

**Zorginstituut Nederland**

Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

**Datum**

24 oktober 2019

**Onze referentie**

2019052582

# verslag

Bijeenkomst

---

Omschrijving Zinnige Zorg 'Klachten vanuit de lage rug'  
Vergaderdatum 3 oktober 2019, 17.00 uur  
Vergaderplaats Zorginstituut Nederland

---

**Aanwezig**

Brigitte Brouwer	NVN
Debby de Ridder	VvOCM
Gijs Lemmers	Keurmerk Fysiotherapie
Guus Meerhoff	KNGF
Hans van Dongen	SWP
Henk Willem Otten	ZN
Leen Voogt	NVVR de Wervelkolom
Mariska Mooren	VvOCM
Mark Havinga	NOV
Maurits van Tulder (toehoorder)	VU
Nynke Swart	KNGF
Paul Algra	NVvR
Rob Smeets	VRA
Teddy Oosterhuis	NVAB
Willem Oerlemans	NVN
Xander Zuidema	NVA

Astrid Chorus	Zorginstituut Nederland
Caylin Zhou	Zorginstituut Nederland
Ingrid de Groot	Zorginstituut Nederland
Lonneke Koenraadt-Janssen (voorzitter)	Zorginstituut Nederland
Maja Obradovic	Zorginstituut Nederland
Marianne Horn	Zorginstituut Nederland
Marieke Visser	Zorginstituut Nederland

**Verhinderd met bericht:**

Agnita Stadhouders	NOV
Jeanine Verbunt	VRA
Ton Kuijpers	NHG
Willem Pondaag	NVvN

## **1 Opening en mededelingen**

Voorzitter Lonneke Koenraadt-Janssen heet alle aanwezigen welkom en licht het programma en de doelen van de bijeenkomst toe. Er volgt een korte kennismakingsronde, waarin partijen aangeven namens welke organisatie zij gemandateerd zijn. Vervolgens geeft Lonneke uitleg over het programma Zinnige Zorg.

Lonneke geeft aan verheugd te zijn over de aanwezigheid van bijna alle partijen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug. De vertegenwoordigers van het NHG en de NVvN hebben zich voor deze avond afgemeld. Met deze partijen zal nog contact worden opgenomen om de reacties op de voorlopige resultaten op te halen en deze te bespreken.

## **2 Doelen van deze bijeenkomst**

- a. Bespreken van de voorlopige resultaten van de verdiepende onderzoeken. Het doel is inzicht krijgen in de geleverde zorg, om te zien of de praktijk aansluit bij de aanbevelingen in de huidige richtlijnen.
- b. Gezamenlijk bepalen of vervolgonderzoek nodig is.
- c. Inventariseren van mogelijke verbeterpunten in de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug.

## **3 Zorgtraject: een voorbeeld**

Marieke Visser (neuroloog en medisch expert) vertelt over een patiënt met rugklachten die zij heeft behandeld. Ze bespreekt hierbij de klachten van de patiënt, de behandel- en medicatiegeschiedenis, de uitgevoerde onderzoeken en het bijbehorende beleid. Het verhaal illustreert hoe complex de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug is, welke zoektocht patiënten doorlopen en welk zorgverbruik daarmee gepaard gaat.

## **4 Zorg in de praktijk: resultaten onderzoeken**

Na het verhaal van Marieke Visser presenteren Ingrid de Groot (projectleider) en Maja Obradovic (data-analist) de resultaten van de volgende verdiepende onderzoeken:

- analyse van richtlijnen;
- analyse van zorggebruik in de eerste lijn;
- analyse van zorggebruik in de tweede lijn; en
- analyse van informatie voor patiënten.

Tijdens de bespreking van de voorlopige resultaten worden verschillende vragen gesteld die nader onderzocht kunnen worden. Deze vragen zijn opgenomen onder 6.

Bijlage 2 bij dit verslag bevat de PowerPointpresentatie met de gepresenteerde voorlopige resultaten en hoofdbevindingen.

Na de presentatie reflecteert Leen Voogt (voorzitter NVVR 'De wervelkolom') op deze resultaten vanuit het perspectief van de patiënt. Hij benadrukt zeer verheugd te zijn over de aandacht voor dit onderwerp en herkent de resultaten. Het zorgtraject 'klachten vanuit de lage rug' is op dit moment niet duidelijk. De patiënt vindt niet altijd erkenning voor zijn probleem en vindt niet altijd de goede

behandeling. Er is veel informatie voor patiënten beschikbaar, maar toch vinden zij de juiste informatie vaak niet. Er is behoefte aan meer uitleg in de spreekkamer en ook op gebied van diagnostiek zelfmanagement en behandeling.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

Na het plenaire deel en het diner vormen de aanwezigen drie groepen. Hierin bespreken zij in toerbeurten per onderwerp de gepresenteerde resultaten. De groepen krijgen de gelegenheid om mee te denken over potentiële verbeterpunten in het zorgtraject. De geleverde input wordt genoteerd op een flipover. Deze input wordt na de gespreksronden door de gespreksleiders plenair teruggekoppeld.

**Datum**  
24 oktober 2019

**Onze referentie**  
2019052582

## **5 Samenvatting en mogelijke verbeterpunten**

Bijlage 1 bij dit verslag bevat de volledige uitwerking van de slides met de aangedragen punten.

Klachten vanuit de lage rug wordt gezien als een maatschappelijk zorg/ziekte. Alle aanwezigen vinden dat de zorg voor patiënten beter kan. De volgende onderwerpen worden o.a. genoemd:

### **1. Het zorgtraject**

Er is behoefte aan consensus over een duidelijk zorgtraject in de hele keten. Daarvoor is multidisciplinaire en interdisciplinaire afstemming nodig. Het is nu niet altijd duidelijk wie de zorg voor de patiënt coördineert. Een duidelijk zorgtraject zal leiden tot minder dolende patiënten. Als oplossing wordt genoemd: één multidisciplinaire richtlijn voor de hele keten.

### **2. Educatie en informatie**

Educatie over gezond leven in het algemeen, rugklachten en pijn zal de kennis, communicatie en gezondheidsvaardigheden verbeteren. Op verschillende niveaus is behoefte aan meer kennis, zowel voor burgers en patiënten als voor zorgverleners. De huidige informatievoorziening is niet toereikend. Er is behoefte aan meer uniformering en afstemming. De informatie moet makkelijk vindbaar, toegankelijk en betrouwbaar zijn en aansluiten bij de richtlijn. Voor patiënten moet herkenbaar zijn wat betrouwbare informatie is.

### **3. Diagnostiek en behandeling**

Consensus over diagnostiek en behandeling in de hele keten verbetert de zorg. Versterking van de eerste lijn (meer beschikbare tijd, meer multidisciplinaire deskundigheid, aanstellen coördinator van zorg en betere risicostratificatie) kan bijdragen dat patiënten alleen waar nodig worden doorverwezen. Bij verwijzing naar de tweede lijn is het belangrijk dat triage ervoor zorgt dat de patiënt bij de juiste zorgverlener terecht komt. Na ontslag uit de tweede lijn is het belangrijk een 'exitgesprek' te voeren. Tijdens zo'n gesprek wordt het zorgtraject geëvalueerd en worden handvaten gegeven voor een eventueel vervolgentraject. Zo voorkom je dolende patiënten.

## **6 Onderwerpen voor vervolganalyses**

- Geef het zorggebruik van de patiënt weer startend vanaf de eerste lijn.
- Maak inzichtelijk hoeveel patiënten meerdere medisch specialisten bezoeken, en welke specialisten dit zijn. Maak daarbij inzichtelijk of deze specialisten tegelijkertijd of volgorde-lijk in de tijd worden gezien.
- Maak van de patiënten die verwezen zijn de spreiding van de leeftijd

- inzichtelijk.
- Geef inzicht in de doorlooptijden van het zorgtraject.
- Onderzoek of het mogelijk is de psychosociale behandeling van de patiënten in beeld te brengen.
- Het NHG heeft schriftelijk op de samenvattingen gereageerd en vraagt om inzicht in het aantal en soort operaties vanwege klachten vanuit de lage rug.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

**Datum**  
24 oktober 2019

**Onze referentie**  
2019052582

## 7 Afsluiting

Projectleider Ingrid de Groot concludeert dat het een constructieve bijeenkomst was en geeft een korte toelichting op de globale planning van de vervolgstappen. Het Zorginstituut gaat de onderwerpen verder analyseren op basis van de aangedragen punten en zal samen met partijen kijken welke verbeterpunten mogelijk zijn. Deze verbeterpunten worden vastgelegd in een zogeheten 'verbetersignalement'. Het concept-verbetersignalement zal naar verwachting in het voorjaar van 2020 aan de partijen worden aangeboden voor consultatie.

De voorzitter en projectleider bedanken iedereen voor hun inbreng en hopen dat partijen ook in het vervolgtraject hun bijdrage willen leveren.

## Bijlage 1. Overzicht van aangedragen punten bij de drie onderwerpen

### Informatie voor patiënten

#### Inhoud zorg

- Er is consensus over de behoefte aan een meer interdisciplinair zorgtraject bij zorgverleners.
- Verminder het aantal richtlijnen door één multidisciplinaire richtlijn op te stellen. In een schriftelijke reactie op het conceptverslag van de bijeenkomst van 3 oktober geeft de KNGF aan het belang van multidisciplinaire consensus over de benadering van patiënten met lage rugpijn te erkennen. Maar dathierbij niet primair gestreefd hoeft te worden naar één richtlijn, maar vooral naar meer consensus tussen de verschillende richtlijnen. Hiervoor is een goede samenwerking en betrokkenheid van de verschillende disciplines bij de ontwikkeling van de richtlijnen nodig en autorisatie door alle partijen.
- Aanvullende scholing voor zorgverleners over goede zorg voor mensen met lage rugklachten.

#### Inhoud van informatie

- Verminder het aanbod van patiënteninformatie en zorg voor betere integratie (bronnen samenbrengen en op elkaar afstemmen) door multidisciplinaire aanpak.
- Zorg dat alle zorgverleners hetzelfde verhaal over de zorg vertellen aan patiënten (uniforme boodschap).
- Zorg voor meer beter toegankelijke informatie voor alle patiënten (taalgebruik, digitaal, filmpjes, meer gebruik van nieuwe media).
- Onderzoek de reden waarom patiënten bij de huisarts komen (geruststelling, behandeling, aandacht voor overige problemen) en speel hierop in met aanbod van informatie en voorlichting (de zorgvraag is niet altijd medisch).
- Handel vanuit het streven om verwijzen van patiënten naar de tweede lijn zonder goede indicatie te voorkomen.

### **Aanbod van informatie**

- Creëer een centraal punt (één website) met betrouwbare informatie.
- Introduceer een keurmerk voor betrouwbare informatie, waarmee patiënten betrouwbare informatie kunnen herkennen.
- Investeer geld in Google om betrouwbare informatie (bijvoorbeeld Thuisarts.nl) bovenaan te krijgen in de zoekresultaten.
- Introduceer een (betrouwbaarheids)filter op Google om de positie van betrouwbare info te verhogen. Dit vraagt om overheidsingrijpen.
- Benut nieuwe-media communicatiemiddelen (bijv. apps) om informatie aan te bieden.
- Schakel marketingdeskundigen in bij het ontwikkelen van de aanbodsform van informatie (gebruik van nieuwe media, toegankelijkheid voor analfabeten en anderstaligen).
- Neem in de persoonlijke gezondheidsomgeving een link op naar betrouwbare informatie (bijvoorbeeld Thuisarts.nl).
- Besteed bij nazorg meer aandacht aan informeren (bijvoorbeeld nabellen van patiënten of gebruik van andere, moderne communicatiemiddelen).
- Lanceer een publiekscampagne.

### **Voorlichting en educatie:**

- Leer patiënten hoe zij kunnen herkennen welke informatiebronnen betrouwbaar zijn en welke niet.
- Leer iedereen in Nederland al vanaf de jonge leeftijd hoe om te gaan met gezondheidsproblemen en pijnklachten.
- Leer zorgverleners hoe zij goede voorlichting kunnen geven en goed kunnen communiceren met patiënten.

### **Organisatie van zorg**

- Zorg voor meer discipline-overstijgende samenwerking tussen zorgverleners.
- Zorg ook binnen de eigen zorginstelling voor betere samenwerking (communicatie, afstemming).
- Stimuleer het gevoel van collectieve verantwoordelijkheid, bij zorgverleners en patiënten.
- Organiseer de zorg zodanig dat goede informatieoverdracht van zorgverlener naar patiënt mogelijk is. Goede voorlichting kost weliswaar meer tijd dan de gegeven consultatietijd, maar is effectief.
- Spreek duidelijk af wie verantwoordelijk is voor de intake van de patiënt (bijvoorbeeld: kaderarts, praktijkondersteuner huisarts (POH), huisarts, fysiotherapeut).

### **Knelpunten**

- Het ontbreekt nog aan consensus over één zorgtraject.
- Productie-gedreven prikkels leiden af van het kwaliteitsstreven.
- Organisatorisch ontbreekt het aan een paraplufonds (zoals bij hart- en vaataandoeningen).
- Vergeleken met andere aandoeningen is het onderwerp niet 'hot' genoeg voor sponsors en publiekscampagnes.
- Het probleem overstijgt het beleidsterrein van VWS. Vanwege het arbeidsverzuim betreft het ook SZW en EZ.

## Zorggebruik eerste lijn

- Veel aanwezigen zijn onder de indruk van het aantal en aandeel patiënten dat in de eerste lijn behandeld wordt. Jaarlijks wordt naar schatting acht procent doorverwezen naar de tweede lijn. Toch is het goed om aandacht te hebben voor deze groep. Is deze 8% ook verantwoordelijk voor hoge kosten?
- Het aantal aanvragen van huisartsen voor een röntgenfoto zou geanalyseerd moeten worden en kan mogelijk omlaag. Beeldvormende diagnostiek kan weliswaar helpen om patiënten met maligniteit te ontdekken, maar dit betreft zeer lage percentages. Een overzichtsfoto van de rug is hiervoor niet het aangewezen onderzoek.
- Veel patiënten bezoeken de fysio- en oefentherapeut.
- Er moeten uniforme afspraken komen tussen behandelaren in de eerste lijn.
- Het ontbreekt aan goede uitleg voor patiënten. Het voeren van publiekcampagnes wordt geopperd.
- Patiënten kunnen bij de neuroloog een ander verhaal vertellen dan bij de bedrijfsarts, omdat zij zich bij de bedrijfsarts niet veilig voelen om zich uit spreken. Ook hier valt winst te behalen.
- Aspecifieke rugklachten horen niet thuis in de tweede lijn. De huisarts moet alleen patiënten doorsturen met rode vlaggen. Patiënten met gele vlaggen horen niet doorgestuurd te worden. Knelpunt hierbij is dat de huisarts te weinig tijd heeft om een goede anamnese af te nemen, gericht op de psychosociale factoren. Een ander genoemd knelpunt is dat er relatief weinig behandel mogelijkheden zijn voor patiënten met psychosociale risicofactoren in de eerste lijn. Een specifieke aanpak door psychologen met kennis en kunde op het gebied van patiënten met lage rugklachten is op dit moment niet bekend.
- Anderhalvelijns zorg is een mogelijke oplossing. Daarbij moet het ontstaan van een nieuw schot voorkomen worden. Het doel is juist dat er continuïteit in de zorg ontstaat.
- In de eerste lijn zou vroegtijdig (na zes weken als de klachten niet over zijn) gekeken moeten worden naar herstel-belemmerende psychosociale factoren. Als mogelijk screeningsinstrument hiervoor werd de *StarTBack*-tool genoemd. Er zijn ook andere geschikte tools. Welke tool nu wordt ingezet en door wie, kan per regio of gezondheidscentrum verschillen. Hierbij wordt in de consultatie de vraag gesteld of patiënten met een verhoogd risico niet eerder geïdentificeerd moeten worden om gerichte behandeling op een eerder moment te kunnen inzetten. De communicatie tussen de eerste en tweede lijn kan beter. Iedere specialist heeft zijn eigen vaktermen, die een andere specialist niet direct begrijpt. Genoemde voorbeelden zijn, dat de neuroloog vaak niet begrijpt wat bij fysiotherapeut gedaan is, en dat de radioloog termen gebruikt die de huisarts niet begrijpt en een patiënt daardoor mogelijk onnodig doorstuurt.
- Zorg ervoor dat lokale of regionale initiatieven in het hele land bekend worden'
- Zorg voor aanvullende analyses: koppel fysio-data aan de tweede lijn (zoals bij COPD). De vraag is dan: met welk doel? Welke vraag beantwoorden we hiermee?
- Maak maatschappelijke kosten zichtbaar. De zorg- en arbeidsverzuimkosten zijn mogelijk hoog, doordat *stepped (matched) care* niet goed doorlopen wordt.

Zorginstituut Nederland  
Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

**Datum**  
24 oktober 2019

**Onze referentie**  
2019052582

- Er is een landelijke leidraad nodig die in regionale netwerken uitgewerkt kan worden, zodat iedereen dezelfde taal spreekt en duidelijk is wie de coördinator is.
- Er zijn incentives zijn nodig voor implementatie van de Zorgstandaard.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

**Datum**  
24 oktober 2019

**Onze referentie**  
2019052582

### Zorggebruik tweede lijn

#### Verwijzingen naar de tweede lijn

- Naar verhouding zijn er veel verwijzingen naar de neuroloog. Er moet goed gekeken worden of een verwijzing naar de tweede lijn echt nodig is.
- De patiënt moet goed geïnformeerd worden, maar in de eerste lijn is dit niet altijd mogelijk. Zo is er weinig tijd voor uitgebreide informatieverstrekking, kan het ontbreken aan kennis over klachten vanuit de lage rug of is niet duidelijk naar wie verwezen kan worden. Een mogelijke oplossing hiervoor is de inzet van een POH of kaderhuisarts bewegingsapparaat, met specifieke kennis en meer tijd voor de patiënt.
- Het is wenselijk dat de huisartsen een triagetool ontwikkelen voor verwijzing naar de tweede lijn.

#### Samenwerking binnen de tweede lijn & MDO's

- De structuur van de zorg en samenwerking in de tweede lijn kunnen beter. De focus moet liggen op een multidisciplinaire aanpak en het voeren van structurele MDO's bij de behandeling van patiënten. Er zijn scherpe criteria nodig om te bepalen welke disciplines bij het MDO horen.
- Ook huisartsen zouden een rol in het MDO moeten krijgen.
- Bij multidisciplinaire behandeling moet een casemanager of behandelcoördinator worden aangewezen.
- Knelpunt: het is onduidelijk of en hoe MDO's worden vergoed.
- De inzet van MDO's zou geëvalueerd moeten worden, op dezelfde wijze als al gebeurt bij een aantal proeftuinen.

#### Aandacht voor psychosociale factoren

- Er is nog te weinig aandacht voor psychosociale factoren bij patiënten met klachten vanuit de lage rug. Inzicht hierin zou van toegevoegde waarde kunnen zijn. Declaratiedata kunnen geen inzicht bieden in het aandeel psychosociale ondersteuning.
- Omgevingsfactoren van een patiënt zijn medebepalend voor het ervaren van pijn. Ook hiervoor zou aandacht moeten zijn.
- Ten slotte is een betere samenwerking tussen de ARBO-arts en curatieve zorgverleners gewenst. Meer aandacht voor psychosociale factoren kan hieraan bijdragen.

#### Regisseur van de patiënt

- Patiënten met klachten vanuit de lage rug zijn vaak aan het 'dolen' voordat ze bij de juiste zorgverlener terecht komen. Dit kan leiden tot onnodige behandelingen en kosten. Patiënten zien heel veel verschillende disciplines, die veelal een 'andere taal' spreken. Er is daarom behoefte aan een zogenaamde 'regisseur van de patiënt'. Hierbij speelt de patiënt zelf ook een rol: die moet eigenaar worden van zijn eigen dossier (via de PGO).
- Ook patiëntenorganisaties kunnen betrokken worden, bijvoorbeeld voor het voeren van exitgesprekken.

### **Veel richtlijnen**

- Veertien richtlijnen is veel. Het opstellen van richtlijnen gebeurt weliswaar multidisciplinair, maar de toepassing vindt monodisciplinair plaats.
- Het doel van een gezamenlijke richtlijn is te komen tot één zorgtraject.
- Het streven naar één richtlijn/één zorgtraject is complex. Enerzijds willen we de patiënt als individu beschouwen, maar anderzijds is er vanuit doelmatigheidsperspectief behoefte aan één multidisciplinair traject, waarop ook de informatievoorziening moet aansluiten.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg I  
Bewegingsapparaat &  
Neurologie

**Datum**  
24 oktober 2019

**Onze referentie**  
2019052582

### **Geen anderhalve lijn**

Er is behoefte aan ondersteuning van de eerste en tweede lijn. Dit zou ook kostenbesparend kunnen werken. Niet iedereen vindt de term 'anderhalve lijn' passend. De term 'lijnoverstijgend' wordt als optie aangedragen.

### **Promotie van Thuisarts.nl**

- Thuisarts wordt gezien als een goede en betrouwbare informatiebron voor patiënten en mag meer promotie krijgen.

### **Reflectie op de cijfers**

- De cijfers zijn over het algemeen herkenbaar. Het aantal operaties, anesthesiologische pijnbestrijding en heroperaties wordt door een aantal aanwezigen als laag ervaren.





Zorginstituut Nederland



## Zinnige Zorg-project Klachten vanuit de lage rug

Diemen, 3 oktober 2019

Wifi: Zinnige zorg lage rug



## Programma

- 17.00 uur Welkom en kennismaking  
*Lonneke Koenraad, teammanager*
- 17.20 uur Een patiënt  
*Marieke Visser, neuroloog*
- 17.35 uur Eerste resultaten  
*Ingrid de Groot, projectleider en Maja Obradovic, adviseur*
- 18.05 uur Hoe kijkt de patiënt er tegenaan?  
*Leen Voogt*
- 18.15 uur Diner
- 19.00 uur Discussieronde: toetsen eerste resultaten
- 20.10 uur Terugkoppeling en vervolgstappen
- 20.30 uur Afsluiting



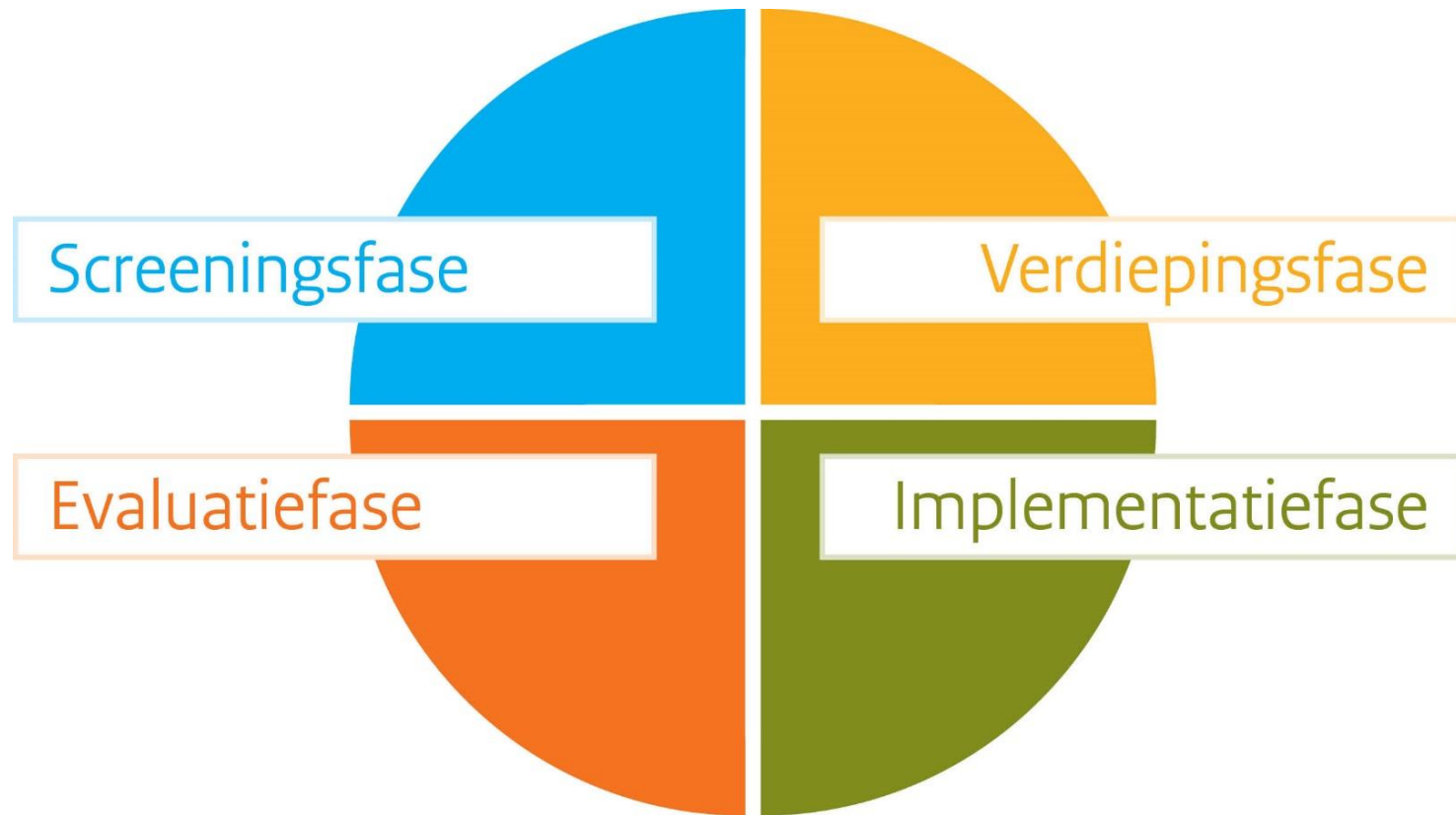
# Zinnige Zorg bij het Zorginstituut



- **Wat:** de zorg in het basispakket tegen het licht houden
- **Met wie:**
  - patiënten, professionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars
  - zoeken naar mogelijkheden om de zorg verder te verbeteren en onnodige zorg te vermijden
- **Hoe:**
  - gezamenlijke analyse van de zorg
  - daarbij letten op onder- en overdiagnostiek en onder- en overbehandeling



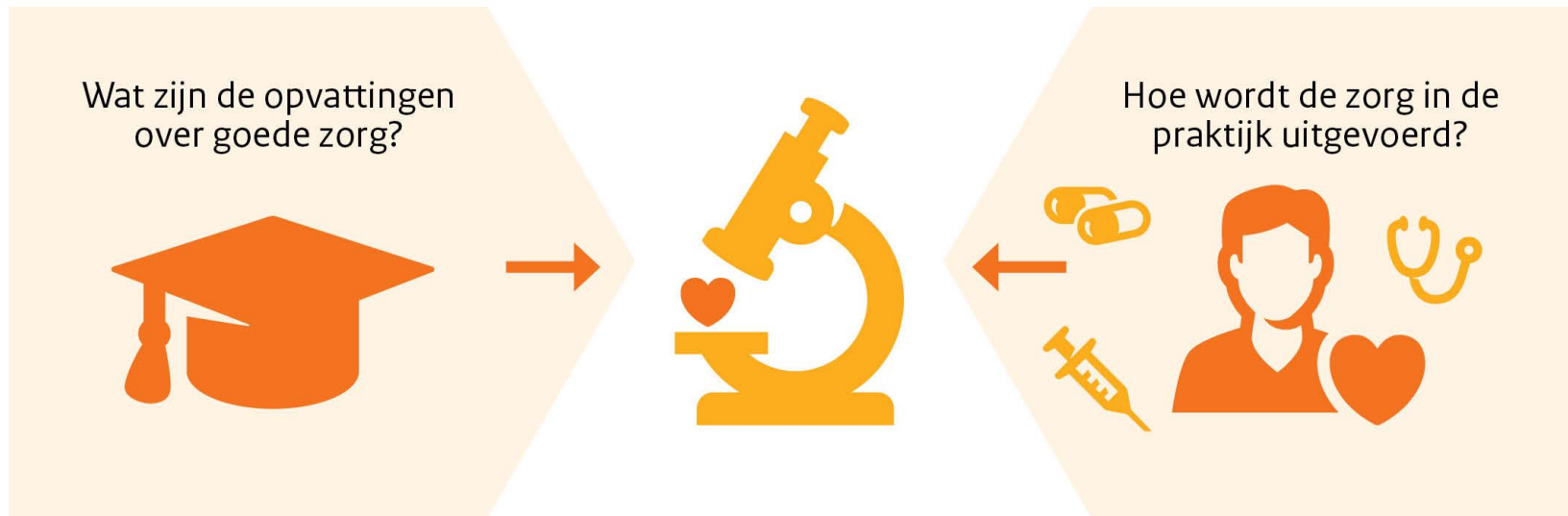
# Fasen Zinnige Zorg-project





## Verdiepingsfase

- Meer gedetailleerde analyse per onderwerp
- Resultaat: **verbetersignalement**, met analyse en concrete afspraken over verbeteracties





# Implementatiefase en evaluatiefase

- Partijen in de zorg aan zet
- Zorginstituut adviseert en stimuleert
- Bij evaluatie monitort Zorginstituut de voortgang



Betere afspraken tussen  
zorgprofessionals



Gedeelde  
besluitvorming



Zicht op kwaliteit  
wordt ontwikkeld

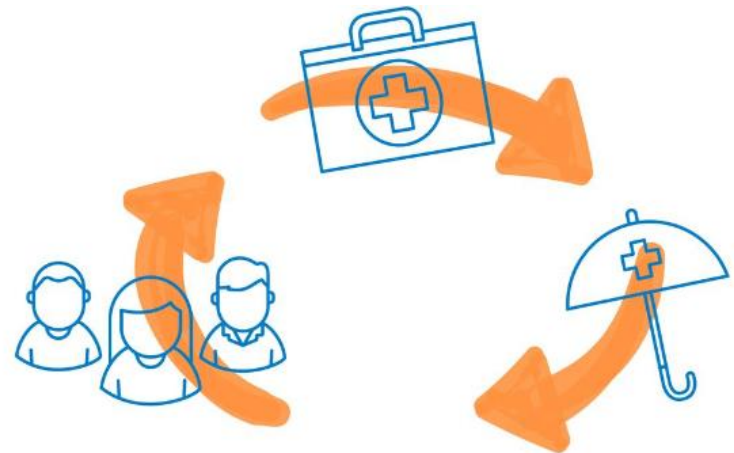


# Waarom keuze van klachten vanuit de lage rug?

Rapport Systematische analyse Ziekten van het zenuwstelsel

December 2018

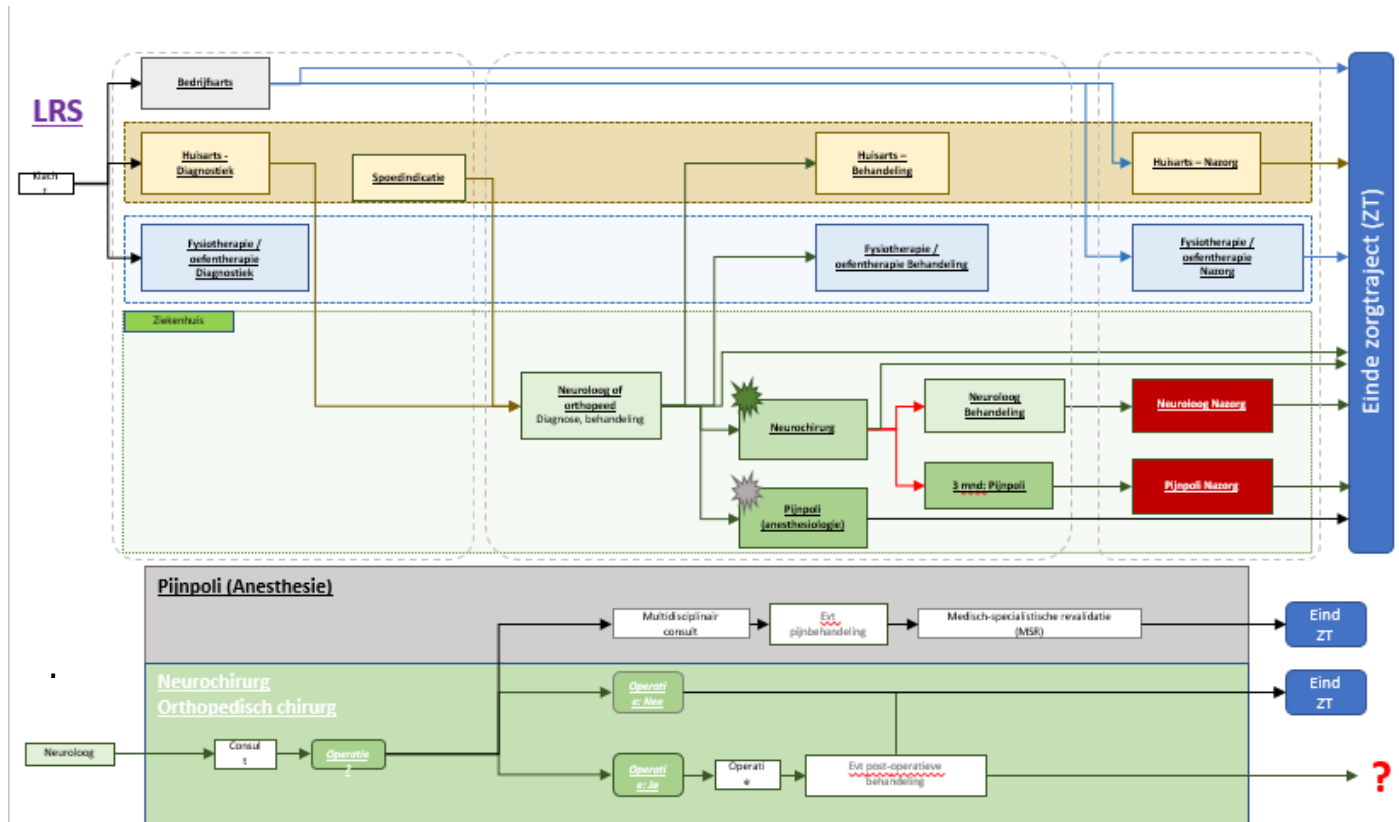
*“Het zorgtraject klachten vanuit de lage rug betreft een groot aantal patiënten en gaat gepaard met een aanzienlijke ziektelast en (maatschappelijke) kosten. Uit onderzoek in de screeningsfase blijkt dat er mogelijk ruimte is voor meer zinnige zorg bij de diagnostiek en behandeling van de patiënt”.*





# Hele zorgtraject

- perspectief van de patiënt
- het hele zorgtraject







# Lage rugklachten belangrijk onderwerp Zorginstituut

Advies fysiotherapie bij lage rugklachten

Plan van aanpak medisch specialistische revalidatie

Standpunt neuromodulatie bij failed back surgery syndroom

Zorgstandaard chronische pijn



Zorginstituut Nederland



# Doelen van vanavond

Bespreken resultaten onderzoeken

Inventariseren kansen voor verbetering



Zorginstituut Nederland

# Een patiënt

Marieke Visser, neuroloog



Man 53 jaar

second opinion i.v.m. pijn  
linkerbeen





# Anamnese

- Man, 53 jaar
- Sport één keer per week (NK Senioren)
- Lengte 1,87 m
- Gewicht 100 kg

## **Sociale anamnese**

Beroep: directeur ICT bedrijf, zittend werk

Thuisituatie: Gehuwd, twee kinderen



# Anamnese

Half januari

- In de loop van de dag steeds stijver. In de middag schoot het in de rug.
- Behandeld door **fysiotherapeut**, nog meegedaan aan NK

Huisarts

- Toename klachten, tintelingen in linkerbeen en voet. Pijn bij lopen en staan, zitten hielp snel, fietsen gaat beter.
- **Huisarts** dacht aan hernia.
- Medicatie **naproxen** en **tramadol**



## Anamnese

April  
Huisarts

- **MRI** aangevraagd (via **bedrijf**) bij **particulier ziekenhuis**. Geen wortelcompressie op MRI. Beleid afwachtend.

Juni

- Neuroloog: conclusie geen wortelcompressie
- Drie keer **injectie** gehad via **pijnpolikliniek**. Eerste injectie bij S1 heeft negen dagen geholpen. Injectie L5 hielp een middag. Latere injecties helpen niet meer
- Behandeld door drie **verschillende fysiotherapeuten**.



# Anamnese

September

Toename klachten pijn in het linkerbeen. Kon niet bewegen, voor het eerst niet naar het werk geweest.

Kreeg **diazepam** en later **oxycodon**.

Oxycodon werkt beter dan injecties

Vóór oxycodon vooral pijn in het been.

Met oxycodon: tintelingen en doof gevoel nemen af, nog wel doof gevoel in de rug. Geen rugpijn.

Voelt zich niet stabiel bij lopen en staan loopt daarom met stok. Is ook minder helder. Niet in staat auto te rijden.

oktober

**Verwezen voor second opinion**

Heeft nog afspraak bij '**Spine clinic**'.

**Pijn neemt toe bij lopen, zitten en vooroverbuigen helpt. Fietsen gaat beter dan lopen**





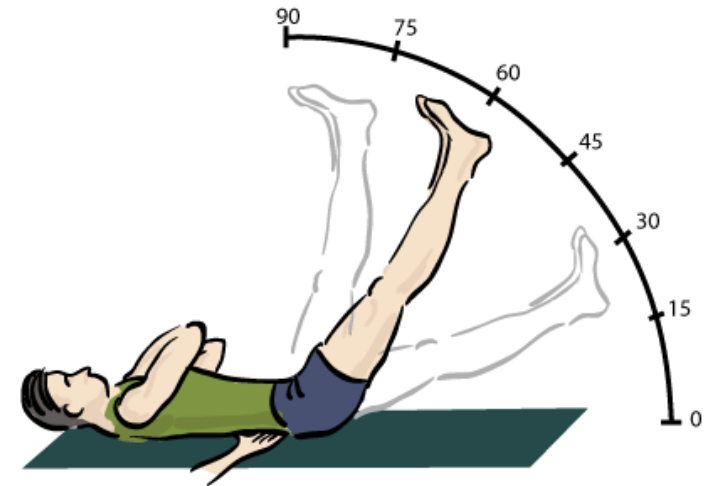
## Second opinion (begin oktober)

### Medicatie

- Diazepam 10 mg tablet, 10 mg, oraal, 2dd
- OxyCODON (OXYCONTIN) 10 mg tablet MGA, 3xdaags

### Neurologisch onderzoek

- Motoriek: geen zwakte
- Reflexen (Rechts/Links): normaal
- Gevoel: intact, geen aanwijzingen voor wortelprickeling
- Lopen: loopt met wervelkolom naar links. Vooroverbuigen helpt





# Second opinion

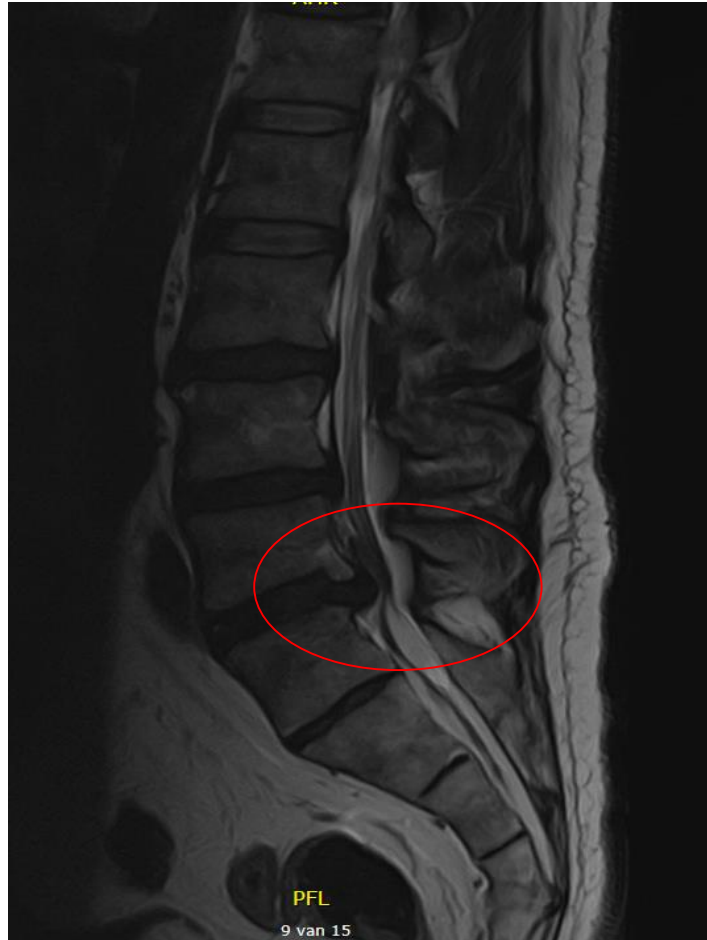
**Bespreking:** verdenking **lumbale wervelkanaalstenose**

## **Beleid**

- Herhalen **MRI-LWK**, vraagstelling lumbale stenose (vorige MRI niet beschikbaar)
- Advies begeleiding door gespecialiseerd rugrevalidatiecentrum
- Advies diazepam afbouwen i.v.m. bijwerkingen



# MRI Lumbale wervelkolom: wervelkanaalstenose





## Second opinion – vervolg (november)

- Gaat steeds beter, kan werken fietsen en autorijden.
- Bij opstaan stijf in de rug.
- Kan drie kwartier staan.
- Gebruikt minder oxycodon, 1 tablet per dag.
- Bij spine clinic geweest, daar manipulaties gehad, heeft geholpen.
- Infraroodlamp gebruikt.
- Gebruikt geen diazepam meer.
- Doet nog geen spierversterkende oefeningen. Gewicht onveranderd.

**Conclusie** Klachten op basis van vernauwing wervelkanaal  
Klachten verminderend, kan inmiddels deel activiteiten weer hervatten.

**Beleid** Continueren afwachtende beleid, na drie maanden telefonisch vervolg. Bij verandering van het klachtenpatroon neemt patiënt contact op.



## Zorggebruik

3 Fysiotherapeuten  
Huisarts  
Bedrijfsarts  
2 MRI's  
2 neurologen  
Pijnpoli (3 injecties)  
Spine clinic  
Manipulaties  
Medicatie (naproxen, tramadol, diazepam, oxycodon)

## Ziektelast

Veel pijn  
Niet kunnen sporten  
Niet kunnen werken  
Niet kunnen autorijden  
Et cetera

Regie?  
Eigen rol patient?



# Patiënt met rugklachten

Variatie in klachten

Variatie in zorggebruik

Regie onduidelijk

Operatie niet altijd (beste) optie

Begeleiding heel belangrijk

Grote ziektelast!!





Zorginstituut Nederland

# Resultaten

Ingrid de Groot  
Maja Obradovic



# Verdieping

Komt geleverde zorg overeen met aanbevelingen in richtlijnen?

- Richtlijnanalyse
- Zorggebruik in eerste lijn
- Zorggebruik in tweede lijn
- Analyse patiënteninformatie







Zorginstituut Nederland

# Richtlijnanalyse



# Richtlijnanalyse



Gegevensextractie en beoordeling door 2 onderzoekers

Overzichtstabellen van de aanbevelingen en de onderbouwing

Veertien Nederlandse richtlijnen, twee categorieën:

- beleid bij specifieke lage rugklachten in de eerste lijn (mono- en multidisciplinair) en in de tweede lijn
- beleid bij lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) in de eerste en tweede lijn

2 buitenlandse richtlijnen (België, UK)

Geen onderscheid eerste en tweede lijn, geen onderscheid specifiek en LRS



# Richtlijnanalyse

Overeenkomsten aanbevelingen eerste lijn en multidisciplinaire richtlijnen

Aspecifiek

Aanbevelingen	Nederlandse richtlijnen							Buitenlandse richtlijnen		% agreement
	KNGF 2013	NHG 2017	KZ 2010	VVOCM 2009	NVAB 2006	ZS 2017	BKP 2013	NICE 2016	KCE 2017	
Uitvoeren onderzoek naar LRS op basis van anamnestiche/neurologische bevindingen	x		x	x	x					4 out of 9 (44%)
Niet inzetten routinematige beeldvormende diagnostiek		x	x					x	x	4 out of 9 (44%)
Vaststellen prognostische risicofactoren voor chronische lage rugpijn	x	x	x		x	x		x	x	7 out of 9 (78%)
Adviseer bedrust van max. 2 dagen alleen als het niet anders kan	x		x							2 out of 9 (22%)
Toepassen manipulatie bij vertraagd herstel	x		x	x	x			x	x	6 out of 9 (67%)
Educatie over (rug)pijn						x		x	x	3 out of 9 (33%)



## **Aanbevelingen komen grotendeels overeen** eerste lijn – Aspecifiek

### Overeenkomsten:

- alert zijn op aanwijzingen voor specifieke lage rugpijn (anders dan LRS)
- niet routinematig inzetten van beeldvormende diagnostiek
- patiënt stimuleren actief te blijven
- afraden van bedrust
- behandelen van psychosociale problemen
- bevorderen van de terugkeer naar werk
- multidisciplinaire behandeling als laatste conservatieve optie

### Verschillen:

- wel of niet aanbevelen van oefentherapie (gedragsgeoriënteerde benadering)
- wel manuele therapie



# Overeenkomsten en verschillen tussen richtlijnen

Tweede lijn - aspecifiek

- Minder overeenkomsten binnen de richtlijnen, maar richtlijnen verschillen in doelgroep en type zorg

Aansluiting: eerste – tweede lijn

Diagnostiek en behandeling in de tweede lijn pas overwogen wanneer conservatieve behandeling in geen of onvoldoende effect heeft geresulteerd.

- Wanneer is dat?
- Welke conservatieve behandeling?



# Overeenkomsten en verschillen met NICE en KCE richtlijnen

eerste en tweede lijn – Aspecifiek vs. NICE en KCE

Overeenkomsten

- De meeste aanbevelingen uit buitenlandse richtlijnen worden genoemd in één of meerdere Nederlandse richtlijnen.

Verschillen

- Buitenlandse richtlijnen bevelen aan de STarT Back Screening Tool te gebruiken om de prognose of risicofactoren voor chronische pijn in te schatten.
- Buitenlandse richtlijnen bevelen aan opioïden niet routinematig voor te schrijven, alleen zwakke opioïden zijn geïndiceerd wanneer niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAIDs) gecontra-indiceerd zijn.



# Overeenkomsten en verschillen richtlijnen LRS

eerste en tweede lijn - LRS

Overeenkomsten:

- Gedeelde besluitvorming
- Overwegen operatie bij ernstige klachten die langer dan 12 weken duren.

Verschillen:

- Toepassen epidurale corticosteroidinjecties of anesthetica.



## Overeenkomsten en verschillen beleid LRS met KCE en NICE richtlijnen

- KCE en Nederlandse richtlijnen komen overeen voor wat betreft operatie-indicatie
- De NICE richtlijn formuleert de indicatie zonder tijdsindicatie
- De NICE en KCE richtlijnen bevelen wel injecties aan en de Nederlandse richtlijnen zijn hier niet eenduidig in





# Voornaamste bevindingen richtlijnanalyse

## Wat valt op?

- Veelal monodisciplinaire richtlijnen in Nederland
- België en UK hebben één richtlijn voor zowel klachten met en zonder uitstraling
- Wetenschappelijke bewijs over diagnostiek en behandelingen is veelal beperkt

## Wat ontbreekt?

- Aandacht voor educatie
- Nazorg
- Organisatie van zorg



Zorginstituut Nederland

# Zorggebruik in eerste lijn



# Bronnen voor onderzoek naar zorggebruik in eerstelijns



Nivel Zorgregistraties Eerste lijn (n=1,5 miljoen)

Dossieronderzoek Academisch huisartsen netwerk Nijmegen (n= 786)

**Radboudumc**

Cohort: ICPC-codes

- L02: rugklachten (niet in dossieronderzoek)
- L03: lage rugklachten zonder uitstraling
- L86: lage rugpijn met uitstraling

Status: concepteindrapportage



## Kenmerken patiënten

- Percentage vrouwen 56%
- Gemiddelde leeftijd is 54 jaar
- Merendeel nieuwe klacht (77%)
- Gemiddelde duur van het zorgtraject: 33 dagen

L02: 14 dagen

L03: 14 dagen

L86: 84 dagen

- Mediane duur van de klachten: 10 dagen

L03: 14 dagen

L86: 7 dagen

- Mediane duur van zorgtraject:

L03: 1 dagen

L86: 9 dagen

Nivel Zorgregistratie

Dossieronderzoek



# Beeldvormend onderzoek aangevraagd door huisarts

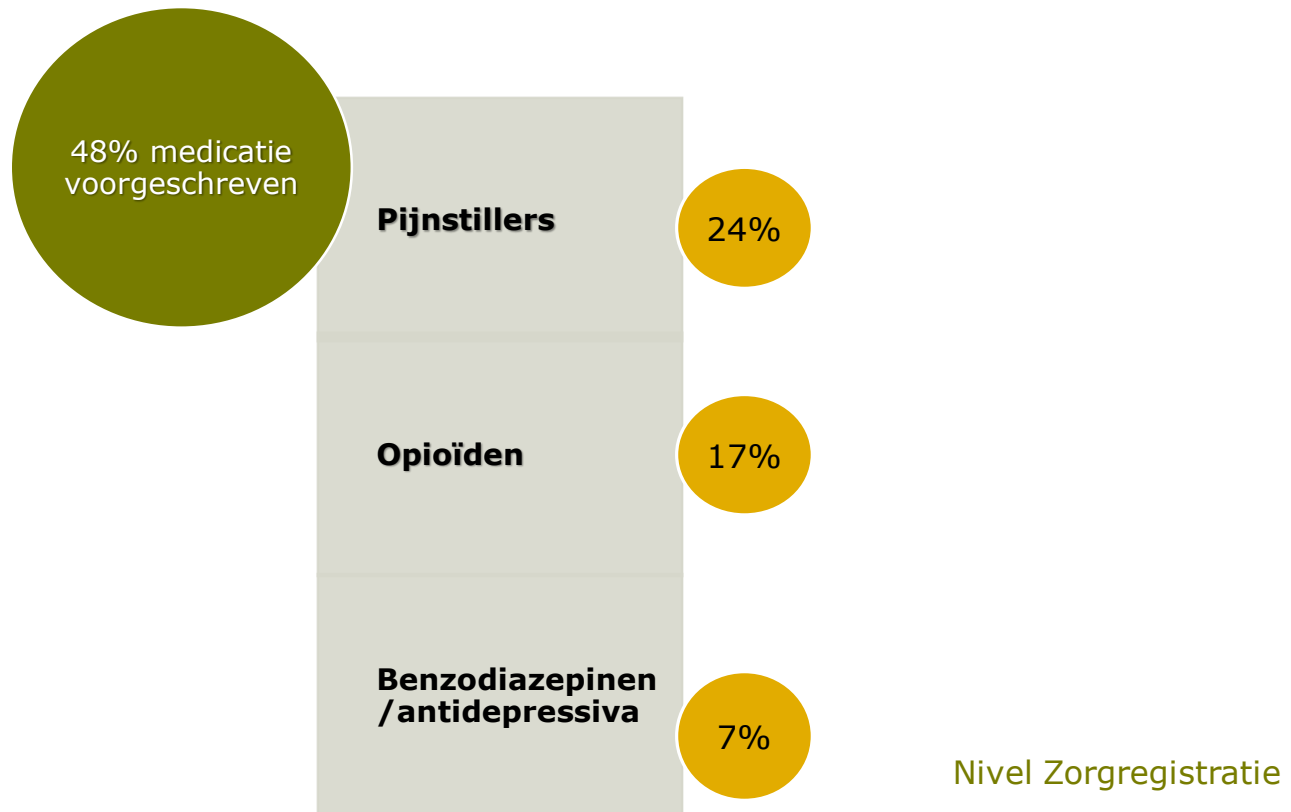
## Beeldvormend onderzoek

- 16% met uitstraling (L86) en 10% zonder uitstraling (L03)
- Waarvan merendeel X-lage rug: L86 86% en L03 90%
- MRI: L86 15% en L03 10%

Dossieronderzoek



# Verdeling voorgeschreven medicatie door huisarts





# Evaluatie van zorg

## Evaluatie en controle

- 30% van episoden een evaluatie
- Evaluatie meestal tijdens consult (24,5%), telefonisch consult (19,4%)

Coördinator van zorg nagenoeg niet geregistreerd in HIS (dossiers)

Nivel Zorgregistratie



# Verwijzingen binnen de eerste lijn

Verwijzingen binnen eerste lijn

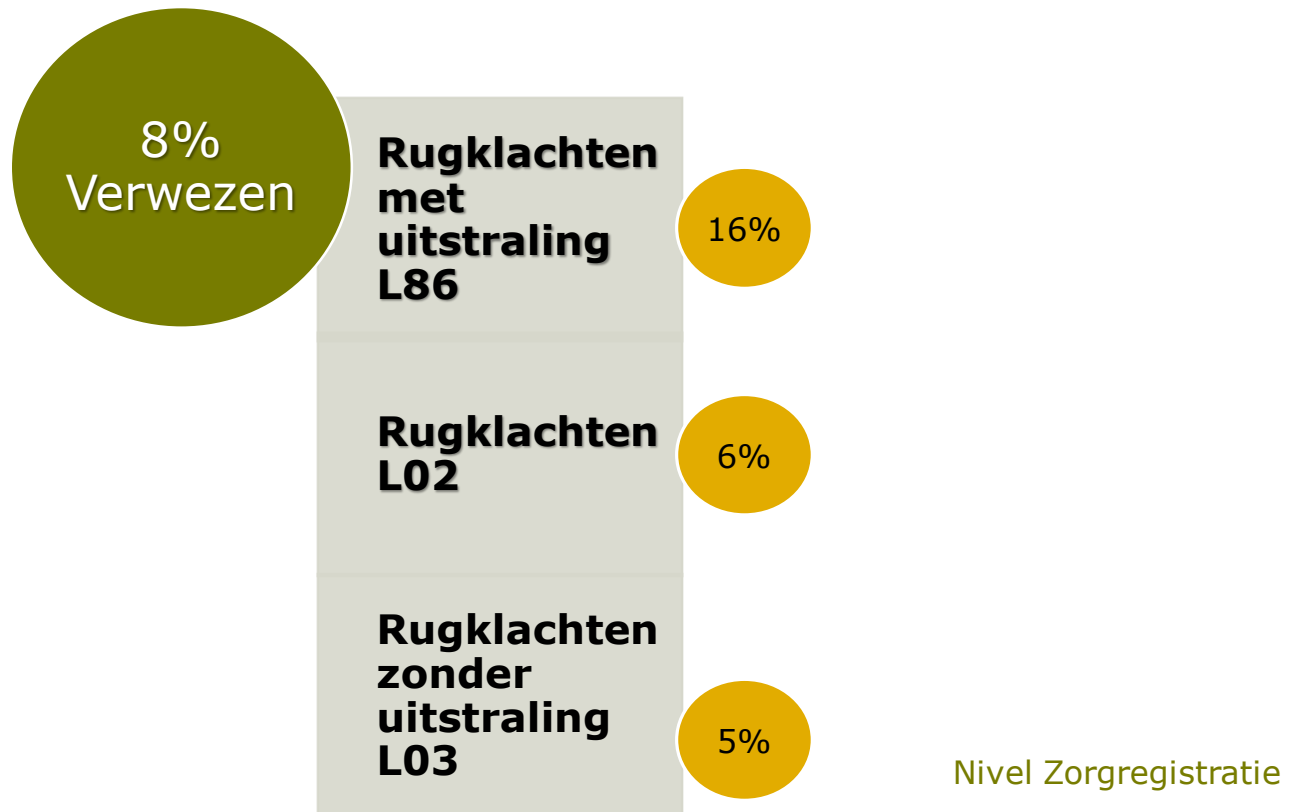
- Fysiotherapie 40% (L03) of 45% (L86)
- Naar psycholoog:  $n = 0$

Dossieronderzoek



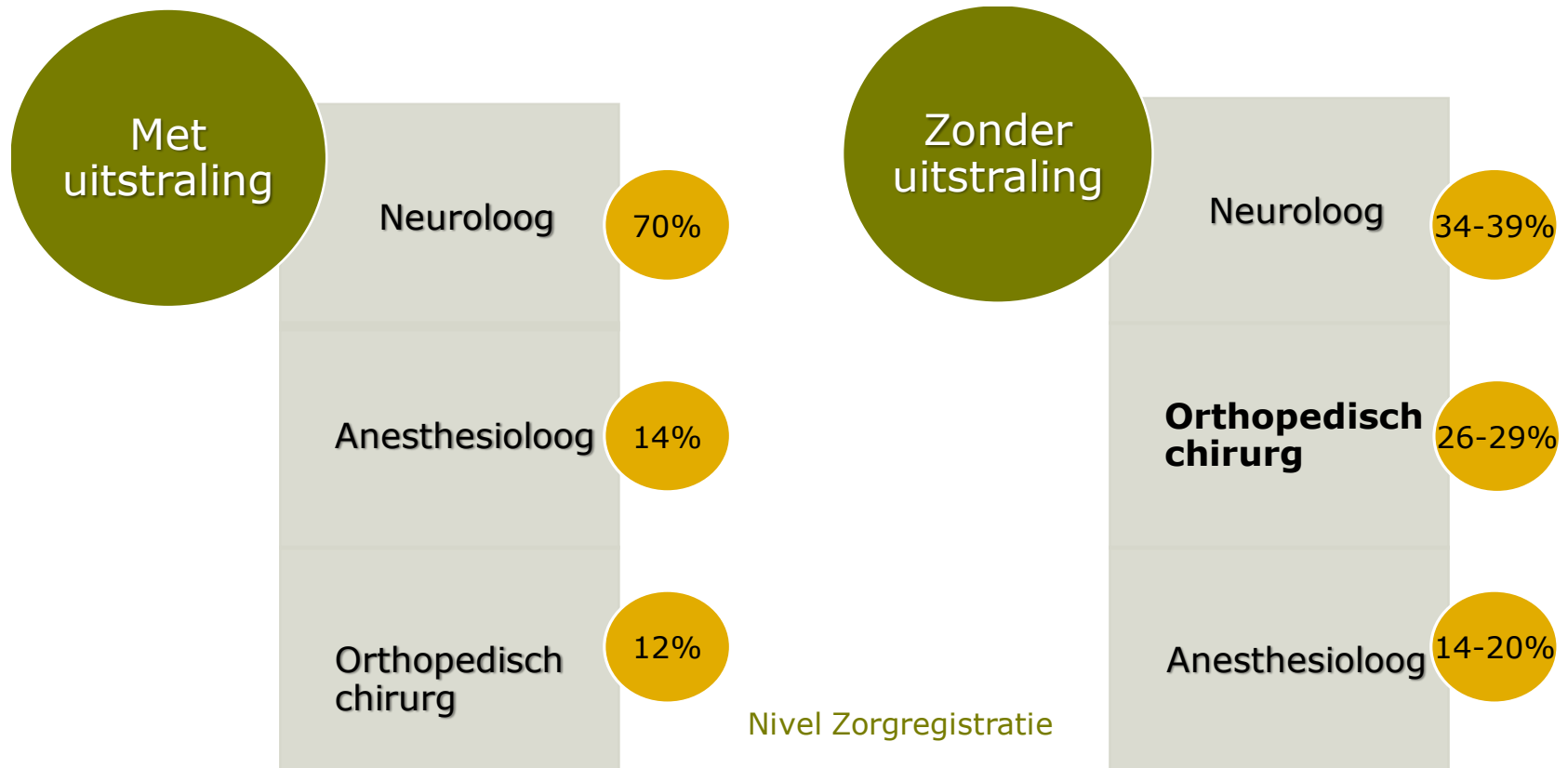


## Verdeling verwijzingen naar tweedelij





# Indeling verwijzing naar zorgverleners





Zorginstituut Nederland

# Zorggebruik in tweede lijn



## Totaal aantal patiënten met klachten vanuit lage rug met en zonder uitstraling

2016

Aandoening	Aantal Patiënten
Rugklachten met uitstraling	108.239
Rugklachten zonder uitstraling	100.492



## Aantal patiënten met klachten vanuit lage rug met en zonder uitstraling per specialisme

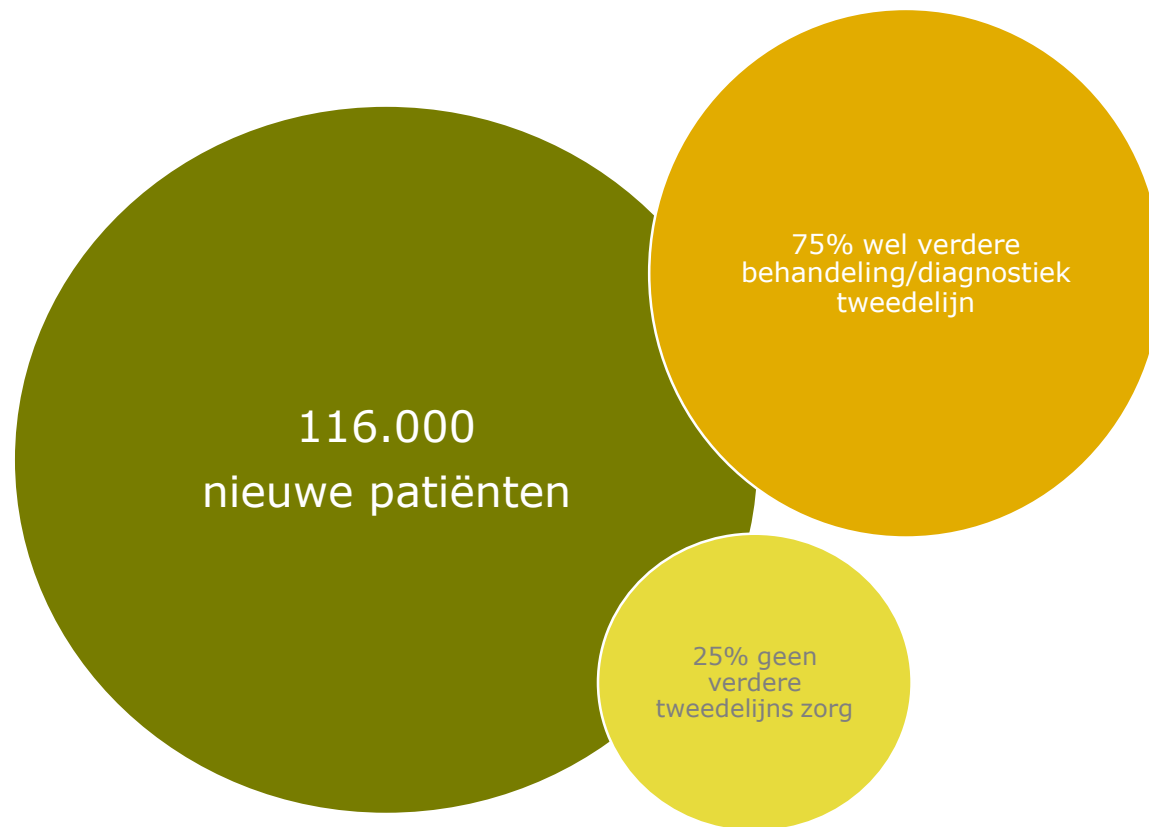
2016

Specialisme	Lage rugklachten met uitstraling
Neurologie	72.303
Anesthesiologie- pijnbestrijding	30.503
Orthopedie	9.464
Neurochirurgie	8.951
Revalidatiegeneeskunde	208
Reumatologie	0

Specialisme	Lage rugklachten zonder uitstraling
Orthopedie	35.453
Neurologie	34.739
Anesthesiologie - pijnbestrijding	28.718
Neurochirurgie	11.699
Revalidatiegeneeskunde	5.302
Reumatologie	2.305



## Zorggebruik in tweedelij





## Zorggebruik in de tweede lijn





## Operaties & heroperaties

Totaal:

2016: 12.030 patiënten geopereerd

2017: 12.865 patiënten geopereerd

Met uitstraling:

Van de nieuwe patiënten in 2015 heeft 7% een heroperatie gehad binnen 3 jaar

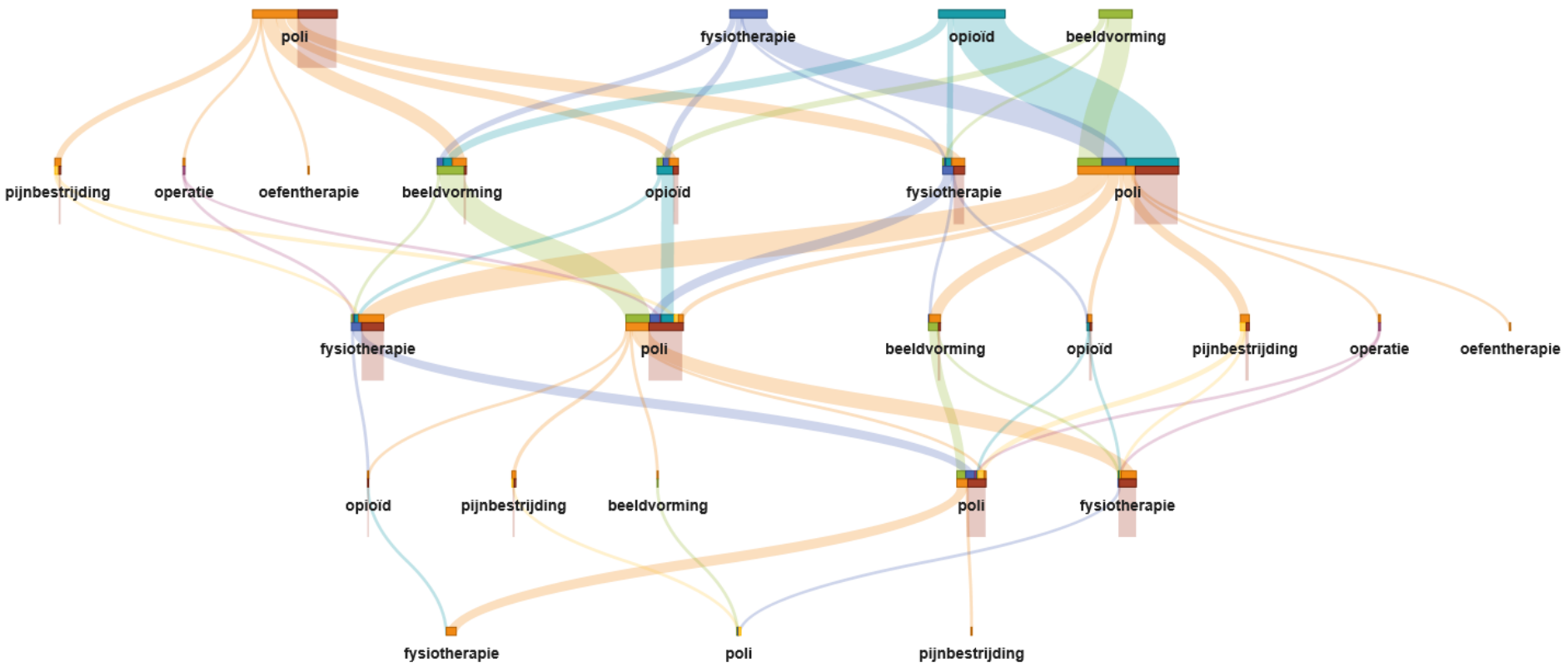
Zonder uitstraling:

Van de nieuwe patiënten in 2015 heeft 7,7% een heroperatie gehad binnen 3 jaar





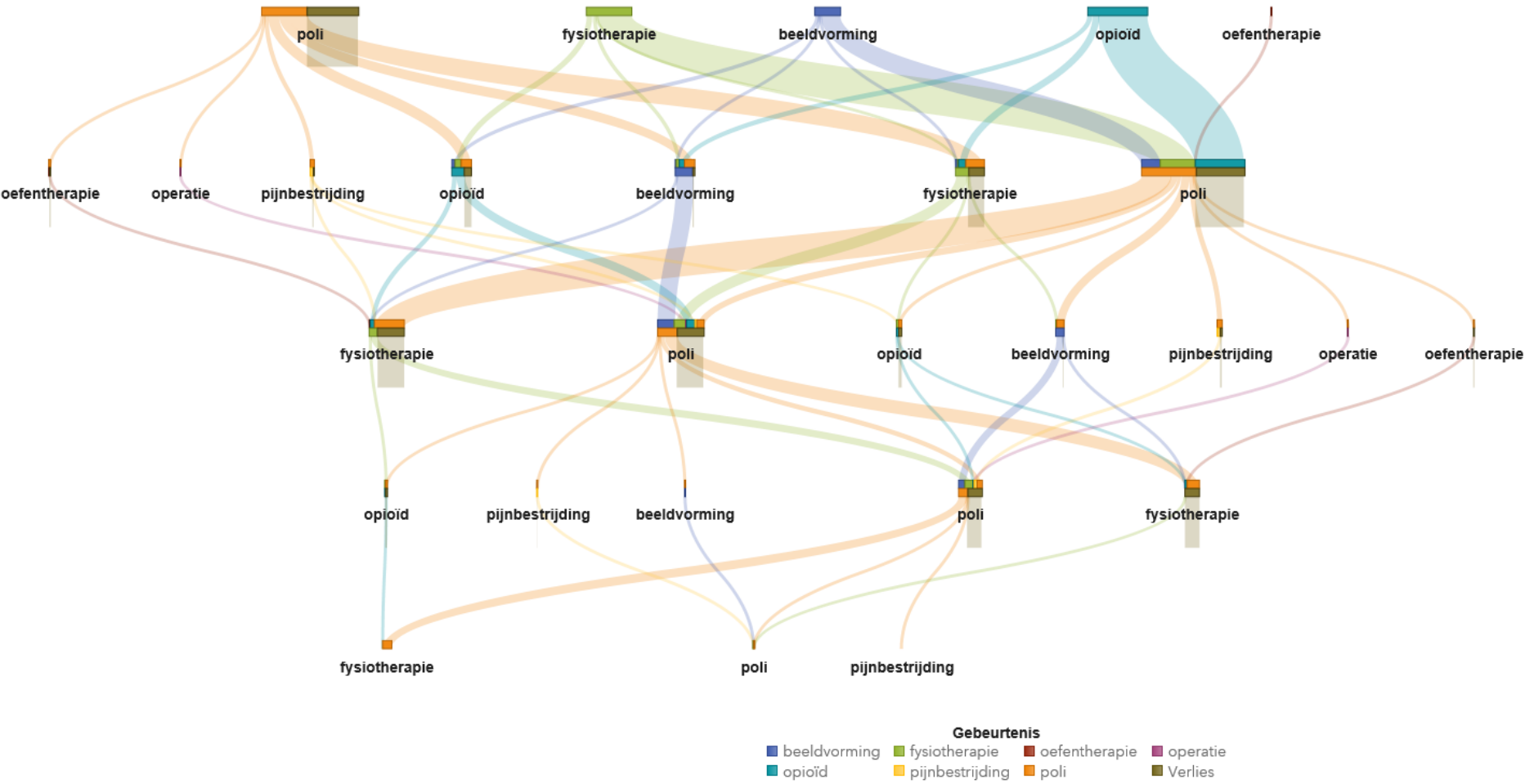
# Zorggebruik in tweedelijns – klachten vanuit de lage rug met uitstraling



**Gebeurtenis**  
■ beeldvorming ■ fysiotherapie ■ operatie ■ opioid ■ pijnbestrijding ■ poli ■ Verlies



# Zorggebruik in tweedelijns – klachten vanuit de lage rug zonder uitstraling





Zorginstituut Nederland

# Informatie voor patiënten



# Zorginzicht

Inventarisatie informatie gebaseerd op richtlijnen,  
verwijzing naar websites:

Doelen van websites verschilt:

- Informatie over aandoeningen, diagnostiek, behandel mogelijkheden
- Helpt patiënten bij het maken van keuzes tussen behandelingen
- Helpt patiënt bij het zoeken naar een behandelaar

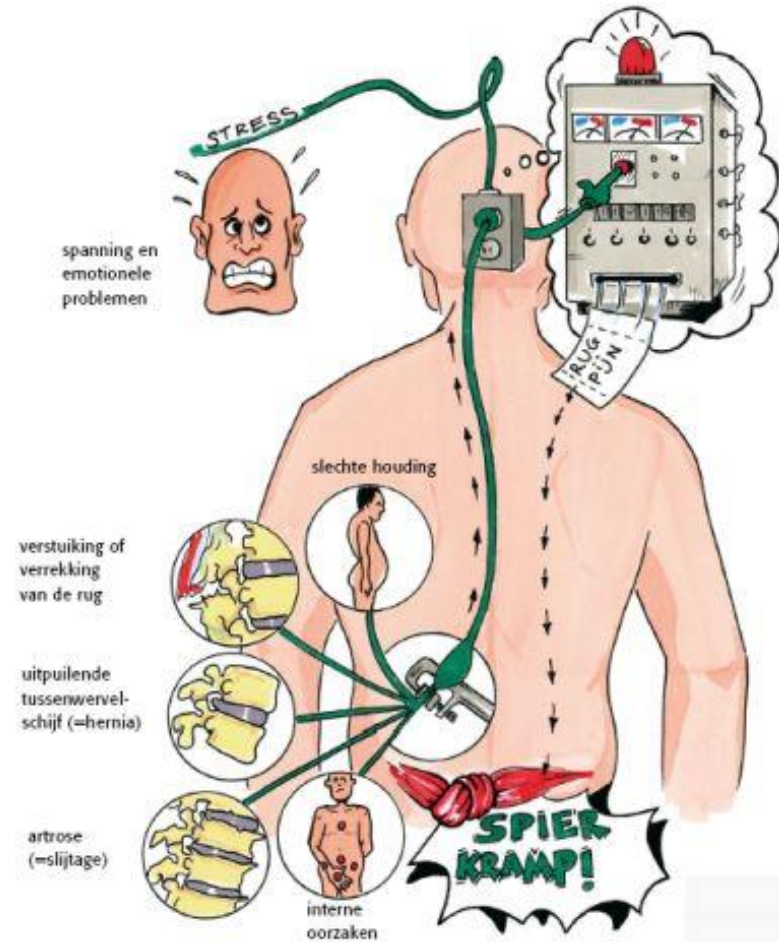
Weten patiënten Zorginzicht te vinden?





# Google

- Veel verschillende websites
- Verwijzingen naar zorgaanbieders (bijv. MRI-aanbieders)
- Eenduidige formulering ontbreekt
- Interpretatie kan op meerdere manieren





# Vragen

Hoe onderscheidt een patiënt betrouwbare van minder betrouwbare informatie?

Kan een patiënt betrouwbare informatie vinden?

Hoe kunnen we de patiënt hierbij helpen?



Zorginstituut Nederland

# Wat heeft de patiënt nodig?

Leen Voogt

Voorzitter Nederlandse  
Vereniging van rugpatiënten  
'de Wervelkolom'



## Verdiepingsfase - planning

3 oktober  
2019

Februari  
2020

Begin mei  
2020

Eind mei  
2020



Stakeholders  
Bijeenkomst

Aanvullende  
Analyses ?

Schrijven  
verbeter-  
signalement

Schriftelijke  
Consultatie  
Stakeholders  
(4 weken)

Verbeter-  
signalement  
aanbieden  
aan RvB ZiN

Verbeter-  
signalement  
aanbieden  
aan Minister





# Samenwerking

- Schriftelijke consultatie verslag van vanavond
- Betrekken bij opstellen verbeterpunten
- Schriftelijke consultatie conceptraport



## Meer informatie over lopende dossiers op onze werkagenda

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/>

Voor vragen: Ingrid de Groot - projectleider  
E-mail: IGroot@zinl.nl





## Beeldvormend onderzoek bij patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweede lijn

Jaar	% MRI lumbosacrale wervelkolom	% Radiologisch onderzoek lumbosacrale wervelkolom	% Radiologisch onderzoek bekken, respectievelijk heupgewricht	% CT wervelkolom
2015	50	24	7	2
2016	47	24	6	3
2017	47	22	6	3



## Anesthesiologische pijnbestrijding bij klachten vanuit de lage rug 2015 - 2017

