

verslag

Bijeenkomst

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

Contactpersoon

Ingrid de Groot
T +31 (0)6 22 16 37 60

Omschrijving	Zinnige Zorg 'Klachten vanuit de lage rug'
Vergaderdatum	3 december 2020, 18:00 uur
Vergaderplaats	Digitaal via Webex
Aanwezig	Nynke Swart - KNGF Hans Redeker - KNGF Ton Kuijpers - NHG Mark Havinga - NOV Lars Elzinga - NVA Xander Zuidema - NVA Teddy Oosterhuis - NVAB Brigitte Brouwer - NVN Willem Oerlemans - NVN Leen Voogt - NVVR de Wervelkolom Mark van der Vlies - NVvR Marij Smits - NVN (toehoorder) Bar Jurling - NZa Gijs Lemmers - Stichting Keurmerk Fysiotherapie Hans van Dongen - SWP Ilona Thomassen - SWP Mariska Mooren - VvOCM Maurits van Tulder - VU Rob Smeets - VRA Geert van Hoof - ZN Ingrid de Groot - Zorginstituut Nederland Bas van der Velde - Zorginstituut Nederland Astrid Chorus - Zorginstituut Nederland Marianne Horn - Zorginstituut Nederland Harald Miedema - Zorginstituut Nederland Marieke Visser - Zorginstituut Nederland Niluka Tilstra - Zorginstituut Nederland Maja Obradovic - Zorginstituut Nederland Heleen Moerland - Zorginstituut Nederland
Afwezig onder afzegging	Agnita Stadhouders - NOV Willem Pondaag - NVvN Henri Kiers - Stichting Keurmerk Fysiotherapie Karin Flobbe - NVVR

Datum

13 januari 2021

Onze referentie

2020053405

1 Opening en mededelingen

Korte introductieronde. Ingrid de Groot heet iedereen welkom en legt de 'spelregels' uit met betrekking tot vergaderen via Webex. Ingrid stelt daarna Bas van der Velde voor. Bas is interim hoofd van de afdeling Zorg binnen het Zorginstituut en lid van de stuurgroep Zinnige Zorg, die bezig is met de doorontwikkeling van de methodiek van Zinnige Zorg.

Vervolgens vat Ingrid kort de geschiedenis van dit traject samen: doel van dit traject is de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug te verbeteren en zinniger te maken. Hiertoe is een richtlijnonderzoek uitgevoerd en zijn overige (data)analyses uitgevoerd, zijn er gesprekken gevoerd met de betrokken partijen en zijn er bijeenkomsten geweest. Op basis van al deze input is een concept verbeter signalement opgesteld, waarop vele reacties zijn ontvangen. Het Zorginstituut heeft een reactie gestuurd naar de partijen, zodat zij weten hoe het Zorginstituut met de binnengekomen reacties wil omgaan. Omdat het niet mogelijk is om alle reacties te bespreken tijdens deze bijeenkomst, zullen we alleen de 'hoofdpunten' bespreken. Ook wil het Zorginstituut graag deze bijeenkomst verdere afspraken maken voor de implementatiefase.

2 Plaats verbeter signalement, impactanalyse en ZE&GG:

Bas van der Velde geeft aan dat het programma Zinnige Zorg bezig is met een doorontwikkeling van de methodiek.

De doorontwikkeling is een lopend traject, maar is verder niet van invloed op dit lopende ZZ-traject. Wel kan het in de toekomst van belang zijn. Bas vertelt over de positie van het verbeter signalement en de impactanalyse: het zijn in principe standaardstappen die wij zetten in het traject. In het verbeter signalement worden de gemaakte afspraken opgenomen. De impact analyse is een bijlage die wij opnemen om grip te krijgen op de mogelijke impact van deze afspraken. De daadwerkelijke afspraken die uiteindelijk gemaakt worden, zullen met Zorgevaluatie en gepast gebruik (ZE&GG) in een volgende fase pas echt concreet worden gemaakt. ZE&GG houdt zich bezig met het daadwerkelijk implementeren van de afspraken die zijn gemaakt. ZE&GG doet dit namens alle HLA-partijen.

- Hans Redeker vraagt zich af of ZE&GG van het Zorginstituut is. Bas van der Velde geeft aan dat dit niet het geval is. ZE&GG is een apart programma dat binnen het kader van het hoofdlijnenakkoord opereert.
- Geert van Hoof vraagt of ZE&GG ook de implementatie verder gaat coördineren en hoe het zit met de monitoringsfase. Bas van der Velde geeft aan dat het vaststellen van het verbeter signalement door het Zorginstituut wordt gedaan. Daarna pakt ZE&GG een deel over, maar blijft ZIN verantwoordelijk voor de monitoring.
- Hans Redeker stelt vervolgens de vraag of ZE&GG ook eerstelijnszorg partijen betreft, zoals wel het geval is bij het

vaststellen van de verbeterselementen. Bas van der Velde antwoordt daarop dat het inderdaad lastig wordt voor de implementatie omdat daar partijen uit zowel de eerste- en tweedelijnszorg bij betrokken zijn, en ZE&GG leunt meer richting de medisch-specialistische zorg. Om die reden is men aan het kijken hoe er goede afspraken met het NHG, het KNGF, en andere eerstelijns partijen vanuit ZE&GG gemaakt kunnen worden.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

3 Mentimeter & waar staan we nu:

Door middel van de mentimeter wordt een aantal vragen gesteld om te zien hoe iedereen dit traject ervaart (zie bijlage voor de vragen en de resultaten). Het zijn drie korte gesloten vragen. Niet iedereen heeft alle vragen beantwoord. Niemand wil toelichting geven op de gegeven antwoorden.

Ingrid gaat over tot de presentatie. Het Zorginstituut heeft veel reacties ontvangen op het concept-verbetersignalement. Reacties worden getoond in een 'word-cloud'. Over het algemeen zijn partijen positief over het afstemmen van zorg in de hele keten en over afspraken om de keuze-informatie en patiëntenvoorlichting te verbeteren. Het Zorginstituut ontving veel kritische vragen over de impact analyse. Bas van der Velde heeft de plaats van de impactanalyse eerder toegelicht. Hier worden verder geen aanvullende vragen over gesteld. Ook vond men de beschrijving van de zorg voor diverse categorieën patiënten niet helder.

4 Epidurale steroïd injecties:

- Ilona Thomassen stelt een vraag over de plaats van de epidurale steroïd-injecties. De NHG adviseert dit niet, maar in de nieuwe richtlijn van de NVN wordt het wel aanbevolen. Voor Ilona is de status hiervan nu niet duidelijk.
- Ingrid de Groot geeft aan dat uit ons richtlijnenonderzoek blijkt dat de eerste lijn het niet aanbeveelt en dat in de nieuwe tweedelijns richtlijn er kennishiaten zijn erkend over de plaats van injecties. Ook vindt er op dit moment onderzoek plaats naar de effectiviteit van injecties. De NVA zet een register op met uitkomsten van diverse pijnbehandelingen, waaronder injecties. Hopelijk geeft dat op termijn inzicht wanneer/ bij welke patiënt injecties effectief zijn.
- Daarnaast refereert Ilona Thomassen naar een onlangs verschenen artikel uit het NRC "Samenwerken aan passende zorg". Zij is van mening dat dit een mooie ontwikkeling is en hoopt dat het Zorginstituut in een paragraaf of bijlage hieraan aandacht kan geven. Volgens Bas van der Velde kunnen wij hier samen inderdaad een mooie invulling aan geven.
- Mark Havinga geeft aan dat je rondom het al dan niet geven van injecties moet specificeren over welke diagnose je spreekt. Bij lage rugklachten helpt een injectie inderdaad niet.
- Ilona Thomassen vult aan dat de richtlijn gaat over lumbosacraal radiculair syndroom en niet over rugklachten in het algemeen. Volgens Mark zijn dat dus twee totaal

- verschillende dingen.
- Lars Elzinga vult aan moeite te hebben met dit (gebrek aan) onderscheid in rugpathologie in het verbeteringsignalement.
 - Ingrid de Groot antwoordt dat het uiteindelijk voor de hele groep duidelijk moet worden wat de effectiviteit is en dat een patiënt bij de huisarts komt met een klacht vanuit de lage rug en niet met een diagnose. Voor de implementatiefase is de boodschap naar de partijen dan ook: maak de afspraken in de keten hierover helder. Het Zorginstituut is hierin alleen richtinggevend. Daarnaast zal het Zorginstituut wel kritisch kijken naar het onderscheid tussen specifieke lage rugklachten en specifieke rugpathologieën in het verbeteringsignalement, omdat hierover veel onduidelijkheid bestaat.
 - Geert van Hoof worstelt met de vraag over vergoeding van injecties en hoe het verbeteringsignalement zich verhoudt tot een duiding hierover. Hij geeft ook aan dat het Zorginstituut in het verbeteringsignalement stelt dat de aanspraak op corticosteroïd injecties zal worden opgenomen en vraagt of het Zorginstituut dus in het definitieve rapport een uitspraak doet over vergoeding van injecties.
 - Ingrid antwoordt dat het ZIN met een verbeteringsignalement geen duiding doet, dus geen uitspraak doet over de vergoeding van zorg, maar heeft het antwoord op de vraag hoe die opmerking over de aanspraak dan geïnterpreteerd moet worden, niet paraat.
 - Mark Havinga komt terug op de verschillende rugaandoeningen die in het verbeteringsignalement genoemd worden en citeert hieruit: "Aspecifieke klachten van de lage rug zijn klachten die niet te herleiden zijn tot specifieke structuren die zijn aangetast, zoals spieren, pezen en gewrichten." Daarnaast geeft hij aan dat het Zorginstituut stelt dat sprake is van specifieke lage rugklachten bij een hernia, wat een LRS veroorzaakt, en lumbale kanaalstenose, wat geen LRS, maar uitstraling naar het been veroorzaakt. Mark Havinga is van mening dat we vanuit deze beelden moeten denken.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

5 Rugconsulent:

Marieke Visser vertelt dat we allemaal gezien hebben dat coördinatie van zorg belangrijk en nodig is. Het Zorginstituut heeft gekeken naar verschillende initiatieven, waarvoor vaak het wetenschappelijk bewijs ontbreekt. Een suggestie is om een coördinator van zorg aan te wijzen, ongeacht hoe je die noemt, binnen regio's of binnen ketens. Voor de rugzorg is daar beperkt ervaring mee, maar bij de zorg voor Parkinson, dementie en reuma is gebleken hoe fijn het voor een patiënt is om op één centrale plek terecht te kunnen. Er zijn veel reacties binnengekomen over het gebrek aan bewijs van effectiviteit van een rugconsulent/coördinator. We kunnen het in ieder geval eens met elkaar zijn dat we het algemener moeten formuleren: dat de coördinatie van zorg heel belangrijk is binnen de keten en dat je daarover afspraken binnen de keten moet maken. Dat dit een rugconsulent/coördinator moet worden, kunnen we niet voldoende

onderbouwen.

- Ilona Thomassen zegt te begrijpen dat we het hier eigenlijk hebben over een 'case manager', waarin men ook in de leidraad over bezig is. Patiënten die niet goed in staat zijn zelf de regie te nemen, kunnen hiernaartoe. Ilona Thomassen had het idee dat een rugconsulent iemand binnen het behandelteam is waar iedereen naar toe kan.
- Maurits van Tulder geeft aan dat in de ketenzorgrichtlijn consensus was om bij rugklachten iemand een coördinerende rol te geven. Dat kan op verschillende manieren ingevuld worden. Zo'n coördinator moet duidelijkheid scheppen waar het voor patiënten onduidelijk is, zoals in het voorbeeld van de tegengestelde adviezen in de eerste en tweede lijn over injecties, wat verwarrend is voor patiënten.
- Hans van Dongen heeft zich lang beziggehouden met de zorgstandaard chronische pijn. Hierin wordt een algemene term opgenomen voor deze functie, namelijk de 'ketenzorgcoördinator'. Het is onwenselijk om voor verschillende aandoeningen allemaal verschillende soorten coördinatoren te hebben, want dat wordt weer een wirwar aan coördinatoren voor de patiënt. Een ketenzorgcoördinator per regio zou een uitkomst zijn. Dan houd je één soort functie met specialisaties over en wordt het geen chaos.
- Rob Smeets geeft aan dat t.b.v de leidraad de zorgcoördinator ook werd behandeld. Er zijn twee opties mogelijk: een zou een zorgcoördinator kunnen zijn en de ander is een coördinator voor laaggeletterden, omdat zo'n 20 procent van de bevolking laaggeletterd is. Deze groep mensen heeft moeite om te begrijpen wat behandelaars hen vertellen. De coördinator voor laaggeletterden neemt ook wat werk uit handen van een huisarts. De meerwaarde van een dergelijke functie is nog onvoldoende onderzocht.
- Geert van Hoof zegt dat voor meerdere aandoeningen projecten rondom coördinatie van zorg lopen. Vaak is de evidence niet duidelijk en het is lastig om goed onderzoek naar effectiviteit hiervan op te zetten. Hij geeft aan dat ook gekeken wordt naar een aparte manier van financiering van een coördinator die eigenlijk deels het werk van een huisarts uit handen neemt.
- Mariska Mooren vult Rob Smeets aan m.b.t. een coördinator voor laaggeletterden, en wijst erop dat ouderen ook vaak meer begeleiding nodig hebben.
- Brigitte Brouwer vraagt zich wel af welke richtlijn zo'n coördinator dan moet volgen: de NHG of NVA, of NVN?
- Marieke Visser vult aan dat het ook zo kan zijn dat die richtlijnen beter op elkaar afgestemd worden. Het is niet gewenst dat de coördinator ook niet weet welke richtlijn gevolgd moet worden. Hierom moeten er goede afspraken in de keten gemaakt worden.
- Maurits van Tulder vult aan dat een coördinator niet per definitie een behandelaar hoeft te zijn, dus hoeft er niet altijd een richtlijn gevolgd te worden. Deze persoon dient echter wel op de hoogte te zijn van de bestaande richtlijnen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- Brigitte Brouwer zegt dat het huidige probleem is dat er een discrepantie is tussen de eerste en tweede lijn en een patiënt te lang in de tweede lijn blijft hangen, maar dat een zorgcoördinator dit probleem niet zal kunnen oplossen.
- Xander Zuidema voegt hieraan toe dat dit project juist tot doel had om de zorg op elkaar af te stemmen en de patiënt passende zorg te kunnen bieden. Hieraan hebben de partijen zich gecommitteerd. Nu wordt er oplossingsgericht gedacht, maar de vraag is eerder hoe we gaan voorkomen dat een patiënt 'geping-pong' wordt tussen de verschillende zorgaanbieders. Een eerste stap hierin zou zijn om de eerste- en tweede lijn goed op elkaar af te stemmen. We zouden überhaupt niet moeten praten over eerste-/tweede-/derde lijn vindt Xander Zuidema.
- Het zou goed zijn als er in de leidraad Chronische Pijn een hoofdstuk over rugklachten wordt opgenomen, voegt Ingrid de Groot hieraan toe.
- Ilona Thomassen geeft aan dat er gewerkt wordt aan een schema over hoe het pad van een patiënt moet verlopen. Als dit schema gevolgd wordt, kan voorkomen worden dat een patiënt doolt. Xander Zuidema zegt dat de leidraad niet is geschreven voor lage rugklachten, maar gaat over alle chronische pijn. Omdat rugpijn zo'n grote aandoening is, wordt deze hierin wel als voorbeeld genomen.
- Rob Smeets voegt hieraan toe dat het grootste probleem de implementatie betreft. Hierin zullen grote stappen gemaakt moeten worden, ook als het gaat om de financiering. De wil is er zeker wel en de leidraad is een eerste stap, maar nu moet nog de implementatie plaatsvinden.
- Ingrid de Groot vraagt of ook de NZa en zorgverzekeraars bij de implementatie betrokken worden. Daar wordt zeker over gesproken volgens Rob Smeets. Alle partijen moeten betrokken worden wil het een kans van slagen hebben. Verwijzend naar het artikel waar Ilona eerder over sprak, zegt Geert van Hoof dat het probleem is dat er niet over de lijnen heen wordt gekeken, ook als het gaat om de financiering van zorg. De financiering stuurt de zorg aan, maar dit zou omgekeerd moeten zijn.
- Ilona maakt nog een laatste opmerking over het artikel "samenwerken aan passende zorg" en dat hierin de ontwikkelingen worden benoemd waar zij zich hard voor maakt. Zij hoopt op meer aandacht over dit rapport bij beroepsverenigingen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

6 Beeldvormende diagnostiek:

Marianne Horn vertelt dat het Zorginstituut ook rondom de toepassing van beeldvormende diagnostiek de resultaten van de data-analyses naast de aanbevelingen uit de richtlijnen van zowel de eerste- als tweede lijn heeft gelegd. De conclusie van ZIN hieromtrent was dat er meer beeldvormende diagnostiek wordt gedaan dan wordt aanbevolen. In het verbeter signalement worden om die reden twee richtinggevende verbeteradviezen gegeven.

Marianne Horn laat vervolgens een dia zien waarin wederom middels een 'word cloud' de verschillende reacties worden getoond. De reacties lopen sterk uiteen. De argumenten voor het wel doen van beeldvormende diagnostiek zitten op het niveau van dat het onderdeel is van gedeelde besluitvorming of dat het patiënten helpt om de therapie te accepteren, of hen gerust te stellen. Hoewel richtlijnen in samenspraak tot stand komen, blijkt toch dat er verschillend over gedacht wordt. De vraag is hoe ZIN verder moet met deze reacties. ZIN schrijft niet voor hoe zorg verleend moet worden, maar vindt het belangrijk dat partijen hier met elkaar over in gesprek gaan om tot gezamenlijk gedragen aanbevelingen te komen. Alleen op die manier komt er een eenduidig verhaal naar de patiënten en gaan zij minder dolen. Marianne Horn sluit af met de boodschap dat de implementatiefase een goede gelegenheid biedt om hier gezamenlijk afspraken over te maken.

- Ilona Thomassen vraagt zich af of dat niet een onderdeel van de ketenzorgrichtlijn is. Marianne Horn antwoordt dat het mogelijk wel in de ketenzorgrichtlijn past, maar ook in de afzonderlijke richtlijnen van de beroepsgroepen. Maar voordat we überhaupt beginnen met het opschrijven van de aanbevelingen, moeten we overeenstemming krijgen over waar en wanneer er beeldvormend onderzoek wordt aanbevolen. Ilona geeft op haar beurt weer aan dat zij bedoelt dat als alle partijen toch in het kader van de ketenzorgrichtlijn bij elkaar zijn, hierover samen nagedacht kan worden. Mogelijk kunnen we in het plan van aanpak opnemen welke partijen dit oppakken zegt Marianne Horn. Het is belangrijk dat dit onderwerp wordt opgepakt.
- Mark Havinga benadrukt dat het hier over de tweede lijn gaat en zegt nogmaals dat het van belang is te onderscheiden over welke rugklachten we praten. Vaak zal je wel aanvullende beeldvormende diagnostiek nodig hebben om een klacht te kunnen duiden (mechanisch/niet mechanisch/multifactorieel). We kunnen volgens Mark Havinga niet alles op één hoop gooien, ook als het gaat over adviezen rondom beeldvormende diagnostiek. Marianne Horn is het ermee eens dat goed omschreven moet worden bij welk probleem er een indicatie is om beeldvormend onderzoek te doen. Tevens geeft zij aan dat het in de dia ook over de eerste lijn ging. Zo zijn er partijen die van mening zijn dat de MRI wel een plek heeft in de eerste lijn, want daarmee voorkom je mogelijk een verwijzing naar de tweede lijn.
- Maurits van Tulder vindt dit een lastige kwestie: in de eerste lijn is het de vraag of er een goede reden is om te verwijzen naar de tweede lijn. Soms is het alleen om gerust te stellen en dan is er geen vermoeden op een specifieke klacht. In zulke gevallen is de vraag of het echt zinvol is om een MRI te maken. Ook voor de tweede lijn geldt dat nagedacht moet worden of een MRI nodig is voor behandelkeuze. We moeten ons in het algemeen afvragen of beeldvormende diagnostiek in de meeste gevallen helpt om een goede diagnose te stellen en het juiste

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

behandeltraject in te gaan. Maurits van Tulder is van mening dat daarin wel verbetering aan te brengen is. We moeten niet discussiëren over of we de MRI wel of niet moeten doen, maar we moeten ons afvragen of we vinden dat beeldvormende diagnostiek optimaal ingezet wordt of dat we hierin een verbeteringslag kunnen maken. Daarvoor is samenwerking tussen de eerste en tweede lijn nodig.

- Gijs Lemmers geeft aan dat het zinvol is om met een groep te inventariseren bij welke indicaties beeldvormende diagnostiek wordt aanbevolen, zowel voor de eerste als tweede lijn. En wanneer niet daaraan voldaan wordt ons af te vragen waar de barrières zijn en waar we het kunnen verbeteren? Het is lastig om in deze samenstelling middels een videomeeting daar nu consensus over te krijgen. Marianne Horn benadrukt dat het niet de bedoeling is om er nu consensus over te krijgen en dat het een heel proces gaat worden.
- Hans van Dongen: Als patiënt vind je het belangrijk dat als een MRI wordt aangevraagd dat de aanvrager voldoende technisch inzicht heeft om deze te interpreteren. Dus voordat we gaan discussiëren over de plek van de MRI, is het van belang dat degene die het aanvraagt ook de kennis hierover heeft om het te kunnen interpreteren, anders schiet je niks op in de discussie. Marianne Horn geeft aan dat we dit ook in de reacties op het verbeteringsignalement hebben gelezen.
- Ingrid de Groot concludeert dat het wel duidelijk is dat hier aandacht aan moet worden besteed en dat hier gezamenlijk naar moet worden gekeken. Verder vat zij samen welke punten er vanavond al besproken zijn: de impactanalyse, rugconsulent en beeldvormende diagnostiek, die volgens het ZIN de belangrijkste punten waren. Op de vraag of er nog andere belangrijke onderwerpen die men ter sprake wil brengen zegt
- Hans Redeker de conclusie te missen over de rugconsulent. Hij concludeert zelf op basis van de eerdere discussie dat de term rugconsulent leidt tot verwarring, maar dat het wel duidelijk dat er een groep patiënten is die een zorgcoördinator nodig heeft. Ingrid de Groot geeft aan dat de uitwerking van de zorgcoördinator in de leidraad wordt opgenomen.
- Nynke Swart heeft in het verbeteringsignalement gekeken naar de aanbevelingen rondom de juiste behandeling op het juiste moment. Zij ziet daarin terug dat we het met elkaar eens zijn dat er teveel mensen 'onnodig' naar de tweede lijn worden verwezen. Maar de vraag is, wat is 'onnodig'? Zij vraagt zich af of het nodig is om dan de eerste lijn te versterken, zodat voorkomen wordt dat teveel mensen naar de tweede lijn worden doorverwezen.
- Ingrid de Groot vraagt Ton Kuijpers hierop te reageren vanuit het perspectief van de huisartsen. Ton Kuijpers vraagt in eerste instantie verduidelijking van Nynke over de versterking van de eerste lijn.
- Nynke antwoordt dat het bijvoorbeeld gaat om de rol van de fysiotherapeut, ook omdat er in de huisartsenzorg weinig ruimte is. Op de vraag van Ton Kuijpers of zij bedoelt dat de

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- fysiotherapeut mogelijk de rol van de zorgcoördinator zou kunnen invullen, reageert zij positief.
- Als het aan Ton ligt kan dat wel, alleen is een fysiotherapeut een behandelend discipline. Hij stelt geen diagnoses. Dus het zou kunnen wat hem betreft mits de fysiotherapeut een neutrale positie inneemt: dus geen behandelingen uitvoert als er ook niets hoeft te gebeuren. Ton Kuijpers is een beetje zoekende over wie die rol moet vervullen. Hij is ook betrokken geweest bij de ketenzorgrichtlijn. Ook daar werd een 'case manager' gesuggereerd, maar wie die rol moet gaan vervullen is na acht jaar nog steeds niet duidelijk. Dat komt doordat het een complex vraagstuk is met regionale verschillen.
 - Ingrid de Groot sluit dit onderwerp af door te zeggen dat in de leidraad uitgewerkt moet worden wie de rol van een zorgcoördinator/case manager op zich moet nemen. Zij is zich ervan bewust dat dat regionaal verschillend kan zijn.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

7 Hoe nu verder?

Marieke Visser ziet dat coördinatie, afstemming en met elkaar in gesprek gaan steeds weer terugkerende onderwerpen zijn. Ze geeft aan dat we geen kant-en-klare oplossingen in het verbeteringsproces kunnen geven, maar wel waar we wat kunnen afspreken, waar we wat vastleggen en wie daarover de verantwoordelijkheid draagt.

Marieke Visser laat een dia zien met een schema met verbeterafspraken en (eventuele) einddata voor afronding van de projecten. Zij geeft ook aan dat er al veel bewegingen gaande zijn. Mogelijk kunnen wij meeliften in die bewegingen en ervoor zorgen dat de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug hierin een plaats krijgt.

Zo is eerder de multidisciplinaire leidraad Chronische Pijn besproken. Onder meer de NVA en de VRA hebben dit ingewikkelde traject opgepakt. Een belangrijke stap in dit traject is het benoemen van de groep patiënten met chronische rugpijn en aanbevelingen doen over hoe de zorg voor deze patiënten georganiseerd moet worden. Voor deze verbetering is er zelfs een einddatum vastgesteld. Marieke vraagt Xander Zuidema of dit binnen afzienbare tijd ook daadwerkelijk kan worden afgerond.

- Xander Zuidema zegt dat hij niet de voorzitter is, maar wel de aanjager van dit project. Hij is erg blij dat ook de huisartsen zijn aangehaakt, waar ze bij de zorgstandaard ontbreken. Verder geeft hij aan dat het geen makkelijk traject zal zijn, omdat het over de verschillende lijnen heen gaat en veel partijen worden betrokken. Ook zal er vanwege corona waarschijnlijk vertraging worden opgelopen. Dus 31-05-2021 zal het niet afgerond worden, maar er wordt wel hard aan gewerkt. Het moet worden gezien als een 'paraplu document', met lage rugklachten als voorbeeld.
- Marieke Visser geeft ten slotte aan dat we niet aan deze einddatum zullen vasthouden, maar het wel met vol enthousiasme gaan volgen en ondersteunen daar waar we kunnen. Verder benoemt Marieke de ketenzorgrichtlijn. De

ketenzorgrichtlijn uit 2010 is nooit door alle partijen geautoriseerd. Marieke hoopt dat dit bij de nieuwe ketenzorgrichtlijn wel zal gebeuren en dat de betrokken partijen dat opnieuw zullen oppakken en binnen afzienbare tijd gaan realiseren. Zij vraagt Ton Kuijpers vanuit de NHG te reageren.

- Ton Kuijpers is het ermee eens dat de richtlijn uit 2010 (deels) geüpdatet moet worden. Hij geeft aan dat iedereen in principe wil dat de richtlijnen op elkaar afgestemd worden. Maar soms lopen de belangen te veel uiteen of zijn de inzichten niet hetzelfde. Dan lopen ze uit de pas. Zo'n ketenzorgrichtlijn kan dit probleem mogelijk oplossen. Hij vraagt zich vooral af wie dit traject gaat trekken. De NHG voelt daarin wel een verantwoordelijkheid, maar dit is niet het enige Zinnige Zorg project waar de NHG bij betrokken wordt en niet het enige onderwerp op de agenda van de NHG.
- Marieke Visser geeft aan dat dit in principe voor alle partijen geldt. Iedereen heeft het druk. Maar wat belangrijk is, is dat partijen in ieder geval in overleg gaan hoe ze dat kunnen realiseren, mogelijk in een wat kleiner overleg. Belangrijk is dat het in ieder geval geagendeerd wordt.
- Rob Smeets voegt hieraan toe dat hij het vervelend vindt dat men met het argument komt het te druk hebben, want wie bepaalt wat prioriteit heeft binnen welke beroepsvereniging? Hoe belangrijk moet rugpijn zijn? Rugpijn blijft namelijk een groot maatschappelijk probleem. We komen niet verder door vanuit onze eigen hokjes te denken volgens Rob, maar we moeten opstaan en het gewoon doen! Rob zegt al 20 jaar met dit onderwerp bezig te zijn maar iedere keer vangt hij bot door mensen die zeggen het druk te hebben. Maar mogelijk moeten we iemand vinden die ons gaat dwingen iets te doen, zegt Rob Smeets ten slotte.
- Ingrid vraagt Bas van der Velde of hierover wordt nagedacht.
- Bas complimenteert Rob met het pleidooi hierboven, maar erkent ook dat de NHG veel op zijn bord krijgt. Bas snapt dat hier een knelpunt in zit, dat ziet hij ook terug in andere Zinnige Zorg trajecten. Uiteindelijk heeft het Zorginstituut ook wel instrumenten om de zaken iets steviger neer te zetten, zoals de Meerjarenagenda. Maar de voorkeur is wel dat partijen uit het veld dit zelf ter hand nemen.
- Ton Kuijpers dankt Bas voor de steun voor de NHG. Verder zegt hij dat de NHG nu ook in gesprek met het Zorginstituut is of de NHG überhaupt wel op al deze bijeenkomsten moeten verschijnen. Vaak is daar de capaciteit ook niet voor. Ton Kuijpers geeft aan dat het zeker geen onwil is om dit probleem op te pakken en hij zal in ieder geval z'n best doen en kijken binnen de NHG of richtlijnen niet in z'n geheel geüpdatet hoeven te worden, maar alleen relevante onderdelen die gedateerd zijn om de hete hangijzers op te lossen. Verder vindt hij dat vanavond de ketenzorgrichtlijn teveel is genoemd als dé oplossing van de knelpunten. Zo lang er geen eenheid van taal is, blijven er knelpunten op dit vlak bestaan.
- Ton zegt zich volgend jaar in te zullen spannen om binnen de

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- NHG te kijken wat ze met de ketenzorgrichtlijn zullen doen.
- Ingrid de Groot vraagt zich af of we kunnen prioriteren welke modules en aanbevelingen specifiek onderzocht moeten worden. Beeldvormend onderzoek en eenheid van taal zijn belangrijke punten die daarin geprioriteerd moeten worden.
 - Marieke Visser gaat weer terug naar de diavoorstelling met het schema van projecten en einddata. Ton Kuijpers wil graag de nuance in het schema zien dat de NHG volgend jaar niet de ketenrichtlijn gaat herzien, maar dat zij het gesprek hierover aangaan. Marieke vindt dit terecht en zegt dat we het in ieder geval zeker moeten agenderen.
Verder geeft Marieke Visser aan dat een richtlijn ontwikkelen/updaten één ding is, maar dat we er ook voor moeten zorgen dat deze in de praktijk worden toegepast. Marieke vraagt met betrekking tot het volgende onderwerp (patiënteninformatie en voorlichting) de revalidatieartsen en patiëntenvereniging het voortouw te nemen.
 - Rob Smeets geeft te kennen dat dit alleen uitgevoerd kan worden als er geld beschikbaar wordt gesteld, ook om eventuele publiciteitscampagnes op de agenda te zetten.
 - Bas van der Velde reageert hierop dat we hiervoor richting VWS moeten kijken.
 - Rob Smeets zegt dit vorige keer geopperd te hebben bij het Zorginstituut en dat de VRA alleen de kar kan trekken indien er geld beschikbaar wordt gesteld.
 - Ingrid de Groot geeft te kennen dat we zijn punt zeker hebben gehoord en dat ZIN intern al een beetje aan het zoeken is, maar dat de kans wel groot is dat we richting VWS moeten kijken, zoals Bas zei.
 - Marieke Visser gaat verder met het onderwerp keuze-informatie, waarbij het ook wenselijk is inzicht te krijgen wat het resultaat is van behandelingen. De NVA heeft al belangrijke stappen gezet als het gaat om het verzamelen van uitkomstinformatie. Het Zorginstituut volgt dit met interesse. De DSS was begonnen met de registratie van aantallen operaties en de uitkomsten. De NOV verzamelt veel PROMS en loopt hierin voorop. Al deze punten zijn belangrijke stappen in het beschikbaar maken van keuze-informatie voor de patiënt.
 - Geert van Hoof geeft als reactie hierop dat registers maar moeizaam van de grond komen, zoals de pijnregistratie van de NVA. Dit geldt ook voor de DSS. ZN heeft de financiering van DICA teruggetrokken (of gaat dit per 1 januari 2021 doen), omdat het niet goed van de grond komt. Het is allemaal dus te optimistisch gesteld als het gaat om de transparantie volgens Geert. Hij zegt ook dat hier fors in geïnvesteerd moet worden.
 - Xander Zuidema reageert hierop dat registraties best wel implementeerbaar zijn, indien er voldoende druk achter zit. Ook moeten ziekenhuizen nauw betrokken worden bij het uitrollen van registraties, omdat met hen contracten afgesloten moeten worden. Het helpt ook als andere stakeholders meehelpen in dit traject (zoals zorgverzekeraars en het Zorginstituut), maar in principe willen alle partijen die hier vanavond zijn hetzelfde.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- Mark van der Vlies merkt dat de MRI enigszins onder schot ligt en hij wil een pleidooi maken dat de MRI juist een goede triage tool is voor het al dan niet verwijzen naar de tweede lijn. Mogelijk zou het maken van een MRI dus kosteneffectiever zijn dan wanneer je de huisarts deze 'tool' ontnemt. Het geeft de patiënt veel duidelijkheid. Het sluit dingen uit of bevestigt het juist. Mark vindt ook niet dat het gaat om grote aantallen, 1-2% van de patiënten die een MRI krijgen in de eerste lijn, en snapt niet waarom hierover discussie gevoerd wordt.
- Marieke Visser antwoordt hierop dat de meningen over beeldvormende diagnostiek enorm uiteen lopen en dat er behoefte is aan afstemming. Radiologen/ huisartsen/orthopeden moeten hierover afspraken maken.
- Maurits van Tulder loopt al lang met de frustratie dat er nooit een onderzoeksprogramma is geweest voor chronische rugklachten. Dus veel vragen die we hebben kunnen we niet beantwoorden. Voor veel andere chronische aandoeningen zijn er wel onderzoeksmiddelen wel beschikbaar. We moeten onze krachten richting het VWS bundelen om dit ook voor patiënten met rugklachten beschikbaar te stellen.
- Ingrid de Groot sluit de vergadering af door Maurits Tulder te bedanken voor zijn toevoeging en geeft aan dat het acht uur is. Degenen die graag nog iets willen toevoegen aan de discussie kunnen dat nog doen door in de vergadering te blijven. Ingrid geeft verder aan dat het Zorginstituut de input van deze avond gaat verwerken in een definitief verbeteringsignalement, dat in het eerste kwartaal van 2021 uitgebracht zal worden. Daarna begint de implementatiefase, waarin we daadwerkelijk met z'n allen aan de slag gaan met de verbeterpunten.

Een deel van de deelnemers sluit de vergadering af en een deel blijft nog. Er wordt nog in een klein half uur een en ander kort besproken.

- Marieke Visser vertelt dat er over het algemeen twee elementen zijn:
 1. wat weten we nu en hoe kunnen we de zorg op basis van deze kennis verbeteren?
 2. als we het eerste punt uitvoeren, komen we ook kennishiaten tegen, die we daarna kunnen onderzoeken?
 Deze twee elementen lopen elkaar niet in de weg, en kunnen naast elkaar worden uitgevoerd. Zo houden we het proces in beweging.
- Maurits van Tulder vult aan dat we vooral moeten zoeken naar haalbare verbeteringen en niet de illusie moeten hebben dat we van de één op de andere dag de hele zorg voor patiënten met rugklachten moeten of kunnen veranderen. Verder is het ook een uitdaging om van elkaar te leren en 'best practices' te selecteren.
- Marieke Visser voegt hieraan toe dat we een soort van kennisplatform moeten hebben, waar alles gedeeld kan worden en dat het Zorginstituut dat zou kunnen ondersteunen.
- Hans van Dongen: tegenwoordig is het zo dat als je van ZonMW

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

geld voor onderzoek wil krijgen, dan kan dat alleen als de patiëntenvertegenwoordiging meedoet. Stichting Pijnpatiënten naar één stem wordt dus nu bij alle onderzoeken betrokken. Dus daar waar de beroepsgroepen elkaar niet hebben gevonden, zijn er via hen wel verbindingen te leggen. FMS is begonnen met een project over een generieke module over de toediening van opioïden. Hans van Dongen doet aan dit project mee. Hij werkt ook mee aan een project over hoe je aan kinderen op een eenvoudige manier kunt uitleggen wat pijn is en wat het doet in je lichaam. Dit op basis van het door fysiotherapeuten geschreven en door Hans van Dongen uitgegeven boek: 'Het geheim van pijn'. Ook heeft hij bij Stichting Pijnpatiënten naar één stem het initiatief genomen om een werkgroep op te richten voor kinderen met chronische pijn. De bedoeling is om een soort addendum bij de zorgstandaard te schrijven.

- Marieke Visser zegt dat we dit allemaal kunnen opnemen in dat Kennisplatform. Verder zegt zij dat ZonMw nadat het een aantal jaren geen subsidie wilde verlenen voor onderzoek naar de organisatie van zorg deze subsidie nu wel verleent. Dus zouden we volgend jaar kunnen kijken of er een initiatief is dat daar ingebracht kan worden.
- Hans van Dongen vertelt dat hij en Harald Miedema lang aan de Zorgstandaard Chronische pijn hebben gewerkt. Er ligt een plan (ligt nu even stil vanwege Corona) om te komen tot een werkgroep. Deze werkgroep zou een implementatieprogramma moeten opzetten. Het doel is dan om dat wat in de Zorgstandaard Chronische staat, te implementeren. Daarbij wordt ook de organisatie van zorg meegenomen.
- Harald Miedema vult aan dat we daar zeker mee verder gaan en dat Hans van Dongen daarbij betrokken wordt.
- Mark Havinga wil graag nog een algemene opmerking maken: het punt is dat de lage rugklachten heel divers zijn. De klachten bestaan uit meerdere componenten: de kennis hieromtrent ligt vooral in de tweede lijn, maar hoe krijgen we de kennis over de lijnen heen en zo snel mogelijk bij de patiënt? Hoe zorgen we ervoor dat de medisch specialisten zich al in een vroeg stadium, nog voordat de patiënt op de poli komt, bemoeien met de zorg voor lage rugklachten? We hebben wel ketens, maar er zijn geen verbindingen hiertussen. De basis van de oplossing ligt in het heel anders invullen van de zorg, lijnoverstijgend te gaan denken en de kennis uit het ziekenhuis aan het begin van het zorgpad al toe te passen (middels rugconsulent / coördinator o.i.d.).
- Lars Elzinga onderschrijft wat hierboven geschetst wordt en zegt dat dit staat of valt met het afstemmen van de richtlijnen. Er bestaan volledige tegenstellingen tussen de NHG-standaard en de richtlijn LRS van de NVN. Hij zegt zelf bezig te zijn om verpleegkundig specialisten naar voren te duwen om in de eerste lijn rugpatiënten te gaan zien. De ontschotting moet erin komen, maar als de richtlijnen niet op elkaar zijn afgestemd, gaat dat nooit lukken. Iedereen kijkt er op een andere manier

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- tegenaan.
- Hij ziet ook niet de meerwaarde van de ketenzorg richtlijn specifieke lage rugklachten, omdat we al een leidraad chronische pijn hebben waar alle partijen aan tafel zitten. Marieke Visser vindt dat het gesprek daarover gevoerd moet worden met die partijen.
 - Lars Elzinga geeft aan dat ze de laatste jaren vaak de huisarts missen. De leidraad Chronische Pijn is een van de eerste grote projecten waar ook de huisarts bij aan is geschoven en dat vinden ze erg fijn. Dus waarom dan ook nog een ketenzorgrichtlijn specifieke lage rugklachten, terwijl we het kunnen opnemen in de grootschalige leidraad waar we alle neuzen dezelfde kant op hebben staan?
 - Ingrid de Groot vindt dat een mooie ontwikkeling, maar vraagt zich af de belangrijke elementen die vanavond besproken zijn wel in de leidraad zijn opgenomen? Deze schijnt heel hoog over te zijn.
 - Lars Elzinga is van mening dat de punten die vanavond besproken zijn te gedetailleerd zijn: MRI, rugconsulent. Dat zijn twee hele specifieke onderdelen van een groot geheel. Het grote geheel moet gaan over richtlijnen en afstemming hiervan. Als die al niet op elkaar zijn afgestemd, kunnen we het wel over details hebben, maar daar gaan we niets mee bereiken.
 - Marieke Visser zegt dat we juist aanbevelen de zorg op elkaar af te stemmen en niet op de details zitten.
 - De DSS is ook betrokken bij de leidraad geeft Lars te kennen. Willem Pondaag, huidig voorzitter van de DSS, wist er echter niets vanaf volgens Mark Havinga.
 - Marianne Horn geeft aan dat het punt dat Lars wil maken wel duidelijk is: we zitten niet te wachten op allerlei verschillende richtlijnen/leidraden of andere documenten, maar het idee van het ZIN is wel dat alle onderwerpen geadresseerd worden, zodat er geen zaken tussen wal en schip vallen.
 - We moeten eerst kijken wat de leidraad allemaal behandelt en kijken of alle aspecten worden behandeld, zo ja dan zou dat de mooiste oplossing zijn.
 - Ingrid de Groot vult aan dat het ons zou helpen als we inzicht krijgen in de uitgangsvragen van de leidraad, zodat we ook kunnen bepalen of de ketenzorgrichtlijn inderdaad nodig is.
 - Bas van der Velde ziet een terugkomende discussie over het spanningsveld tussen de specifieke en specifieke rugaandoeningen.
 - Verder bemerkt hij in de discussie vanavond een grote bereidheid om hier echt mee aan de slag te gaan en de zorg te willen verbeteren.
 - Maurits van Tulder zegt dat de ketenzorgrichtlijn uit 2010 nooit is geautoriseerd, omdat de discussie teveel over details ging. Deze discussie moeten we niet voeren. Ons doel moet niet zijn het verminderen van het aantal MRI's of het aantal injecties, maar verbetering van de zorg door betere afstemming en communicatie. Dan verwacht je dat de zorg vanzelf beter wordt en dat de MRI's, injecties, etc. gericht worden ingezet. Zo

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

vermijden we dat we verzanden in een discussie over details, waar we toch niet uitkomen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

8 Samenvatting belangrijkste punten uit de chat

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

- Er moet meer focus komen te liggen op wetenschappelijk bewijs van de meerwaarde van beeldvormende diagnostiek en verschillende interventies.
- De zorg laat zich niet vangen in 'lijnen' of 'disciplines'. Er moet gedacht worden in zorgpaden voor klachten die lijnoverstijgend en multidisciplinair behandeld kunnen worden. Het ontbreekt aan afgestemde richtlijnen tussen de eerste en tweede lijn. Er wordt een te gedetailleerde benadering in het conceptrapport genomen, dit moet echt breder aangepakt worden.
- Er wordt nog vaak gekozen voor een biomedisch perspectief. Er moet meer aandacht komen voor psychosociale factoren, die juist in grote mate bepalend zijn dat pijn chronisch wordt. De huisarts is de aangewezen persoon voor het uitvragen naar deze factoren. De Start Back Tool kan hier een eenvoudig en doeltreffend instrument zijn.
- De Start Back Tool heeft men in Twente geprobeerd te introduceren bij huisartsen samen met het rugnetwerk Twente. Dit is echter gefaald, ondanks uitgebreide bezoeken aan huisartsenpraktijken. Huisartsen zien het als de zoveelste tool, denken dat het meer werk is, en het scorelijstje geeft logistieke problemen. Ondanks uitgebreide voorlichting over de meerwaarde en dat het eigenlijk eenvoudiger is om de specifieke lage rugklachten adequaat te laten behandelen in minder tijd.
- Internationaal onderzoek laat zien dat verschuiving van de taken: screening, onderzoek en doorverwijzing van de huisarts naar de 'extended scope therapist' leidt tot gelijkwaardige of iets betere zorg tegen minder kosten.
- In de leidraad moet de inhoud van de zorg centraal staan. Vervolgens moeten we samen kijken, los van de domeinen, hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden. Welke functies daarbij nodig zijn, zonder al direct per discipline in te vullen. In essentie gaat het om competenties. Huisartsenzorg is niet per se zorg die door een huisarts wordt uitgevoerd. Er zijn meerdere disciplines die 'huisartsenzorg' leveren. Er bestaat twijfel of alle partijen wel betrokken worden bij de leidraad.
- De opmerking over dat MRI's aangevraagd door huisartsen kosteneffectief zouden kunnen zijn, wordt in twijfel getrokken. Er wordt gevraagd naar de evidence hiervan. *In de reactie op het conceptverslag heeft de NVVR aangegeven dat volgens de NVVR een kennishiaat bestaat over de waarde en kosteneffectiviteit van de MRI LWK.
- Er wordt straks een 'consensus rapport' opgesteld, terwijl er geen consensus lijkt te zijn.
- Er wordt steeds gesproken over de koppeling tussen zorg voor chronische pijn en rugpatiënten. Maar er moet juist ook voorkomen worden dat mensen met rugklachten chronische

rugpijn ontwikkelen, dus de stap voor chroniciteit. Daar ligt ook een uitdaging: zorg dat mensen met rugklachten geen chronisch probleem ontwikkelen.

- De rugklachten moeten uitgesplitst worden naar duidelijke diagnoses. Nu worden appels met peren vergeleken.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
13 januari 2021

Onze referentie
2020053405

Bijlage: vragen en resultaten mentimeter

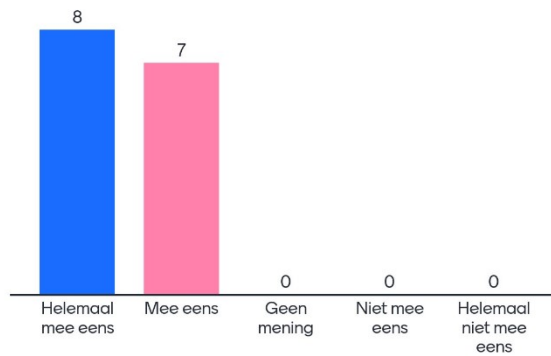
Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Ik zie kansen om de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug te verbeteren

Mentimeter

Datum
13 januari 2021

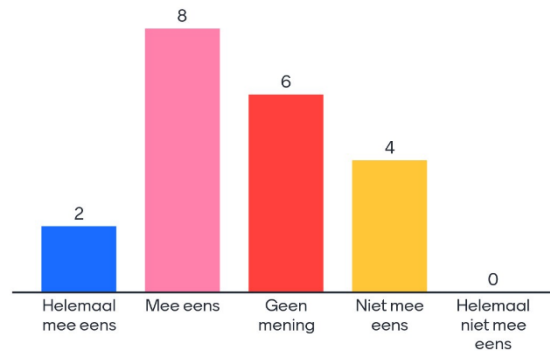
Onze referentie
2020053405



15

De reactie van ZIN op de opmerkingen heeft verduidelijking gebracht

Mentimeter



20