggen geregistreerd in dossier:</i>				
Postuurverandering (versterkte thoracale kyfose) (%)	19	8	3	6
Continue pijn (onafhankelijk v. houding/beweging) (%)	14	4	5	2
Mictiestoornissen (incontinentie of retentie) (%)	5	1	9	2
Maligniteit in voorgeschiedenis (%)	3	9	11	6
Nachtelijke verergering van de pijn (%)	5	5	9	6
Trauma (%)	3	5	8	3
Rijbroekanesthesie (%)	3	0	1	0
Inflammatoire darmaandoening (%)	0	2	0	2
Algehele malaise (%)	0	1	0	2
Iridocyclitis (%)	0	0	0	0
Onverklaarde perifere artritis (%)	0	<1	0	<1
Recente (<1 jaar) ingreep aan de rug	0	0	1	0
Langdurig (>3 mnd) oraal corticosteroïd gebruik (%)	0	1	0	<1
Onverklaard gewichtsverlies (%)	0	<1	1	0
Ochtendstijfheid langer dan een uur (%)	0	1	1	0
<i>Aantal geregistreerde (bovenstaande) rode vlaggen per patiënt</i>				
Geen rode vlag (%)	54	69	60	73
1 rode vlag (%)	41	25	32	24
2 rode vlaggen (%)	5	6	6	3
3 rode vlaggen (%)	0	0	2	0

Bron: *Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen*

¹ verwijzingen naar neuroloog (n=10), orthopeed (n=11), neurochirurg (n=3), anesthesioloog (n=3), revalidatiearts (n=0), gespecialiseerd rugcentrum (n=8), sportarts (n=5) en reumatoloog (n=1). Sommige patiënten hadden >1 verwijzing.

² verwijzingen naar neuroloog (n=70), orthopeed (n=18), neurochirurg (n=9), anesthesioloog (n=14), revalidatiearts (n=4), gespecialiseerd rugcentrum (n=11), sportarts (n=2), reumatoloog (n=2), geriater (n=2) en algemeen chirurg (n=1). Sommige patiënten hadden >1 verwijzing.

4.3 Terugkoppeling vanuit de tweede lijn

Tabel 16 laat zien hoe vaak de huisarts terugkoppeling ontvangt vanuit de tweede lijn, welke informatie deze terugkoppeling bevat en hoe vaak de huisarts op basis hiervan de diagnose aanpast en/of het door de specialist geadviseerde vervolgbeleid overneemt. Wat opvalt is dat de huisarts in

sommige gevallen geen bericht van de specialist terug ontvangt (bij 19% van de patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling en bij 8% van de patiënten met uitstraling). Bij patiënten met uitstraling bevatten de brieven vaker advies over het vervolgbeleid (92%, tegenover 83% bij patiënten zonder uitstraling). Wat ook opvalt is dat, voor zover uit het dossier is af te leiden, de terugkoppeling van de specialist voor de huisarts lang niet altijd aanleiding is om de diagnose aan te passen (bijvoorbeeld omdat de diagnose van de huisarts al klopte) of het advies met betrekking tot vervolgbeleid over te nemen. Dit geldt het meest nadrukkelijk voor patiënten die vanwege lage rugpijn zonder uitstraling (L03) naar de tweede lijn zijn verwezen.

Tabel 16. Door huisarts ontvangen terugkoppeling vanuit de tweede lijn over verwezen patiënten met lage rugpijn, 2017/2018

	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L86)
N totaal	394	392
n verwezen naar medisch specialist	37	117
<i>Huisarts brief van specialist ontvangen:</i>		
Ja (%)	81	92
Nee (%)	19	8
<i>Brief specialist bevat informatie over diagnose:</i>		
Ja (%)	90	94
Nee (%)	10	6
<i>Brief specialist bevat informatie over vervolgbeleid/advies:</i>		
Ja (%)	83	92
Nee (%)	17	8
<i>Brief specialist bevat zowel informatie over diagnose als over vervolgbeleid/advies:</i>		
Ja (%)	72	86
Nee (%)	28	14
<i>Huisarts heeft diagnose aangepast op basis van brief specialist:</i>		
Wel uit dossier af te leiden (%)	17	45
Niet uit dossier af te leiden (%)	83	55
<i>Huisarts heeft advies van de specialist overgenomen:</i>		
Wel uit dossier af te leiden (%)	24	37
Niet uit dossier af te leiden (%)	76	63

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

5 Beschouwing

Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van data uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en data afkomstig uit gestructureerd dossieronderzoek in de huisartsenpraktijken van het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen. Het werken met deze gegevens heeft zijn sterke kanten en zijn beperkingen. Hieronder worden eerst enkele algemene punten van aandacht bij onderzoek met behulp van zorggegevens besproken, daarna per databron nog enkele specifieke punten. Tenslotte bespreken we de opvallendste bevindingen uit dit rapport en de mogelijkheden voor verder onderzoek.

5.1 Algemene punten

‘Niet geregistreerd’ is niet hetzelfde als ‘niet gedaan’

Eén van de dingen om rekening mee te houden bij het gebruik van zorgdata voor onderzoek is dat er alleen gegevens bekend zijn die door de huisarts zijn genoteerd. Het feit dat iets niet genoteerd is betekent bij zorgdata niet per se dat het niet gedaan is. Wanneer het voor de huisarts zelf niet nodig is om te noteren (in code of in vrije tekst) kan het zijn dat het niet in het dossier staat. Een voorbeeld hiervan is lichamelijk onderzoek waarbij geen of geen nieuwe bevindingen worden gedaan: voor de huisarts is het hierbij niet nodig om te noteren dat het lichamelijk onderzoek is uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor mogelijke adviezen die zijn gegeven. Hiermee moet men dus rekening houden bij de interpretatie van de resultaten.

Alleen aantallen, geen verdere verdieping

De volgorde van handelingen wordt niet altijd duidelijk vanuit het medisch dossier. Een röntgenfoto van de lage rug kan gemaakt zijn voordat de diagnose definitief ‘lage rugpijn’ werd. Bijvoorbeeld wanneer de huisarts bij een patiënt die bekend is met een maligniteit twijfelt of het gewone lage rugpijn is of wellicht een uitzaaiing of een botbreuk; in dat geval zal er eerst een foto gemaakt worden voordat de diagnose definitief wordt gesteld. Deze volgorde is niet altijd uit het dossier te halen. De klacht van de patiënt is in alle gevallen pijn aan de rug, waardoor er een vertekend beeld kan ontstaan. In toekomstig onderzoek kan dit eventueel wel verder worden uitgezocht door, in dit specifieke voorbeeld, te kijken naar de kenmerken van patiënten met en zonder foto. Verschillen deze patiënten in leeftijd, voorgeschiedenis, medicatiegebruik etc.

De duur van het zorgtraject bij de huisarts varieert sterk tussen patiënten, van een enkel consult voor klachten vanuit de lage rug tot aan een traject van meerdere jaren. Dit geeft aan dat het hier gaat om een zeer diverse groep van patiënten die ieder een ander verloop van de aandoening kent. Voor toekomstig onderzoek is het daarom goed om verder uit te zoeken wat de verschillen zijn tussen de patiënten waarbij de aandoening voor langere of kortere termijn blijft bestaan.

5.2 Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Einde ziekte niet bekend

Patiënten komen bij de huisarts wanneer zij ziek zijn of klachten hebben. Wanneer de klachten of de aandoening over zijn wordt dit doorgaans niet door de patiënt aan de huisarts gemeld. Hierdoor is uit

het dossier van de huisarts, zeker bij de routinematig verkregen gegevens, niet op te maken of een aandoening over is of nog voortduurt. Hiervoor moeten daarom aannames gedaan worden over het verloop van een aandoening of klacht en wanneer een klacht 'over' is. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van dezelfde aannames zoals die ook gebruikt worden voor de andere onderzoeken die gedaan worden met Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (Nielen, 2019). Voor klachten en acute aandoeningen geldt dat er wordt aangenomen dat een aandoening over is wanneer er gedurende 16 weken geen contact meer is geweest met de huisarts voor de klacht of aandoening van interesse. Voor langdurige aandoeningen geldt hiervoor een periode van een jaar. Het kan hierbij zijn dat de klacht of aandoening nog niet over is, maar dat de patiënt de huisarts in de tussentijd niet meer heeft geconsulteerd. Hierdoor zou een tweede contact onterecht als een tweede episode kunnen worden gezien en is het aantal recidiverende aandoeningen waarschijnlijk een lichte overschatting. De gemiddelde duur van de aandoeningen komt door deze aannames mogelijk lager uit dan in werkelijkheid.

Verschillende databronnen binnen Nivel Zorgregistraties

Voor dit onderzoek zijn gegevens gebruikt uit twee verschillende databronnen binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: data van huisartsen en data van fysiotherapeuten. De gegevens van deze twee eerstelijns disciplines hebben slechts een geringe overlap en gaan daarom in feite over twee verschillende populaties van patiënten. De resultaten van de huisartsen en de fysiotherapeuten kunnen daarom niet één op één worden gecombineerd om conclusies te trekken over het zorgtraject dat de patiënt aflegt van de huisarts naar de fysiotherapeut en andersom.

Reden voorschrijven onbekend

Bij de voorgeschreven medicatie staat in de meeste gevallen niet aangegeven waarvoor de medicatie is voorgeschreven. Om toch een beeld hiervan te krijgen is er gekeken of er een contact was voor klachten vanuit de lage rug op de dag waarop een van de vormen van medicatie van interesse werd voorgeschreven. Dit geeft mogelijk een overschatting van het aantal voorschriften van pijnmedicatie voor klachten vanuit de lage rug. Deze overschatting is waarschijnlijk groter voor de antidepressiva/anti-epileptica en benzodiazepines dan voor de pijnmedicatie. Dit omdat de onderzochte geneesmiddelen niet exclusief worden voorgeschreven bij klachten vanuit de lage rug. Het kan daarom zijn dat een patiënt op dezelfde dag de huisarts bezoekt voor een andere aandoening waarvoor de medicatie wordt voorgeschreven of dat patiënten de medicatie al langer gebruiken voor een andere aandoening en er op de dag van het bezoek aan de huisarts een herhaalrecept wordt uitgeschreven. Deze mogelijke overschatting is over de jaren heen vergelijkbaar waardoor de trends wel valide zijn.

5.3 Dossieronderzoek Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen

Representativiteit van de bestudeerde dossiers

In ieder van de 16 praktijken van het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen is een aselechte steekproef van 25 patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling en 25 patiënten met uitstraling getrokken. Daarmee is de selectie van patiënten weliswaar representatief voor deze praktijken, maar is de samenstelling van de onderzoekspopulatie niet automatisch te vertalen naar alle andere huisartsenpraktijken in het land. De bevolkingsopbouw in termen van leeftijd, sociaaleconomische status, percentage migranten en dergelijke is elders in het land niet per se hetzelfde als in de regio Nijmegen en omstreken. Een ander punt is dat de steekproef als geheel qua aantal weliswaar een behoorlijke omvang heeft, maar op het moment dat voor bepaalde onderzoeksvragen naar subgroepen wordt gekeken (bijv. patiënten die binnen de eerste of naar de tweede lijn worden verwezen) worden de aantallen al snel klein en krijgen resultaten minder zeggingskracht. Een laatste

punt is dat er vanwege de korte doorlooptijd van het onderzoek voor gekozen is om in het dossieronderzoek niet naar patiënten met de (aspecifiekere) diagnosecode L02 ('rugklachten') te kijken, zoals wel kon worden gedaan bij de analyse van de reeds beschikbare huisartsendata uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Aangezien lage rugpijn door de duidelijke ICPC omschrijvingen bij L03 en L86 door huisartsen doorgaans goed gecodeerd wordt, geeft dossieronderzoek bij alleen L03 en L86 al een volledig genoeg beeld van de zorg bij de huisarts voor patiënten met klachten vanuit de lage rug.

Lokale verschillen in zorgaanbod

Voor een aantal onderzoeksvragen geldt dat de wijze waarop huisartsen bepaalde zorg verlenen afhankelijk is van hoe de zorg op lokaal/regionaal niveau is georganiseerd. Een voorbeeld is de aanwezigheid van een gespecialiseerd ziekenhuis met een regio-overstijgende functie. Voor het huidige onderzoek moet in dit verband de Sint Maartenskliniek in Nijmegen worden genoemd, een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in aandoeningen van het bewegingsapparaat. De aanwezigheid van zo'n kliniek kan invloed hebben gehad op de overwegingen van huisartsen in de betreffende regio om patiënten met rugklachten/-pijn te verwijzen voor verdere diagnostiek of behandeling. Hetzelfde geldt voor zorginnovaties die soms op regionaal niveau beschikbaar zijn, zoals in dit geval bijvoorbeeld teleconsultatie van een neuroloog bij lumboradiculair syndroom zoals een ziekenhuis in Nijmegen die aan huisartsen aanbiedt (<https://www.cwz.nl/zorgpartner/verwijzen-en-ketenzorg/teleconsultatie/>).

5.4 Opvallendste bevindingen

Iets meer vrouwen dan mannen bezoeken in Nederland de huisarts voor klachten vanuit de lage rug, de gemiddelde leeftijd van deze patiënten ligt tussen de 50 en 60 jaar. Het meest opvallende resultaat is dat er over de jaren heen in de zorg bij de huisarts en de fysiotherapeut voor patiënten met klachten vanuit de lage rug weinig is veranderd. De paar dingen die iets veranderen over de tijd of anderszins opvallen zijn er op het gebied van registraties van advies afvallen, medicatie, beeldvormende diagnostiek, verwijzingen en toegang tot de fysiotherapeut; deze worden hieronder verder toegelicht en bediscussieerd.

Registratie adviezen

Bij slechts een klein deel van de patiënten wordt geregistreerd dat er een advies is gegeven omtrent bijvoorbeeld afvallen of meer bewegen. Uit dit onderzoek kan echter niet opgemaakt worden of het advies ook niet gegeven is. Het kan zijn dat de huisarts het onderwerp wel bespreekt met de patiënt maar dit niet noteert of dat het eerder al voor een andere aandoening aan de orde is gekomen. Daarnaast was het met de verzamelde gegevens in het dossieronderzoek ook niet mogelijk om te zien of bijvoorbeeld een patiënt inderdaad overgewicht heeft en daarmee een advies over afvallen van toepassing is bij de specifieke patiënt.

Medicatie

Bij de medicatie is te zien dat het gebruik van opioïden onder patiënten met klachten vanuit de lage rug toeneemt. De stijging in het gebruik van opioïden is echter niet specifiek voor klachten vanuit de lage rug, voor alle indicaties van opioïden is in de afgelopen jaren het gebruik van opiaten toegenomen [Weesie 2016]. Deze trend lijkt in ieder geval in 2018, mogelijk door de aandacht in de media voor dit onderwerp, te stabiliseren. Of het gebruik van opioïden voor klachten vanuit de lage rug weer zal dalen moet in de komende jaren blijken. Een deel van de stijging van het gebruik van opioïden wordt mogelijk verklaard door de vergrijzing van de bevolking [Weesie 2016]. Daarnaast wordt het langdurig gebruik van NSAID's bij bepaalde groepen van patiënten afgeraden vanwege het negatieve effect op de nierfunctie en het risico op maagbloedingen; hierdoor wordt deze medicatie mogelijk soms

overgeslagen. In dit onderzoek is niet gekeken naar de volgorde waarin pijnstilling wordt voorgeschreven. Volgens de richtlijn zou er eerst gestart moeten worden met een lichte pijnstillers voordat men, bij niet voldoende pijnstilling, overgaat op een zwak en indien nodig sterk opiaat. Of de pijnstilling ook daadwerkelijk volgens dit stramien wordt voorgeschreven is nu niet uit de resultaten af te leiden.

Bij het gebruik van 'reguliere' pijnstilling zoals paracetamol en ibuprofen is er een lichte daling te zien in het aantal voorschriften over de tijd. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat deze medicatie niet meer of minder vaak wordt voorgeschreven omdat deze ook zonder recept verkrijgbaar is bij de drogist of apotheek. De daling die gezien wordt in voorschriften bij de huisarts betekent hier dus niet per definitie dat de medicatie ook minder wordt gebruikt voor klachten vanuit de lage rug. Gevolg van het feit dat deze medicatie vrij verkrijgbaar is, is dat er minder inzicht is in hoeveel patiënten met klachten vanuit de lage rug pijnstilling gebruiken en welk deel van de patiënten, voordat zij mogelijk een sterkere pijnstillers in de vorm van een opioïde krijgen voorgeschreven, een 'reguliere' pijnstillers heeft geprobeerd.

Beeldvorming

In het dossieronderzoek wordt bij 10-15% van de patiënten met klachten vanuit de lage rug beeldvormende diagnostiek aangevraagd. Volgens de NHG standaard 'Aspecifieke lage rugpijn' is lage rugpijn zonder aanwijzingen voor een specifieke oorzaak geen reden om beeldvormende diagnostiek te laten verrichten. Dit duidt mogelijk op overdiagnostiek. Beperking bij dit onderzoek is dat de gegevens over diagnose en diagnostiek cross-sectioneel zijn verkregen zonder rekening te houden met de volgorde van de verschillende handelingen. Het is heel goed mogelijk dat een patiënt bij de huisarts komt met pijn in de rug vanwege een val of dat de patiënt in het verleden bekend was met een maligniteit. Het kan dan zijn dat de huisarts beeldvormende diagnostiek aanvraagt om een botbreuk of metastase uit te sluiten voordat hij de definitieve diagnose in het dossier vermeld. In deze gevallen is de verwijzing voor beeldvormende diagnostiek terecht. Deze gedachtegang van de huisarts is niet uit de dossiers te halen. Ook van belang is te melden dat de beslissing om aanvullende diagnostiek te laten verrichten tot stand komt in dialoog met de patiënt. Bekend is ook dat patiënten soms zelf verzoeken om aanvullende diagnostiek te verrichten of dat huisartsen aanvullende diagnostiek aanvragen om een verwijzing naar de specialist te voorkomen wanneer de patiënt onterecht een verwijzing wil. Het feit dat patiënten uiteindelijk gediagnostiseerd zijn als *klachten vanuit de lage rug* en toch beeldvormende diagnostiek hebben ondergaan is daarmee niet per definitie het niet opvolgen van de NHG-standaard, maar het kan ook een weergave zijn van het traject waarlangs de huisarts de diagnose stelt of de uitkomst van het gesprek tussen patiënt en huisarts reflecteren. Om uit te zoeken welk deel van de beeldvormende diagnostiek mogelijk voorkomen kan worden, is verder onderzoek nodig.

Verwijzingen

Er is een stijging in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn over de tijd. Het uitzoeken van de redenen voor deze stijging viel buiten de scope van dit onderzoek. De stijging zou mogelijk verklaard kunnen worden door de vergrijzing van de populatie. Daarnaast zou het feit dat een deel van de patiënten zorg mijdt of klachten langer aankijkt voordat zij naar de huisarts gaan [Esch 2015]. Hierdoor kunnen klachten verder gevorderd zijn en een verwijzing naar de specialist eerder geïndiceerd. Dit zou mogelijk de stijging in verwijzingen kunnen verklaren. Of dit de stijging in het aantal verwijzingen verklaart moet blijken uit verder onderzoek.

Toegang tot fysiotherapeut

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat steeds meer patiënten met lage rugpijn via directe toegang naar de fysiotherapeut gaan. Een deel van de patiënten heeft hiervoor het advies gehad van de huisarts – door de mogelijkheid van directe toegang is een verwijzing ook bij contact met de huisarts niet noodzakelijk – een deel van de patiënten bezoekt de fysiotherapeut zonder eerst een bezoek gebracht te hebben aan de huisarts. Het aantal patiënten dat over de tijd de huisarts bezoekt voor klachten vanuit de lage rug lijkt echter niet af te nemen. Dit kan twee dingen betekenen. Ten eerste er komen steeds meer patiënten met klachten vanuit de lage rug. Ten tweede patiënten die uit eigen beweging eerst de fysiotherapeut bezoeken komen daarna alsnog terecht bij de huisarts met hun klachten omdat de behandeling bij de fysiotherapeut onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. In het eerste scenario is het mogelijk dat het aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug gestegen is maar dat dit, doordat een deel van de patiënten alleen de fysiotherapeut bezoekt, niet zichtbaar is in gegevens van de huisarts. Wanneer het tweede scenario juist is zijn er niet meer patiënten met klachten vanuit de lage rug maar gaat een deel van de patiënten via de fysiotherapeut naar de huisarts in plaats van direct. Met de gebruikte data voor dit onderzoek is het niet mogelijk om te achterhalen welke van de twee scenario's de juiste is.

5.5 Verder onderzoek

Dit onderzoek geeft een globaal inzicht in de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de eerste lijn. De antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen door het Zorginstituut roepen in een aantal gevallen, daar waar de zorg over de tijd lijkt te veranderen, nieuwe vragen op die in vervolgonderzoek beantwoord kunnen worden. De gestelde vragen in dit onderzoek zijn overwegend kwantitatief en cross-sectioneel beantwoord. Om voor de, in de vorige paragraaf besproken, meest opvallende bevindingen meer duidelijkheid te krijgen is het nodig om nader onderzoek te doen. Bijvoorbeeld naar de volgorde van bepaalde gebeurtenissen, zoals de volgorde van voorschrijven van medicatie. Of om het onderzoek meer kwalitatief te benaderen zoals in het geval van de aangevraagde beeldvormende diagnostiek. Met deze verdere verdieping is het mogelijk om met meer zekerheid te zeggen of er wel of niet zinnige zorg geleverd wordt door huisartsen aan patiënten met klachten vanuit de lage rug.

Literatuur

- Dool J van den, Schermer T. Zorg door de fysiotherapeut. Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2013-2017. Utrecht Nivel 2018.
- Esch T van, Brabers A, Dijk C van, Groenewegen P, Jong J de. Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Utrecht Nivel 2015.
- Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates form the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2014;73:968-974.
- Meijer W, Verberne L, Weesie Y, Davids R, Winckers M, Korteweg L, Leeuw E de, Urbanus T, Schermer T, Nielen M, Hek K. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018. Utrecht Nivel 2019.
- Nielen MMJ, Spronk I, Davids R, Korevaar JC, Poos R, Hoeymans N, Opstelten W, van der Sande MAB, Biermans MCJ, Schellevis FG, Verheij RA. Estimating morbidity rates based on routine electronic health records in primary care: observational study. *JMIR Medical informatics*. 2019;7:e11929.
- Nivel Zorgregistraties. Geraadpleegd in juli 2019 via <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2017. Geraadpleegd in juli 2019 via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/nek-en-rugklachten>
- RIVM Kosten van ziekten database, 2013. Geraadpleegd in juli 2019 via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/nek-en-rugklachten>
- Weesie Y, Dijk L van, Nielen M, Flinterman L, Hek K. Voorschrijven van opioïden in de huisartsenpraktijk. Utrecht Nivel 2016.
- WONCA. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford Oxford University Press 1987.
- ZINL Zorginstituut Nederland. Screeningsfase Systematische Analyse Ziekten van het zenuwstelsel. Zinnige Zorg | ICD-10:VI(G00-G99). Diemen, 2018.

Bijlage A Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee databronnen: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en dossieronderzoek binnen huisartsenpraktijken van het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen. Hieronder worden eerst kort deze twee databronnen toegelicht, vervolgens wordt per onderzoeksvraag kort de methode van onderzoek beschreven.

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is een database met gegevens die routinematig worden verzameld bij verschillende eerstelijns disciplines, waaronder ruim 500 huisartsenpraktijken met ruim 1.5 miljoen ingeschreven patiënten, 124 fysiotherapiepraktijken met ruim 20.000 patiënten en 170 oefentherapie praktijken met ruim 8.000 patiënten. Van ruim 100 deelnemende huisartsenpraktijken zijn ook gegevens beschikbaar van verwijzingen naar de tweede lijn via Zorgdomein. De gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn zijn representatief voor de Nederlandse patiënten- en huisartsenpopulatie (Nivel Zorgregistraties). De praktijken zijn verspreid over het land.

Voor dit onderzoek zijn de volgende gegevens uit deze database gebruikt:

- Sociaal demografische kenmerken.
- Contactgegevens: de huisarts en fysio- en oefentherapeut geven per contact aan wat voor type contact er is geweest met de patiënt.
- Diagnosegegevens: de huisarts en fysio- en oefentherapeut geven per contact aan voor welke klacht/aandoening de patiënt contact heeft gehad. Dit gebeurt middels een ICPC-code bij de huisarts en middels een DCSPH-code bij de fysio- en oefentherapeut.
- Voorschrijfgegevens: alle door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen op receptniveau gecodeerd volgens de ATC-codering (Anatomical Therapeutic Chemical codering) voorzien van de datum van voorschrijven.
- Verwijsgegevens: van huisartsen die verwijzen via het systeem van Zorgdomein is bekend wanneer patiënten verwezen zijn, naar welke specialist in de tweede lijn en voor welke aandoening een patiënt is verwezen.

Voor dit onderzoek worden uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn gegevens gebruikt uit de periode 2013-2018. Voor de verwijsgegevens wordt gebruik gemaakt van gegevens van 2015-2018. Deze gegevens zijn voor de periode 2013-2014 niet beschikbaar in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Dossieronderzoek Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk

De onderzoeksvragen die niet op basis van analyse van de data uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn beantwoord konden worden zijn onderzocht in het Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen van de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc (<https://www.radboudumc.nl/afdelingen/eerstelijnsgeneeskunde/wat-doen-wij/onze-netwerken/ahn>). De 16 praktijken in dit netwerk (zowel praktijken op het platteland als in stedelijke gebieden, met in totaal circa 80 huisartsen) registreren al ruim 25 jaar nauwkeurig gegevens in hun Huisarts Informatie Systeem. Het netwerk staat bekend als een zorgvuldig registrerend netwerk bestaande uit “gewone”, representatieve huisartsen. Patiënten zijn geïnformeerd dat gegevens uit de elektronische patiëntendossiers worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Patiënten die hiertegen bezwaar hebben gemaakt (zeer kleine aantallen) worden niet meegenomen in de analyse. Voor het onderhavige onderzoek selecteerde de databasebeheerder van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk eerst per praktijk alle patiënten met een nieuwe of bestaande episode lage

rugpijn zonder uitstraling (ICPC-code L03) of lage rugpijn met uitstraling (L86) in de jaren 2017 en 2018. Vervolgens werd uit iedere praktijklijst aselekt een gestratificeerde steekproef van 50 patiënten van 16 jaar of ouder getrokken (16 x 50 = 800 dossiers in totaal), de helft met lage rugpijn met en de andere helft met lage rugpijn zonder uitstraling. Alle praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk samen hadden in de betreffende jaren in totaal 5255 patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) en 2442 patiënten met lage rugpijn met uitstraling (L86) geregistreerd. Om op gestandaardiseerde wijze gegevens uit de betreffende patiëntendossiers te verzamelen, werd op basis van de onderzoeksvragen een dataextractieformulier opgesteld (zie bijlage C). Een in dossieronderzoek getrainde student-assistent geneeskunde bezocht vervolgens de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk om handmatig de gegevensextractie uit te voeren.

Aanpak onderzoeksvraag 1

Wat zijn de kenmerken van patiënten die de huisarts consulteren voor klachten vanuit de lage rug?

Bestanden maken met patiënten met klachten vanuit de lage rug

Per jaar (periode 2013-2018) werd er een bestand gemaakt met alle patiënten die in dat jaar bekend waren met klachten vanuit de lage rug. Hiervoor werden per jaar huisartspraktijken geselecteerd die minimaal 46 weken data hebben aangeleverd en voor dat jaar zijn goedgekeurd voor het gebruik voor dataonderzoek. Uit deze praktijken werden patiënten geselecteerd die in het jaar van interesse en de twee jaren voorafgaand waren ingeschreven bij de praktijk. Bijvoorbeeld: voor patiënten in het jaar 2014 werd gekeken of zij ook bekend waren bij de huisarts in 2013 en 2012. Dit om per jaar vast te kunnen stellen of de klachten aan de lage rug in voorgaande jaren waren ontstaan en om te kunnen bepalen of een patiënt voor het eerst bekend is met klachten van de lage rug. Van deze geselecteerde patiënten per kalenderjaar werden de patiënten die bekend waren met klachten van de lage rug geselecteerd. Hiervoor werd gekeken of er een contact of voorschrift bekend was voor deze patiënt voor de ICPC-codes L02, L03 en/of L86. Deze codes werden volledig meegenomen inclusief sub-codes. Hiermee werden 6 cohorten(bestanden) gevormd van patiënten in de periode 2013-2018, één cohort per kalenderjaar. Deze cohorten werden naast vraag 1 ook gebruikt voor vraag 7, vraag 8 en vraag 9.

Patiëntkenmerken

Voor vraag 1 werd per cohort per jaar het percentage vrouwen, de gemiddelde leeftijd en standaard deviatie, het percentage patiënten met nieuwe en recidiverende klachten van de lage rug en de gemiddelde duur plus standaard deviatie van een zorgtraject bij de huisarts berekend. Een nieuwe klacht werd gedefinieerd als een contact voor klachten van de lage rug (met ICPC-code L02, L03 of L86) waarbij in de twee jaar voorafgaande aan dit contact geen contacten bekend waren voor dezelfde klacht. Recidiverende klachten zijn contacten voor de lage rug die voor L02 en L03 meer dan 16 weken na een voorgaand contact voor lage rugpijn plaats vonden. Voor L86 werd een periode van een jaar gehanteerd. De duur van het zorgtraject werd berekend aan de hand van de contacten met de huisarts voor de specifieke ICPC-code. Hierbij werd er voor L02 en L03 vanuit gegaan dat een zorgtraject werd afgesloten wanneer een patiënt gedurende 16 weken geen contact had met de huisarts voor deze ICPC-codes. Voor L86 werd het zorgtraject afgesloten wanneer er een jaar geen contact voor L86 geregistreerd werd (Nielen 2019).

Bij het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk werd de duur van het zorgtraject bepaald door het verschil in dagen te nemen tussen de datum van het eerste en het laatste contact in de onderzochte episode lage rugpijn (item 8 en 9 in het formulier in bijlage C). Indien er maar één contact had plaatsgevonden werd de duur op 1 dag gesteld. Of het bij de bestudeerde episode lage rugpijn om een eerste keer of om een recidief ging werd bepaald door in het dossier terug te kijken of er eerdere episodes met of behandelingen voor rugklachten waren geweest (item 24 in bijlage C).

Alle patiëntkenmerken, ook voor de overige vragen waarvoor gebruik wordt gemaakt van de huisartsgegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, worden apart weergegeven voor patiënten met L02, L03 en L86 en voor de totale groep van patiënten. De kenmerken van de patiënten van wie de dossiers in het dossieronderzoek in het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk zijn bestudeerd worden bij de kenmerken van de patiënten uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn weergegeven (zie tabel 1).

Aanpak onderzoeksvraag 2

Bij welk percentage van de patiënten wordt lichamelijk onderzoek gedaan tijdens het eerste consult bij de huisarts?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken of er in het dossier bevindingen uit lichamelijk onderzoek waren genoteerd (item 13 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 3

Welk percentage van de patiënten krijgt van de huisarts een advies?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken of er in het dossier van de huisarts advies met betrekking tot afvallen, bewegen, handelen bij verergering van klachten/alarmsymptomen of gebruik van zelfmedicatie (paracetamol, NSAIDs) was geregistreerd, of dat geregistreerd was dat informatie over rugklachten/-pijn was meegegeven (item 16 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 4

Bij welk percentage van de patiënten wordt beeldvormende diagnostiek door de huisarts aangevraagd?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken of er in het dossier een aanvraag voor (beeldvormende) diagnostiek was geregistreerd (item 14 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 5

Welk percentage van de patiënten wordt voor beeldvormend onderzoek verwezen naar een ziekenhuis en welk percentage naar een zelfstandige (poli)kliniek?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken waar eventuele (beeldvormende) diagnostiek heeft plaatsgevonden (item 15 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 6

Bij welk percentage van de patiënten wordt medicamenteuze behandeling door de huisarts geadviseerd?

Zie de beschrijving onder 'Aanpak onderzoeksvraag 3'.

Aanpak onderzoeksvraag 7

Bij welk percentage van de patiënten schrijft de huisarts opioïden en/of benzodiazepinen voor?

Selecteren medicatievoorschriften

Van de patiënten uit de cohorten gemaakt voor vraag 1 werden alle voorschriften voor pijnmedicatie met de ATC-codes M01AB05, M01AE02, M01AE01, N02BE01, N02AA59, N02BE51, N02AX02, N02AX52, N02AX06, N02AA01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03, N02AE01, N05BA, N05CD, N05CF, N03AX16, N03AX12, N03AX21, N06AA09, N06AA10 geselecteerd wanneer zij voorgeschreven waren voor de ICPC-codes L02, L03 of L86 (zie ook tabel A1). Wanneer er geen ICPC-code vermeld werd bij het voorschrift van een van deze ATC-codes (47% van de voorschriften) werd gekeken of er op dezelfde dag ook een contact was voor L02, L03 of L86. Hierbij werden consulten, visites, telefonische consulten en e-contacten meegenomen als contact (CTG-codes 12000, 12001, 12002, 12003, 12004, 12007).

Berekenen percentages

Per ATC-code groep werd het percentage patiënten uit de cohorten van vraag 1 berekend die de medicatie gebruikten per ICPC-code en voor de drie ICPC-codes tezamen. Dit werd gedaan voor de jaren 2013-2018.

Tabel A1: ATC-codes voor beantwoording vraag 7

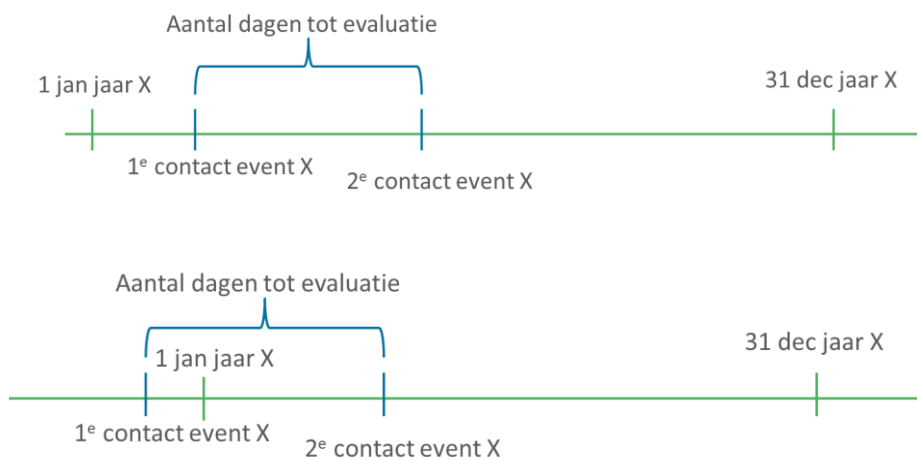
Geneesmiddelen	
Pijnstillers	
M01AB05	Diclofenac
M01AE02	Naproxen
M01AE01	Ibuprofen
N02BE01	Paracetamol
Zwakwerkende opioïden	
N02AA59	Combinatie codeïne paracetamol
N02BE51	Combinatie codeïne paracetamol
N02AX02	Tramadol
N02AX52	Combinatie codeïne paracetamol
Sterkwerkende opioïden	
N02AX06	Tapentadol
N02AA01	Morfine
N02AB03	Fentanyl
N02AA05	Oxycodon
N02AA55	Combinatie oxycodon en naloxon
N02AA03	Hydromorfon
N02AE01	Buprenorfine
Benzodiazepines	
N05BA	Benzodiazepine derivaten
N05CD	Benzodiazepine derivaten
N05CF	Benzodiazepine gerelateerde medicatie
Antidepressiva en anti-epileptica	
N03AX16	Pregabaline
N03AX12	Gabapentine
N06AX21	Duloxetine
N06AA09	Amitriptyline
N06AA10	Nortriptyline

Aanpak onderzoeksvraag 8

Na hoeveel dagen worden de klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd?

Voor het hele cohort en per onderzochte ICPC code per cohort werden per jaar de contacten van de patiënten in het cohort van het jaar zelf en het jaar ervoor geselecteerd. Hierbij werd per patiënt bepaald of er na een eerste contact voor lage rugpijn ook een tweede contact was voor lage rugpijn binnen dezelfde episode. Hierbij werd een contact gedefinieerd als een consult, visite, telefonisch consult of e-contact (CTG-codes 12000, 12001, 12002, 12003, 12004, 12007). De duur in dagen tussen dit eerste en tweede contact is het aantal dagen tot evaluatie van de klachten. De episodens van lage rugpijn werden op eenzelfde manier berekend als in vraag 1. Per jaar werden de episodens meegenomen die startten in het jaar van interesse en eindigden in het jaar van interesse en de episodens die startten in het voorgaande jaar en eindigden in het jaar van interesse (figuur A1). Voor het jaar 2013 werd hier dus gebruik gemaakt van gegevens van 2012 en 2013. Hierdoor was het mogelijk om voor alle jaren het aantal dagen tot evaluatie op dezelfde manier te berekenen.

Figuur A1: Berekening aantal dagen tot evaluatie per jaar



Per jaar werd bekeken welk percentage patiënten een evaluatie van de klachten bij de huisarts hadden en op welke manier deze evaluatie plaatsvond (consult, visite, telefonisch of e-contact) en wat de duur tot evaluatie was per type contact.

Aanpak onderzoeksvraag 9

Hoe vaak worden gedurende drie maanden na het eerste consult de klachten door de huisarts en de patiënt geëvalueerd?

Per cohort werden alle episodens van lage rugpijn meegenomen die startten in het jaar van interesse. In de drie maanden na de startdatum van de episode werd gekeken hoe vaak er een evaluatie was van de klachten bij de huisarts. Hierbij werden dezelfde CTG-codes meegenomen als in vraag 8. Wanneer een episode startte in de laatste 3 maanden van het jaar werd de periode tot 3 maanden uit het volgende jaar meegenomen in de analyse. Dit kon voor alle jaren met uitzondering van 2018 omdat de gegevens voor het jaar 2019 nog niet bekend zijn. Voor 2018 werden daarom alle episodens t/m 30 september 2018 meegenomen zodat er voor alle patiënten nog 3 maanden beschikbaar was om te zien hoeveel evaluaties er waren in die tijd. Voor deze vraag werd voor de totale groep en apart voor de drie ICPC-codes berekend welk percentage van de episodens niet werd geëvalueerd, wanneer er wel werd geëvalueerd en werd berekend welk percentage van de episodens één, twee of drie of meer evaluaties had.

Aanpak onderzoeksvraag 10

Bij welk percentage van de patiënten is vastgelegd wie de coördinatie van de zorg op zich neemt?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken of in het dossier was geregistreerd welke professional de coördinatie van de zorg op zich nam (item 17 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 11

Welk percentage patiënten wordt aangeraden naar een psycholoog, fysio- en/of oefentherapeut te gaan?

Voor het beantwoorden van deze vraag werd er binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn gebruik gemaakt van de gegevens die verzameld worden bij fysio- en oefentherapeuten. Per jaar werd voor de patiënten die bij een fysio- of oefentherapeut behandeld werden voor een van de DCSPH-codes uit tabel A2 berekend welk percentage via een verwijzing van de huisarts, specialist of via directe toegang voor behandeling van lage rugpijn bij de fysio- of oefentherapeut terecht kwamen.

DCSPH-code	Omschrijving
2405	Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen): Wervelkolom
2408	Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen): Postoperatieve contractuur / atrofie
2409	Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen): Overige chirurgie van het bewegingsapparaat
2411	Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen): Afwijkingen wervelkolom / bekken
2475	Regio lumbalis (oppervlakkige weke delen): HNP met radiculair syndroom
3305	Thoraco-lumbale wervelkolom: Wervelkolom
3308	Thoraco-lumbale wervelkolom: Postoperatieve contractuur / atrofie
3309	Thoraco-lumbale wervelkolom: Overige chirurgie van het bewegingsapparaat
3311	Thoraco-lumbale wervelkolom: Afwijkingen wervelkolom / bekken
3326	Thoraco-lumbale wervelkolom: Spier-, pees en fascie aandoeningen
3375	Thoraco-lumbale wervelkolom: HNP met radiculair syndroom
3405	Lumbale wervelkolom: Wervelkolom
3405	Lumbale wervelkolom: Wervelkolom
3408	Lumbale wervelkolom: Postoperatieve contractuur / atrofie
3409	Lumbale wervelkolom: Overige chirurgie van het bewegingsapparaat
3411	Lumbale wervelkolom: Afwijkingen wervelkolom / bekken
3422	Lumbale wervelkolom: Chondropathie / arthropathie, meniscuslaes
3423	Lumbale wervelkolom: Arthrose
3426	Lumbale wervelkolom: Spier-, pees en fascie aandoeningen
3427	Lumbale wervelkolom: Discusdegeneratie, coccygodynie / HNP
3475	Lumbale wervelkolom: HNP met radiculair syndroom
3505	Lumbo-sacrale wervelkolom: Wervelkolom
3508	Lumbo-sacrale wervelkolom: Postoperatieve contractuur / atrofie
3509	Lumbo-sacrale wervelkolom: Overige chirurgie van het bewegingsapparaat
3511	Lumbo-sacrale wervelkolom: Afwijkingen wervelkolom / bekken
3522	Lumbo-sacrale wervelkolom: Chondropathie / arthropathie, meniscuslaesie
3526	Lumbo-sacrale wervelkolom: Spier-, pees en fascie aandoeningen
3527	Lumbo-sacrale wervelkolom: Discusdegeneratie, coccygodynie / HNP
3575	Lumbo-sacrale wervelkolom: HNP met radiculair syndroom
3905	Gecombineerd/totale wervelkolom: Wervelkolom
3908	Gecombineerd/totale wervelkolom: Postoperatieve contractuur / atrofie
3909	Gecombineerd/totale wervelkolom: Overige chirurgie van het bewegingsapparaat

DCSPH-code	Omschrijving
3911	Gecombineerd/totale wervelkolom: Afwijkingen wervelkolom / bekken
3926	Gecombineerd/totale wervelkolom : Spier-, pees en fascie aandoeningen
3975	Gecombineerd/totale wervelkolom: HNP met radiculair syndroom
6026	Bekkenregio (inclusief gluteaalstreek): Spier-, pees en fascie aandoeningen
6375	Bovenbeenregio (inclusief weke delen): HNP met radiculair syndroom
7175	Onderbeenregio: HNP met radiculair syndroom
7975	Gecombineerd Knie, onderbeen, voet: HNP met radiculair syndroom
9075	Een lichaamszijde : HNP met radiculair syndroom
9275	Onderste lichaamshelft : HNP met radiculair syndroom
9375	Gegeneraliseerd : HNP met radiculair syndroom
9475	Meer locaties : HNP met radiculair syndroom

Voor het beantwoorden van deze vraag is tevens in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken of in het dossier was geregistreerd of de patiënt is verwezen of advies kreeg om naar een psycholoog, fysiotherapeut, oefentherapeut, manueel therapeut/chiropractor of diëtist te gaan (item 18 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 12

Wat zijn de kenmerken van patiënten die door de huisarts worden verwezen naar een fysio- of oefentherapeut?

Voor het beantwoorden van deze vraag werden binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn de kenmerken van patiënten die bij de fysiotherapeut gekomen zijn via een verwijzing van de huisarts of directe toegang vergeleken met de kenmerken van de patiënten die bij de huisarts bekend zijn met klachten vanuit de lage rug. Hiervoor werden dezelfde kenmerken gebruikt als voor vraag 1. Daarnaast werd de duur van de klachten voor de start van de behandeling van de fysiotherapeut uitgesplitst in de categorieën 0-2 dagen, 3-7 dagen, 8-30 dagen, 31-90 dagen, 91-180 dagen, 181-365 dagen, 366-730 dagen en meer dan 730 dagen.

Tevens is in de gegevens uit het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken naar eventuele verschillen in kenmerken tussen patiënten die wel respectievelijk niet verwezen werden naar een fysio- of oefentherapeut.

Aanpak onderzoeksvraag 13

Welk percentage patiënten wordt verwezen naar de tweede lijn?

Voor het beantwoorden van deze vraag is er gebruik gemaakt van de gegevens van de verwijzingen middels Zorgdomein uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Gegevens van verwijzingen uit de periode 2015-2018 werden gekoppeld aan de cohorten uit dezelfde jaren van vraag 1. Per vorm van klachten vanuit de lage rug werd bekeken welk percentage van de patiënten verwezen was naar de tweede lijn voor dezelfde vorm van lage rugpijn. Wanneer bij de verwijzing de reden voor verwijzing niet werd aangegeven (20% van de verwijzingen) werd er gekeken of de verwijzing plaats vond op een dag waarop er ook een contact was met de huisarts voor lage rugpijn.

Aanvullend hierop is in de gegevens uit het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken naar verwijzingen naar de tweede lijn (item 19 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 14

Naar welke specialisten in de tweede lijn worden patiënten verwezen?

Voor de patiënten die een verwijzing hadden in vraag 13 werd gekeken naar welk specialisme ze waren verwezen. Dit werd uitgesplitst in percentages naar de neuroloog, orthopeed, anesthesist, revalidatiearts en overige specialismen.

Aanvullend hierop is in de gegevens uit het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken naar verwijzingen naar de tweede lijn (item 19 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 15

Wat zijn de kenmerken van patiënten die worden verwezen naar de tweede lijn?

Voor de patiënten met een verwijzing uit vraag 13 werden dezelfde kenmerken bekeken als in vraag 1, apart voor de totale groep en voor patiënten met een verwijzing.

Aanvullend hierop is in de gegevens uit het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk gekeken naar eventuele verschillen in kenmerken tussen patiënten die wel respectievelijk niet verwezen werden naar de tweede lijn.

Aanpak onderzoeksvraag 16

Bij welk percentage van de patiënten krijgt de huisarts bericht van de specialist uit de tweede lijn?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk bij patiënten met lage rugpijn die verwezen zijn naar de tweede lijn gekeken naar de aanwezigheid en inhoud van een eventuele brief van de specialist aan de huisarts (item 20 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 17

Bij welk percentage van de brieven van de specialist aan de huisarts staat informatie over de diagnose en het vervolg

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk bij patiënten met lage rugpijn die verwezen zijn naar de tweede lijn gekeken naar de inhoud van een eventuele brief van de specialist aan de huisarts (item 21 in bijlage C).

Aanpak onderzoeksvraag 18

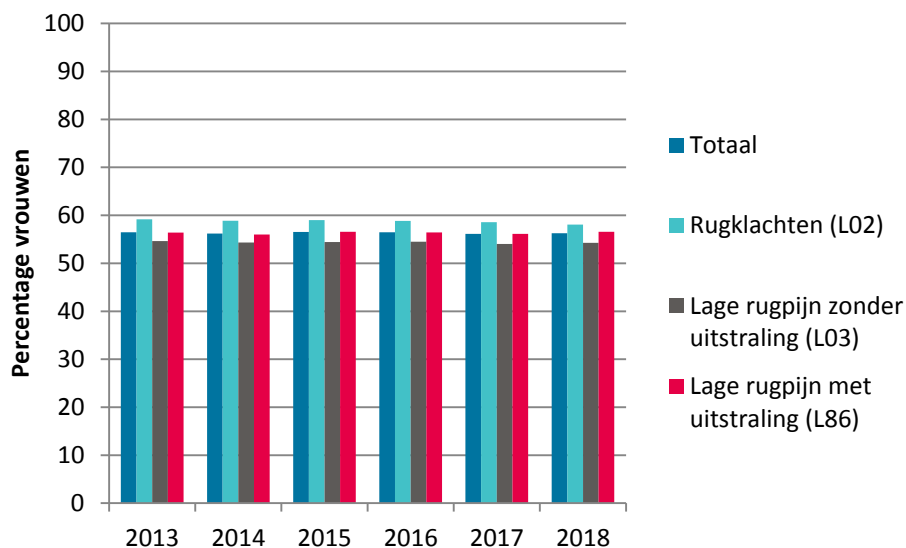
Bij welk percentage van de patiënten zijn de conclusies van de specialist uit de tweede lijn opgenomen in de registratie van de huisarts?

Voor het beantwoorden van deze vraag is in het dossieronderzoek in de praktijken van het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk bij patiënten met lage rugpijn die verwezen zijn naar de tweede lijn en bij wie een brief van de specialist aan de huisarts aanwezig was gekeken naar eventuele aanpassing van de diagnose en het overnemen van advies m.b.t. vervolgbeleid door de huisarts (items 22 en 23 in bijlage C).

Bijlage B Tabellen en figuren

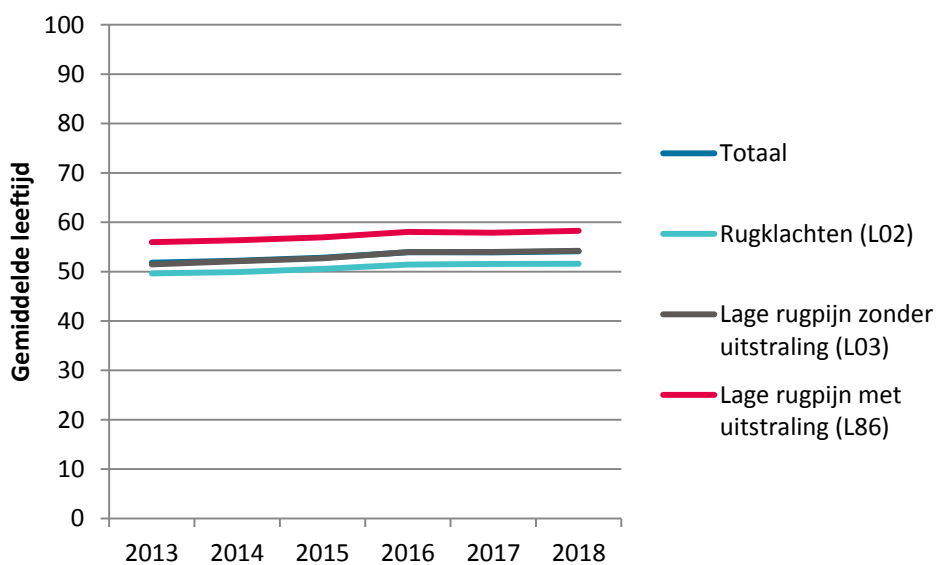
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B1. Percentage vrouwen over de jaren voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de periode 2013-2018



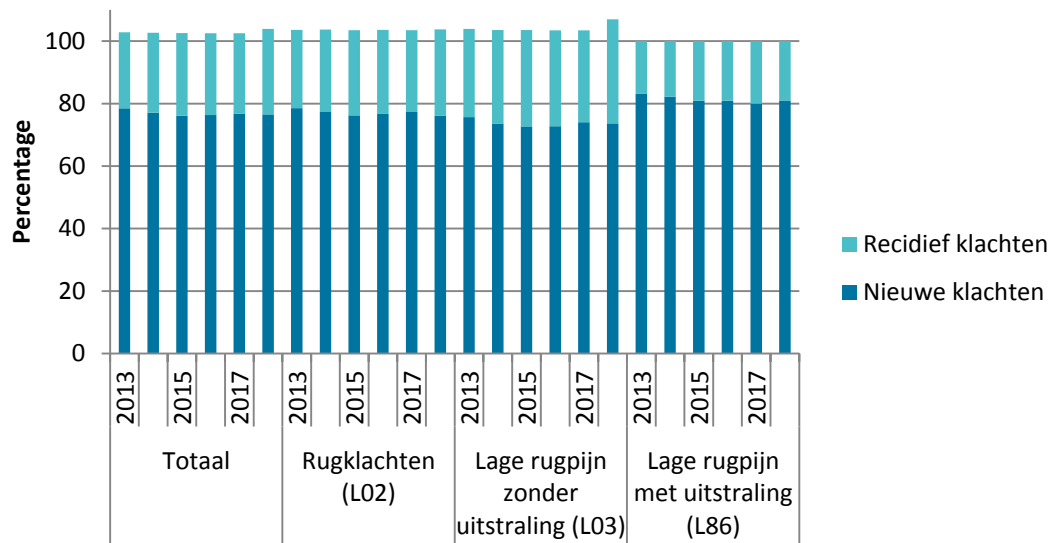
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B2. Gemiddelde leeftijd over de jaren voor klachten vanuit de lage rug in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

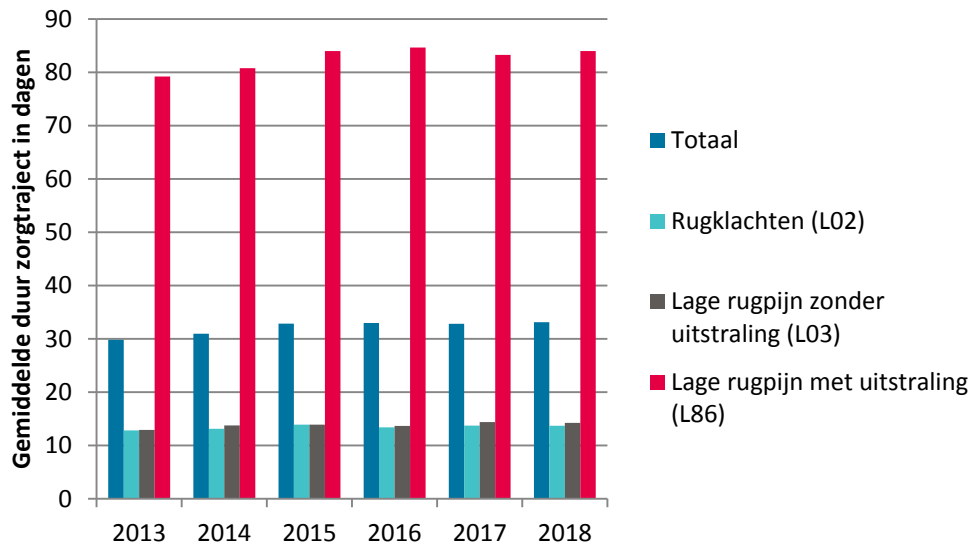
Figuur B3. Percentage van patiënten met een nieuwe of recidief klachten vanuit de lage rug in de periode 2013-2018*



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

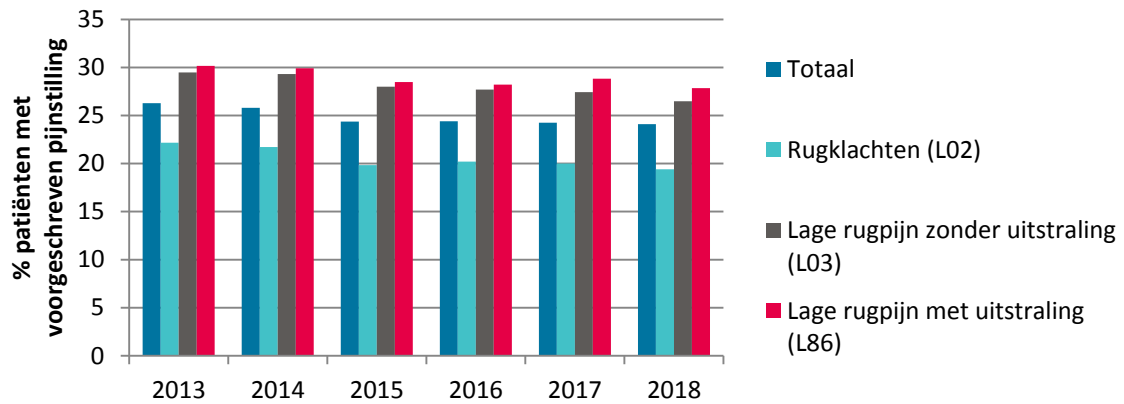
*Percentage kan oplopen tot meer dan 100% doordat patiënten in één jaar een nieuwe en recidief klacht kunnen hebben.

Figuur B4. Gemiddelde duur zorgtraject voor klachten vanuit de lage rug in dagen in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

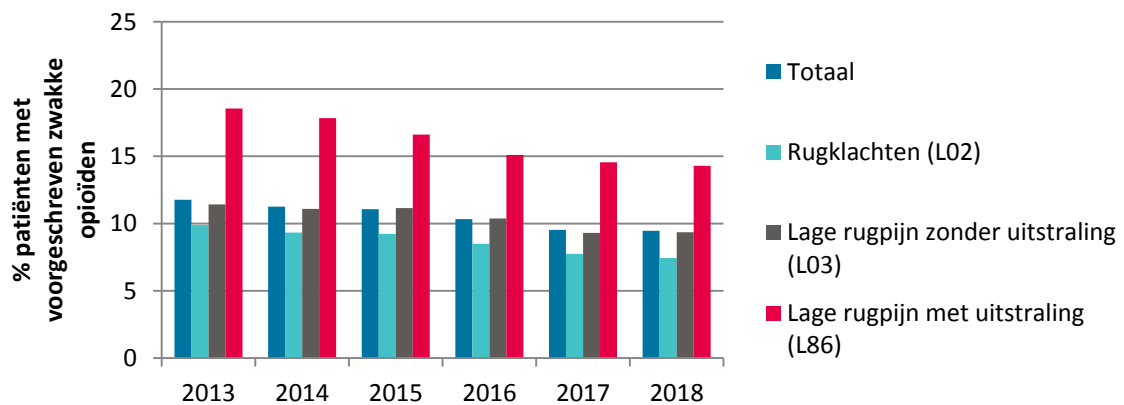
Figuur B5. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat pijnstilling* krijgt voorgeschreven, in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

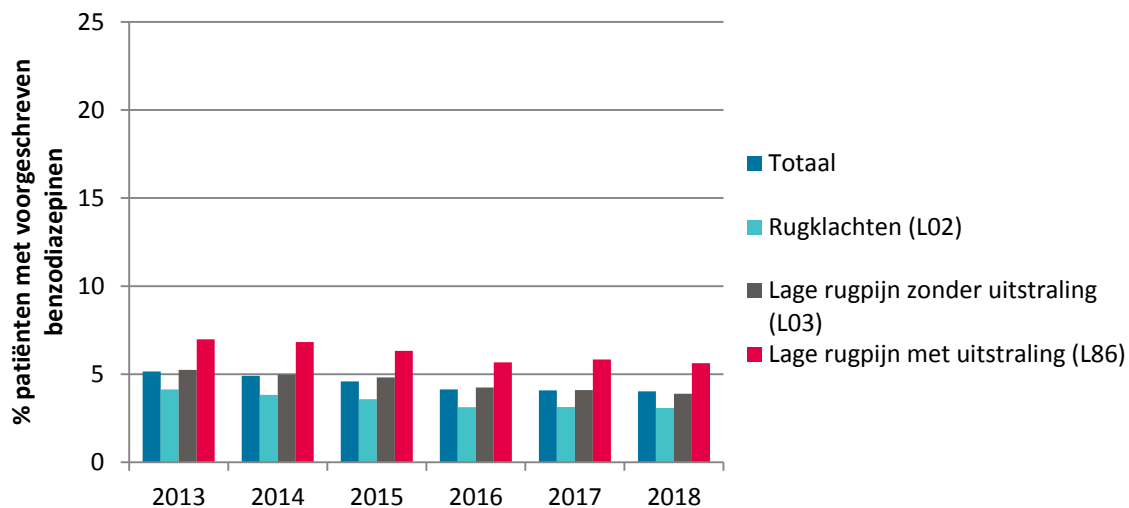
* Pijnstilling is in dit onderzoek, paracetamol, naproxen, diclofenac of ibuprofen

Figuur B6. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat zwakke opioïden krijgt voorgeschreven, in de periode 2013-2018



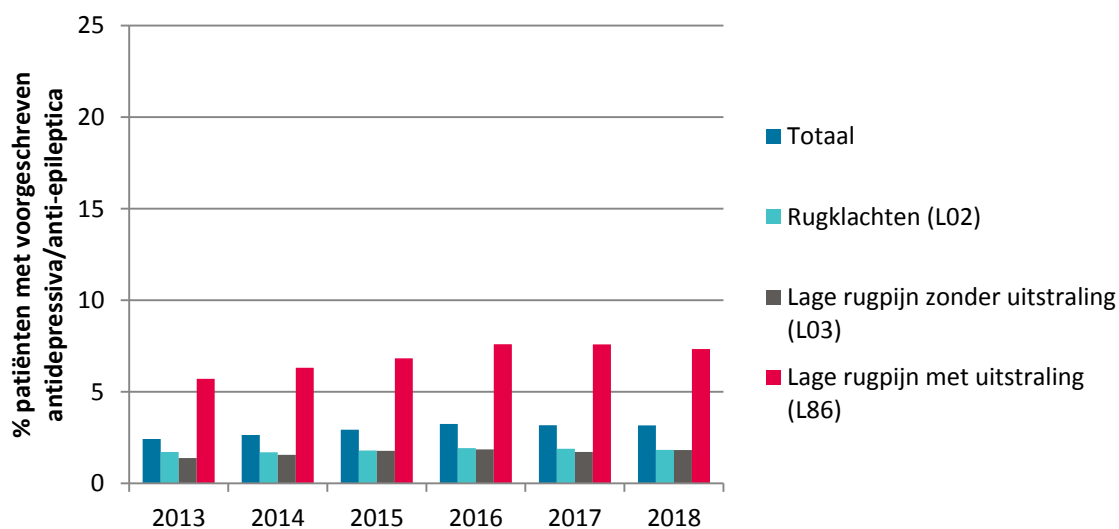
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B7. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat benzodiazepinen krijgt voorgeschreven, in de periode 2013-2018



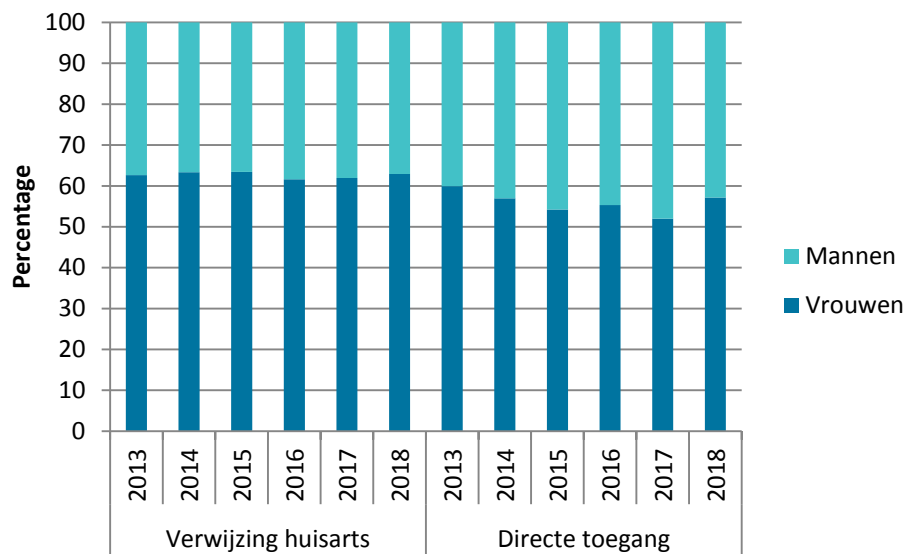
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B8. Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat antidepressiva en/of anti-epileptica krijgt voorgeschreven, in de periode 2013-2018



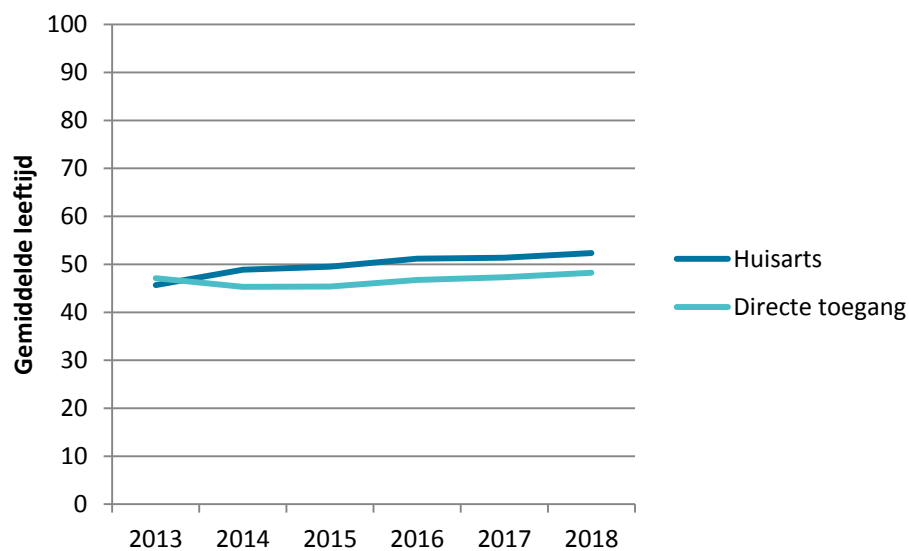
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B9. Geslachtsverdeling van patiënten die bij de fysiotherapeut onder behandeling zijn voor klachten vanuit de lage rug uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut in de periode 2013-2018



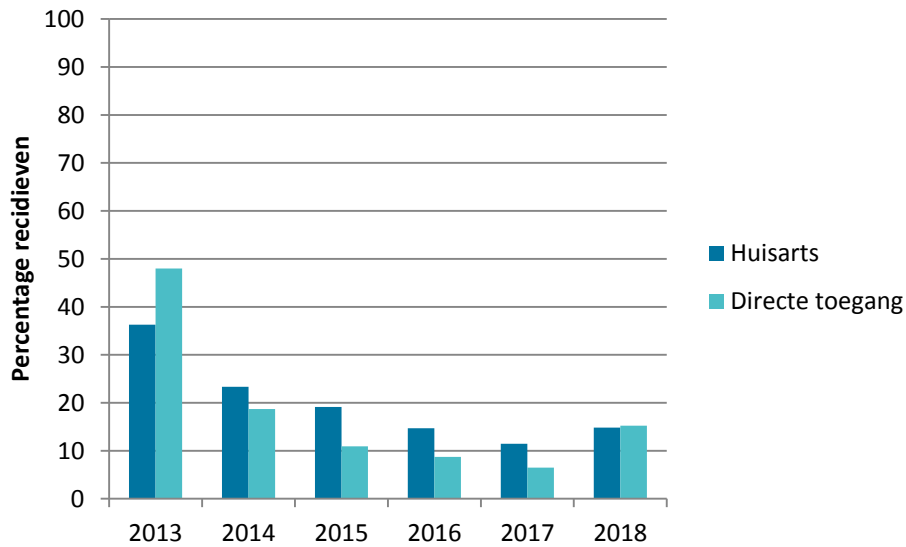
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B10. Gemiddelde leeftijd van patiënten die bij de fysiotherapeut onder behandeling zijn voor klachten vanuit de lage rug uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut in de periode 2013-2018



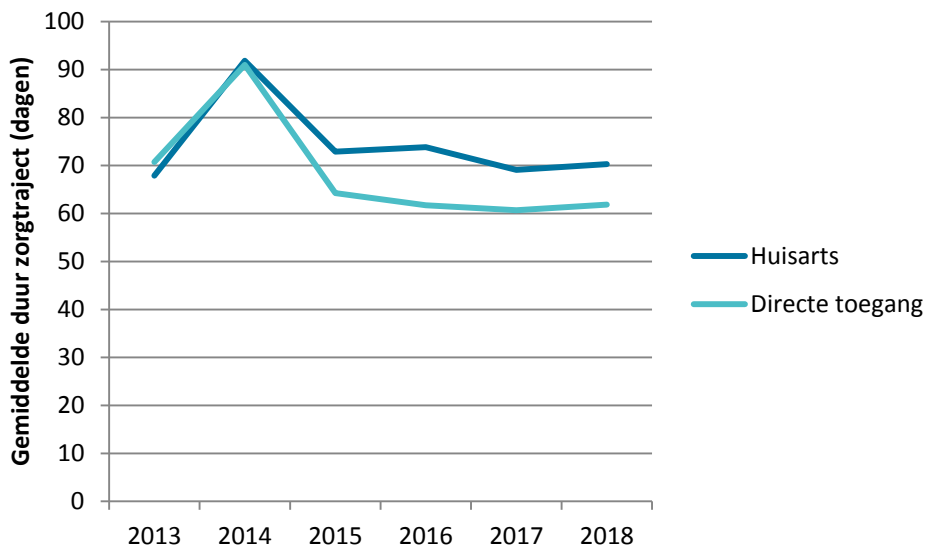
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B11. Percentage patiënten met recidief klachten vanuit de lage rug die bij de fysiotherapeut onder behandeling zijn voor klachten vanuit de lage rug uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut in de periode 2013-2018



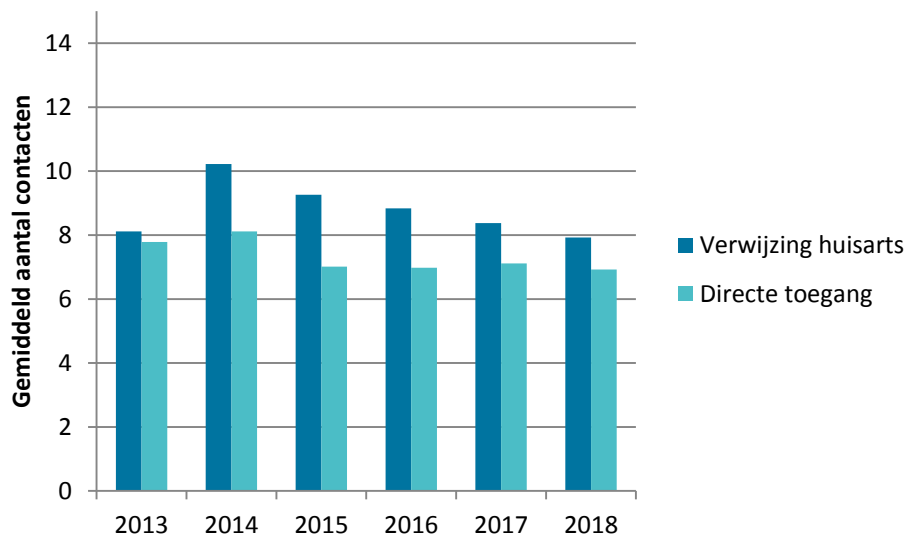
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B12. Gemiddelde duur behandeltraject van klachten vanuit de lage rug bij de fysiotherapeut uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Figuur B13. Gemiddeld aantal behandelingen door de fysiotherapeut voor klachten vanuit de lage rug uitgesplitst naar wijze van toegang tot de fysiotherapeut in de periode 2013-2018



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Tabel B15. Getallen bij figuur 8, verdeling over specialismen van patiënten met klachten vanuit de lage rug en een verwijzing naar de tweede lijn in de periode 2015-2018

Kenmerk	Jaar	Neuroloog	Orthopedisch chirurg	Anesthesioloog	Revalidatiearts	Overig
Totaal	2015	58,6%	19,1%	13,1%	3,0%	6,2%
	2016	56,5%	23,1%	11,1%	3,3%	6,0%
	2017	55,5%	19,5%	12,4%	3,1%	9,5%
	2018	52,7%	20,1%	15,1%	3,7%	8,4%
Rugklachten (L02)	2015	35,2%	30,5%	17,3%	5,3%	11,6%
	2016	37,0%	34,5%	11,9%	5,2%	11,4%
	2017	34,7%	29,8%	14,0%	4,0%	17,5%
	2018	33,7%	29,4%	14,0%	4,9%	18,0%
Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	2015	41,4%	29,0%	15,1%	4,3%	10,1%
	2016	40,3%	36,1%	9,9%	4,4%	9,3%
	2017	36,5%	29,8%	13,3%	4,7%	15,7%
	2018	39,1%	25,9%	20,4%	5,5%	9,1%
Lage rugpijn met uitstraling (L86)	2015	73,7%	11,2%	10,7%	1,7%	2,7%
	2016	71,6%	13,1%	11,1%	2,0%	2,3%
	2017	72,2%	11,0%	11,2%	2,0%	3,6%
	2018	70,4%	11,8%	13,8%	2,2%	1,7%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Bijlage C Extractieformulier dossieronderzoek Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk

Formulier data-extractie dossieronderzoek LRP-ZiN

Versie 05-08-2019

A. Algemeen

1. Code onderzoeker: _____
2. Datum uitvoering dossieronderzoek: _____ - _____ - 2019
3. Praktijknummer: _____
4. Patiëntnummer: _____
5. Geboortjaar: _____
6. Geslacht:
 - Vrouw Man
7. ICPC-code:
 - Lage ruggijn zonder uitstraling (L03)
 - Lage ruggijn met uitstraling (L86)
8. Datum eerste consult in geselecteerde episode: _____ - _____ - 201_____
9. Datum laatste consult in geselecteerde episode: _____ - _____ - 201_____

B. Klachten en rode vlaggen

10. Wat is de duur van de klachten ten tijde van het eerste consult?
 - _____ dagen / weken / maanden (doorhalen wat niet van toepassing is)
 - Niet geregistreerd
11. Heeft de patiënt bewegingsangst/angst om te bewegen?
 - Nee
 - Ja
 - Niet geregistreerd
12. Is er sprake van aanwezigheid van 'rode vlaggen'?

• maligniteit in voorgeschiedenis*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• iridocyclitis*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• onverklaarde perifere artritis*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• inflammatoire darmaandoening*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• recente (<1 jaar) ingreep aan de rug*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• langdurig (>3 mnd) oraal corticoster.gebruik*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• trauma [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• postuurverandering (versterkte thor. kyfose) [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• algehele malaise [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• onverklaard gewichtsverlies [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• continue pijn (onafh. van houding/beweging) [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• nachtelijke verergering van de pijn [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• ochtendstijfheid langer dan een uur [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• mictiestoornissen (incontinentie of retentie) [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd
• rijbroekanesthesie [§]	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Niet geregistreerd

* op te zoeken in dossier § mogelijk te vinden op S-regel

C. Diagnostiek en behandeling

13. Zijn er bevindingen over het lichamelijk onderzoek in het dossier genoteerd?
 - Nee
 - Ja

14. Heeft huisarts (beeldvormende) diagnostiek aangevraagd?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk)
 - X-lage rug, bij het _____ * contact in de episode
 - CT-scan, bij het _____ * contact in de episode
 - MRI, bij het _____ * contact in de episode
 - anders, namelijk _____, bij het _____ * contact in de episode

15. Waar werd de beeldvormende diagnostiek verricht?

- niet van toepassing (d.w.z. geen beeldvormende diagnostiek verricht)
- in een ziekenhuis, namelijk _____ (naam ziekenhuis)
- in een zelfstandige diagnostische faciliteit, namelijk _____ (naam faciliteit)

16. Heeft de huisarts adviezen of informatie (mee)gegeven?

- Afvallen Ja Nee Niet geregistreerd
- Bewegen Ja Nee Niet geregistreerd
- Wat te doen bij verergering/alarmsymptomen Ja Nee Niet geregistreerd
- Informatie meegegeven Ja Nee Niet geregistreerd
(folder, verwijzing naar Thuisarts.nl e.d.)
- Gebruik OTC-/zelfmedicatie:
 - paracetamol Ja Nee Niet geregistreerd
 - NSAID Ja Nee Niet geregistreerd
 - anders, namelijk _____

D. Evaluatie en controle

17. Wie neemt de coördinatie van de zorg op zich?

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Zorgcoördinator
- Rug-consulent
- Anders, namelijk _____
- Niet geregistreerd

E. Verwijzing

18. Is de patiënt bij een psycholoog of paramedicus geweest?

- Nee
- Ja, namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):
 - Psycholoog
 - Met verwijzing van huisarts, na __dagen / weken / maanden (doorhalen wat n.v.t. is)
 - Indien vermeld: reden van verwijzing _____
 - Zonder verwijzing, wel op advies van huisarts
 - Zonder verwijzing, geen advies van huisarts
 - Fysiotherapeut
 - Met verwijzing, na __dagen / weken / maanden
 - Zonder verwijzing, wel op advies van huisarts
 - Zonder verwijzing, geen advies van huisarts

- Oefentherapeut Cesar/Mensendieck
 - Met verwijzing, na __dagen / weken / maanden
 - Zonder verwijzing, wel op advies van huisarts
 - Zonder verwijzing, geen advies van huisarts
- Manueel therapeut/chiropractor
 - Met verwijzing, na __dagen / weken / maanden
 - Zonder verwijzing, wel op advies van huisarts
 - Zonder verwijzing, geen advies van huisarts
- Diëtist
 - Met verwijzing, na __dagen / weken / maanden
 - Zonder verwijzing, wel op advies van huisarts
 - Zonder verwijzing, geen advies van huisarts

19. Is de patiënt verwezen naar de tweede lijn?

- Nee
- Ja, naar een: (beantwoord ook vraag 20)
 - Neuroloog, na __dagen / weken / maanden
 - Orthopedisch chirurg, na __dagen / weken / maanden
 - Neurochirurg, na __dagen / weken / maanden
 - Anesthesioloog, na __dagen / weken / maanden
 - Revalidatiearts, na __dagen / weken / maanden
 - Gespecialiseerd rugcentrum, na __dagen / weken / maanden
 - Overig, namelijk _____, na __dagen / weken / maanden

20. Heeft de huisarts een brief/bericht van de specialist uit de tweede lijn gekregen?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

21. Staat in de brief van de specialist aan de huisarts informatie over de volgende onderwerpen?

- Diagnose Ja, namelijk: Nee

- Vervolgbeleid/advies Ja, namelijk: Nee

22. Heeft de huisarts de diagnose aangepast op basis van de brief van de specialist?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

23. Als er advies van de specialist was, blijkt uit het dossier dat de huisarts dit heeft overgenomen?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing

24. Heeft patiënt rugklachten in de voorgeschiedenis?

- Nee
- Bekend met chronische lage rugklachten
- HNP, conservatief behandeld
- HNP, operatief behandeld
- Ja, anders namelijk _____

F. Opmerkingen bij het dossieronderzoek