

Aan: Stakeholders ZZ-traject
'Klachten vanuit de lage rug'

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

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

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. M. Horn
T +31 (0)6 30 50 71 29

verslag

Bijeenkomst Zinnige Zorg-traject | Klachten vanuit de
lage rug

Omschrijving
Vergaderdatum
Vergaderplaats
Aanwezig

Stakeholderbijeenkomst
16 september 2021, 19:30 uur
Digitaal via Webex
Geert van Hoof (ZN)
Ton Kuipers (NHG)
Nynke Swart (KNGF)
Mark Havinga (NOV)
Xander Zuidema (NVA)
Lars Elzinga (NVA)
Carel Hulshof (NVAB)
Dhr. Oerlemans (NVN)
Mevr. Brouwer (NVN)
Marije Smits (NVN)
Henri Kiers (SKF)
Mariska Mooren (VvOCM)
Karin Flobbe (NVvR)
Mark van der Vlies (NVvR)
Leen Voogt (NVVR)
Bas Jurling (NZA)
Hans van Dongen (Pijnpatiënten naar één stem)
Ilona Thomassen (Pijnpatiënten naar één stem)
Maurits van Tulder (Spreker, VU)
André Wolff (Spreker, Leidraad chronische pijn)
Paul Willems (Spreker, MUMC – stadspoli rug)
Lieke Boonen (Equalis, stadspoli rug)
Harald Miedema - Zorginstituut Nederland
Marieke Visser - Zorginstituut Nederland
Niluka Tilstra - Zorginstituut Nederland
Maja Obradovic - Zorginstituut Nederland
Iris Groeneveld – Zorginstituut Nederland,
Marianne Horn - Zorginstituut Nederland

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

Afwezig

Rob Smeets (VRA)
Jeanine Verbunt (VRA)
Nizar Moayeri (NVvN)
Gijs Lemmers (SKF)
Cokkie van Santen (VVOCM)
Teddy Oosterhuis (NVAB)

Welkom

De projectleider, Marianne Horn, heet iedereen welkom en stelt Iris Groeneveld voor als de coördinator van de implementatiefase van de Zinnige Zorg-trajecten binnen het Zorginstituut.

Inleiding en korte geschiedenis

Marianne vertelt dat lage rugpijn een complexe aandoening is met een hoge ziektelast en dat de aandoening veel mensen treft. Ongeveer twee derde van de patiënten met chronische pijn heeft klachten vanuit de lage rug. Tijdens de screeningsfase is dit onderwerp naar voren gekomen voor verbetering van de (voorwaarden) van goede zorg. Hierbij is het patiëntenperspectief nadrukkelijk meegewogen. Dit resulteerde vervolgens in de verdiepingsfase in een Verbetersignalement, waarin de verbeterafspraken zijn opgenomen. Dit zijn de plannen om de (voorwaarden voor) zorg te verbeteren. Het moet echter niet alleen bij plannen blijven. Marianne richt zich tot de partijen: "het is aan jullie deskundigen om deze plannen uit te voeren, jullie zijn nu in *the lead*."

Marianne geeft aan met de meeste betrokken partijen de verbeteracties besproken te hebben en onder de indruk te zijn van ieders betrokkenheid. Het is duidelijk dat veel gebeurt, zoals bijv. de leidraad chronische pijn, de ontwikkeling van spiegelinformatie, beide acties getrokken door de NVA en VRA, het terugdringen van opiaten, de stadspoli en nog meer.

Marianne zegt dat tijdens deze bijeenkomst besproken wordt wat nodig is om te komen tot de uitvoer van de voorgestelde acties. De activiteiten van de implementatiefase vinden in verschillende groepen plaats. De leden van het projectteam van het Zorginstituut zijn vooral faciliterend: ondersteunen bij het organiseren van bijeenkomsten, zorgen voor goede communicatie, leggen van verbindingen met stakeholders. Het Zorginstituut kan faciliteren als daar behoefte aan is. In ieder geval wordt jaarlijks een bijeenkomst met alle partijen georganiseerd.

Veel verbeteracties worden nu al opgepakt en hangen met elkaar samen. Het goed met elkaar afstemmen in het zorgtraject van een patiënt is van groot belang.

Over de voortgang wordt met de input van partijen jaarlijks aan de minister gerapporteerd. Vanuit het Zorginstituut is vertrouwen dat na 3 jaar al veel bereikt zal worden, gezien de inspanningen en commitment om de zorg te verbeteren. Resultaten kunnen zijn: meer uniforme informatie, beter voorgelichte patiënten en professionals die elkaar weten te vinden.

Marianne sluit het inleidende stuk af door aan te geven dat wanneer vragen vanavond niet direct beantwoord kunnen worden, deze op een later moment beantwoord zullen worden.

Ketenzorgrichtlijn

Maurits van Tulder geeft een presentatie over de Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten (hierna ketenzorgrichtlijn). Deze is ongeveer tien jaar geleden

ontwikkeld en afgerond, maar nooit formeel geïmplementeerd omdat de richtlijn niet door alle beroepsverenigingen geautoriseerd is. Van Tulders vraag aan alle partijen is of het zinvol is de richtlijn te actualiseren/aan te passen waar nodig? Dan kan deze mogelijk alsnog worden geïmplementeerd.

Maurits vertelt de geschiedenis van de ketenzorgrichtlijn: voorheen waren de richtlijnen vooral monodisciplinair, bijv. van de NHG, de KNGF, NVA. Het idee van de ketenzorgrichtlijn was om te streven naar samenwerking tussen de beroepsgroepen en tussen de eerste-, tweede- en derdelijn, om vooral op die manier verbeteringen te realiseren. De totstandkoming van de richtlijn werd mede door ZonMW gefinancierd. De initiators waren de KNGF, huisartsen, orthopedisch chirurgen, CBO en de arbeids- en bedrijfsgeneeskundigen andere stakeholders werden betrokken, alle partijen deden dus mee. Er is drie jaar aan de richtlijn gewerkt, het was een enorme klus. Alle beroepsgroepen hadden een vertegenwoordiger in de stuurgroep, maar die behartigde niet per se de belangen van de individuele professional, en dat was soms in de autorisatiefase een knelpunt.

Alle behandelingen en diagnostiek zijn bekeken in de richtlijn: wat is het uitgangspunt en wat is de onderbouwing ervan en welke opties geeft de richtlijn, wat zijn de kosten, hoe staat het met de veiligheid? Op basis van deze punten kom je dan bij een aanbeveling. Deze zijn voor zowel acute als chronische rugklachten geformuleerd. De discussie hoe je dat onderscheid definieert is nog steeds gaande. Bijna alle wetenschappelijke literatuur hanteert de termen acuut en chronisch, dus binnen de ketenzorgrichtlijn is daar ook voor gekozen.

Voor acute lage rugklachten is de aanbeveling: geef adequate informatie en stel gerust.

In de praktijk blijkt dat vaak een uitdaging. Bewegingsadvies en snel weer aan het werk gaan wordt aanbevolen, want de wetenschap laat zien dit een positief effect op het herstel heeft. Ook wordt bedrust afgeraden en wordt over de stapsgewijze inzet van pijnmedicatie aanbevelingen gedaan.

Over chronische lage rugklachten staat meer informatie in de richtlijn; oefentherapie onder begeleiding wordt hierbij aanbevolen. Mocht dit niet effectief zijn, dan is de aanbeveling te richten op een cognitief gedragsmatige aanpak. Voor patiënten die niet verbeterden wordt een multidisciplinaire biosociale aanpak aanbevolen.

In de ketenzorgrichtlijn wordt ook gesproken over de verbetering van de samenwerking tussen de eerste-, tweede- en derdelijn, maar dat zijn vooral ideeën. Er is namelijk voor gekozen om dit niet heel erg te reguleren, maar alleen wordt aangegeven dat het belangrijk is om de zorg goed te organiseren. Lokaal kan de zorg op verschillende manieren georganiseerd worden: in de ene regio bij een gezondheidscentrum, in de andere regio weer in de tweede lijn of bij de huisarts. Dit is open gelaten in de hoop dat initiatieven zouden ontstaan, die geëvalueerd zouden worden om best practices aan te kunnen wijzen, zodat deze naar andere regio's konden worden verspreid. Ook een coördinator is een suggestie in de ketenzorgrichtlijn: dat is iemand die zich verantwoordelijk voelt voor de patiënt en alle zorg voor hem/haar coördineert. Dit is echter niet van de grond gekomen in Nederland, vanwege vergoedingskwesties. Daar ligt een uitdaging voor de toekomst.

Iedereen was enthousiast over de ketenzorgrichtlijn, maar toch is deze niet geautoriseerd en dat is dan weer een nadeel van multidisciplinaire richtlijn: je hebt in tegenstelling tot bij monodisciplinaire richtlijnen met veel partijen te maken.

Maurits van Tulder stelt de vraag of het zinvol is de ketenzorgrichtlijn te

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
7 oktober 2021

Onze referentie
2020053405

actualiseren, in het kader van dit Zinnige Zorgtraject. Verder vraagt hij zich af of de oorspronkelijke lijst met deelnemende partijen voldoende is of dat er stakeholders ontbreken? Maurits geeft de suggestie de zorgverzekeraars hierbij te betrekken. Hijzelf is erg enthousiast om ermee door te gaan en ontvangt graag suggesties om de ketenzorgrichtlijn tot een succes te maken. De aanwezigen zijn positief over het voorstel de richtlijn te actualiseren.

Illona Thomassen (pijnpatiënten naar één stem) is zeker voor het actualiseren van de ketenzorgrichtlijn en is benieuwd waarom deze niet geautoriseerd is door beroepsgroepen. Marieke Visser vindt het wel belangrijk dat dit onderzocht wordt, maar vindt ook dat dit niet de focus is van deze bijeenkomst. Het gaat namelijk nu om de bereidheid om ermee aan de slag te gaan.

Carel Hulshof (NVAB) was betrokken bij de ontwikkeling van de ketenzorgrichtlijn, hij maakte deel uit van het kernteam. Hij geeft nog een korte toevoeging: ondanks dat de richtlijn niet geautoriseerd was, was er wel samen met een vertegenwoordiger van de NHG een poging gedaan om geld te krijgen voor een coördinator. Het voorstel is gedaan bij het CZ-Fonds, maar dit paste uiteindelijk niet bij de doelstelling van dit fonds. Verder is Carel Hulshof er ook voor om de ketenzorgrichtlijn te actualiseren.

Mark Havinga (NOV) is van mening dat met een update van deze richtlijn veel problemen worden opgelost, die in het Verbetersignalement worden geadresseerd. Tevens onderstreept hij het belang van de deelname van bedrijfsartsen.

Leen Voogt kan alleen maar aansluiten bij dit initiatief en denkt ook het bestuur van de patiëntenvereniging direct mee te krijgen om er opnieuw in te duiken.

Ton Kuijpers (NHG) vraagt zich af of de hele richtlijn moet worden herzien. Als er nieuwe evidence is op bepaalde onderdelen en het de moeite van updaten waard is, dan is hij voorstander van actualisatie. Dus alleen updaten waar nodig volgens de laatste body of evidence en met gebruik van de Grade methodiek.

De zorgverzekeraars (Geert van Hoof) willen zeker wel meewerken en meedenken.

Ton Kuijpers (NHG) vindt het zeker nuttig ergens in het traject zorgverzekeraars aan tafel te hebben, maar vindt dat we ons goed moeten afvragen op welk moment en op welke wijze.

Marieke Visser vat samen: de wil om de ketenzorgrichtlijn lage rug te actualiseren en te implementeren is er, maar nu moeten we nog de weg bepalen. Dit kost namelijk inspanning, mensen en middelen.

Maurits van Tulder wil hier het initiatief voor nemen.

Stadspoli rug

Paul Willems, orthopedisch chirurg in Maastricht, geeft een presentatie over de ervaringen van de afgelopen 5 jaar met de stadspoli rug.

In 2016 was de praktijk zo dat de huisarts mensen met rugpijn naar verschillende zorgverleners kon verwijzen. Vaak hadden specialisten weinig te bieden en verwezen de patiënt weer terug naar de eerste lijn. In het kader van maatschappelijke ontwikkelingen en het hoofdlijnenakkoord werd nagedacht hoe

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

de zorg betaalbaar kan blijven. Moet de zorg echt geleverd worden in ziekenhuis of kan dezelfde, of misschien zelfs betere zorg, elders geleverd worden tegen lagere kosten? Dat was de aanleiding van deze transitie naar een stadspoli. De doelgroep is mensen met lichamelijke problemen, met aandacht voor sociaal functioneren en maatschappelijk participatie.

Bij mensen met klachten vanuit de lage rug moet met name worden ingezet op voorlichting. Mensen moeten weten dat de klachten terug kunnen komen en chronisch kunnen worden. Mensen moeten leren hoe ze eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen in dit traject.

De zorg moet zoveel mogelijk in de eerste lijn blijven en alleen indien nodig opgeschaald worden naar de tweede en derde lijn. Vooral het monitoren en evalueren van dit traject was van belang om bij te kunnen sturen in wat wel en geen goede zorg is.

De stadspoli is een situatie met een speciale setting: het valt onder eerstelijnszorg, dus patiënten betalen geen eigen risico. Het gaat vooral om patiënten die dreigen te chronificeren, die dreigen uit te vallen, waarvan de huisarts niet goed meer weet wat hij kan bieden.

Medisch specialisten worden vanuit het ziekenhuis ingehuurd. De ICT voorzieningen moeten goed geregeld zijn, ook om vragenlijsten af te nemen en om in het EPD te kunnen.

Het traject start met een voorgesprek met de physician assistent. Tijdens dit gesprek wordt gescreend op red flags: maligniteiten, reuma, osteoporose, etc. Ook de verwachtingen van patiënten over hun zorgtraject en behandelresultaten worden besproken.

De meeste mensen worden hierna naar het 'dedicated fysiotherapie netwerk', verwezen voor behandeling en slechts een klein deel wordt direct na intake naar een behandelaar in het ziekenhuis doorverwezen.

Er wordt in de stadspoli gewerkt volgens het principe van Evidence Based Practice. Naast wat we weten uit wetenschappelijk onderzoek, kunnen we consensus creëren tussen behandelaren en hierin patiëntenvoorkeuren meenemen. Dit wordt geïntegreerd om tot de meest optimale behandeling van een patiënt te komen. Fysiotherapeuten, huisartsen en revalidatieartsen zijn hierbij aangesloten. Het is dus een multidisciplinaire setting.

Voordat men op de stadspoli komt, is een röntgenfoto van de rug meestal al gemaakt. Patiënten vullen een half uur van tevoren een vragenlijst in, met name de vragen over psychosociale problematiek. Daarna vindt een gesprek plaats met de physician assistent of verpleegkundige, en vervolgens met de arts. Op indicatie wordt een MRI gemaakt. Zo blijkt dat 90% van de patiënten in de eerste lijn behandeld kan worden. Deze groep is meestal geholpen met (bewegings)adviezen of een consult met de POH-GGZ of bijvoorbeeld braces. Indien patiënten meer zorg nodig hebben, dan worden ze verwezen naar een netwerk van dedicated fysiotherapeuten, waarmee de stadspoli samenwerkt, of naar Limburg-sport (initiatief van de provincie Limburg). De 10 procent die naar de tweede lijn gaat, zijn vaak patiënten met een mogelijke indicatie voor zenuwblokkades, of met een spondylolisthesis, of heeft zware psychosociale problematiek.

Met de dedicated fysiotherapeuten is een behandelconsensus overeengekomen. Voor de start van de behandeling vragen de fysiotherapeuten wat de mate van lijden is met een erkende vragenlijst. Na afloop van de behandeling gebeurt dat ook. Die informatie wordt in het EBP opgenomen. Drie keer per jaar vinden bijeenkomsten plaats met deze fysiotherapeuten om casuïstiek te bespreken, en afstemming te bereiken. Zo spreekt iedereen dezelfde taal en worden de lijntjes kort gehouden.

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

Door de komst van deze stadspoli is de toegankelijkheid van zorg verbeterd, maar het heeft met name gezorgd voor de verkorting van de tijd tussen intake en behandeling.. Ook zijn er minder dubbele consulten en zijn de ziekenhuiskosten met 45% gedaald en hoeft de patiënt zijn eigen risico niet aan te spreken (gepubliceerd in Medisch Contact). Door de reductie van voorkoombare patiëntencontacten zijn de zorgkosten binnen het ziekenhuis met ongeveer 100.000 euro per jaar afgenomen.

Of de kwaliteit van zorg ook significant verbeterd is, moet worden geëvalueerd. Paul Willems is samen met Equalis een project gestart in het kader van het Subsidietraject transparantie¹, met de ondersteuning van de patiëntvereniging en ZIN. Het project gaat over samen beslissen en bevindt zich nu in de afrondende fase. Men wil met dit traject bevorderen dat de patiënt beter voorbereid is op zijn of haar zorgtraject en de eigen verantwoordelijkheid neemt, zodat hij of zij zelf beter met de klachten om kan gaan.

Marieke Visser vraagt zich af hoe men het voor elkaar heeft gekregen zo'n stadspoli op te richten. Paul Willems geeft aan dat de stadspoli al in gang was gezet en zij er in mee zijn gegaan. De voorwaarden waren grotendeels al gecreëerd en was er dus geen omkijken meer naar, met uitzondering van enkele ICT-vraagstukken. De medisch specialisten krijgen een vergoeding voor hun werkzaamheden in de Stadspoli.

Geert van Hoof (ZN) vraagt hoe Paul Willems de implementatie naar heel Nederland voor zich ziet. Paul Willems geeft aan dat daar waar de voorwaarden voor zo'n stadspoli nog niet gecreëerd zijn het moeilijker van de grond komt. Evengoed lijkt het hem mogelijk als alle partijen om tafel gaan zitten. Je kunt veel bereiken als je elkaar kunt vinden als zorgverleners.

Mariska Mooren (VvOCM) vraagt hoe het zit met financiering voor de eerste lijn, gezien oefen/fysiotherapeutische behandelingen matig tot niet vergoed worden en niet alle patiënten aanvullend verzekerd zijn. Paul Willems geeft aan niet te horen hebben gekregen dat er problemen waren met de financiering. Het verloopt in ieder geval niet via de DBC. Mark Havinga (NOV) vraagt zich af of hiermee niet de kosten van de tweede lijn naar de eerste lijn worden verschoven. Paul Willems zegt dat het onderzoek over de kostenbesparing van een stadspoli overkoepelend is, en het daaruit niet blijkt dat kosten verschoven worden. Hijzelf vindt dat niet het belangrijkste, het gaat volgens hem om een setting waarin betere zorg aan de patiënt wordt verleend.

Mark Havinga (NOV) vraagt zich af of alle patiënten direct via de huisarts naar de stadspoli gestuurd worden of pas als de standaardbehandeling volgens de NHG-richtlijn niet geholpen heeft? De huisarts behandelt eerst de patiënten zoals altijd is het antwoord.

Lars Elzinga (NVA) vraagt of er verschillen zijn tussen academische en perifere pijncentra. Wat is de rol van de zorgverzekeraar hierin? Bij verschillende andere trajecten bleek namelijk dat men ermee moest stoppen want de verzekeraar trok de stekker eruit. Paul Willems weet het er fijne niet van, maar kan zich voorstellen dat dit initiatief uitvoeren moeilijker is bij eigen praktijken dan bij artsen in loondienst.

Leidraad chronische pijn

Harald Miedema leidt kort in dat vanuit het Zinnige Zorg verdiepingstraject is gekeken wat er nog meer gebeurt is rond het gebied van lage rugklachten. Op

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

¹ Transparantie over de kwaliteit van zorg - Samen Beslissen jaargang 2019

het gebied van chronische pijn gebeurt veel. De zorgstandaard chronische pijn is begin 2020 in het register is ingeschreven. In de leidraad chronische pijn probeert men te concretiseren wat in de zorgstandaard beschreven staat. André Wolff is hier de trekker van samen met Rita Schiphorst.

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

André Wolff: De leidraad gaat vooral over de afstemming en organisatie van zorg. Bij chronische pijn blijkt dat veel winst te behalen is op het gebied van doelmatigheid. Patiënten hebben na 4 tot 10 jaar gemiddeld 15 zorgverleners gehad, maar de kwaliteit van leven is vaak niet verbeterd. Dat was de reden dat de zorgstandaard is gestart. Alleen de zorgstandaard was concreet niet toe te passen in de praktijk en dat vormde de aanleiding van de leidraad. De leidraad beschrijft hoe de organisatie voor zorg kan worden verbeterd. De leidraad is meer generiek, en kan worden toegepast op meerdere aandoeningsgebieden, of het nu rugpijn of hoofdpijn betreft.

Datum
7 oktober 2021

Onze referentie
2020053405

Er is een werkgroep die over de organisatie van zorg gaat. Zo wordt intern de discussie scherp gehouden over organisatie versus inhoud. Daarnaast wordt een klankbordgroep om commentaar gevraagd en worden er invitationale conferenties gehouden. Er is ook een werkgroep haalbaarheid en implementatie, die nadenkt over de randvoorwaarden om te bepalen wat mogelijk is bij de implementatie en wat veranderd moet worden.

Bij de ontwikkeling van de leidraad zijn betrokken: vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en van het Zorginstituut, de NZa, de werkgroep organisatie leidraad, werkgroep implementatie en zo nodig worden andere partijen betrokken of bevroegd. Wel loopt de ontwikkeling een half jaar achter vanwege de Covid-19 crisis.

De leidraad kent drie belangrijke onderwerpen:

1) patient journey: hierbij wordt in kaart gebracht wat het zorgpad is (in de nulde, eerste, tweede en/of derde lijn) dat de patiënt kan doorlopen vanaf het moment dat de patiënt zich aandient met de klacht die chronisch wordt. Er zitten verschillende routes in die de patiënt kan doorlopen. Het richt zich nu alleen op het proces en niet op de inhoud, want de inhoud wil men juist straks voorleggen aan de klankbordgroep en daar commentaar op vragen.

2) case manager: deze heeft twee rollen: enerzijds het belang van de patiënt behartigen en als vast aanspreekpunt dienen voor de patiënt. Anderzijds ligt de rol vooral in het zorglandschap zelf. Vanuit zorgverleners wordt gekeken waar de patiënt op dat moment zit en of sprake is van 'zorg op juiste plek'. Er wordt niet specifiek gekozen voor de term *case manager*, het gaat in dit stadium meer om de rol en de competenties die een dergelijk persoon moet hebben. Het zijn personen die moeten weten wat chronische pijn inhoudt en er voldoende van af weten.

3) escalatie- en de-escalatie triage waarbij patiënten kunnen switchen tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn (anderhalve lijn eventueel). In de literatuur is daar weinig over te vinden, dus nu wordt op basis van consensus de leidraad geformuleerd. Binnenkort worden er pilots gestart. Deze zijn bedoeld om te achterhalen waar men tegenaan zal lopen als volgens de leidraad gewerkt gaat worden. Een proefimplementatie is lastig en kost veel tijd en capaciteit, maar een inventarisatie van welke regio's al voldoen aan de voorwaarden voor implementatie van leidraad is wel goed mogelijk. De pilot laat zien wat wel en niet gaat werken.

De volgende aanbevelingen worden in de leidraad gedaan:

-Anderhalve-lijn-zorg moet vanuit de tweede en derde lijn ondersteund

worden. Zorgverleners moeten elkaar makkelijk kunnen vinden met de juiste digitale middelen.

- Diagnostiek en behandeling moet worden losgekoppeld.
- Advies wordt gegeven over de juiste zorg op de juiste plaats.
- Belangrijk is dat zorgprofessionals daar waar veel variatie in kennis en expertise is meer geschoold worden.
- De coördinator/case manager is belangrijk binnen dit systeem, maar er is veel ruimte voor hoe dat lokaal georganiseerd wordt.
- Escalatie-de-escalatie criteria zijn van belang als je het stepped care principe wil toepassen.

Ook worden er aanbevelingen gedaan middels consensus in de leidraad.

Aandachtspunten: men zal de komende tijd veel moeten schakelen met de werkgroep haalbaarheid en implementatie². Belangrijk is dat de samenstelling van partijen daarvoor adequaat is: patiëntenvereniging, verzekeraars, zorgverleners moeten samen aan tafel. Door met alle partijen aan tafel te zitten, kan mogelijk gerealiseerd worden waar men vaak op vastloopt, bijvoorbeeld de financiering.

Laatste aandachtspunt: er zijn diverse initiatieven tegelijkertijd met soms tegenstrijdige informatie of aanbevelingen. Goede afstemming zoals bijvoorbeeld met de ketenzorgrichtlijn, is noodzakelijk.

Maurits Tulder vindt het een goed idee om scholing aandacht te geven en vraagt zich af hoe we deze kunnen verbeteren. De leidraad werkgroep richt zich nu vooral op de eenduidigheid in 'taal', maar ook op de verschuiving in hoe over 'pijn' wordt gedacht. Pijn is niet altijd alleen op somatisch grond te verklaren, dat vereist scholing en een goede triage.

Illona Thomassen (Pijnpatiënten naar één stem) geeft aan dat in de pijnkunde aandacht is voor onderwijs en deze vooral ook te bouwen op de International Association for the study of pain (IASP) criteria.

Multidisciplinaire eerstelijns revalidatie (MER)

Geert van Hoof geeft een presentatie over *eerstelijns multidisciplinaire revalidatie*. Bij CZ is men begonnen met dit initiatief naar aanleiding van signalen uit het veld. Er is een toename aan ZBC's die zich richten op poliklinische revalidatie. Daar is een machtigingssysteem voor geïntroduceerd. De indicaties zijn vaak complexe en onvoldoende verklaarbare lichamelijke klachten, chronische pijn en vermoeidheid. Behandeling bestaat vooral uit fysiotherapie en psychosociale begeleiding. De zwaarte sluit echter niet altijd aan bij de medisch specialistische revalidatiezorg. Er bestaat momenteel een gat tussen de eerstelijns en de meer complexe revalidatiezorg in tweede lijn.

In de zorgstandaard wordt een stapsgewijze benadering beschreven: stap 1 is gericht op preventie en zelfzorg, stap 2 omvat de monodisciplinaire eerstelijns zorg, vervolgens wordt in stap 3, de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in de eerste lijn benoemd, maar deze stap is in de praktijk niet goed georganiseerd en er bestaan geen goede prestaties (declaratietitels) voor. In de praktijk zie je dat als monodisciplinaire eerstelijnsrevalidatie onvoldoende heeft opgeleverd, de stap naar de tweedelijns wordt gemaakt. Als oplossing voor dit gat moeten er prestaties worden vastgesteld en moet de zorg anders georganiseerd

2

Deze werkgroep zal zich binnen dit project richten op de beoordeling van de haalbaarheid, implementatie en randvoorwaarden voor de toepassing van de leidraad, en de ontwikkeling van het concept implementatieplan.

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

worden. Er is een pilot gestart in samenwerking met andere zorgverzekeraars, revalidatiearts Rob Smeets en Harald Miedema van het Zorginstituut. Samen kijken ze hoe de eerstelijnsrevalidatiezorg opgezet moet worden en hoe de prestatiebekostiging geregeld moet worden. Deze pilot heeft tot doel de organisatie en bekostiging van de verzekerde multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie kaders in het algemeen te beschrijven. Voor wat betreft de inhoud wordt uitgegaan van het biosociale behandelprincipe, zoals beschreven is in de zorgstandaard chronische pijn.

De opbouw van de verzekerde multidisciplinaire eerstelijns revalidatie is als volgt:

- 1) intakefase,
- 2) behandelfase (6-12 weken),
- 3) nazorgfase

In totaal duurt het gehele programma één jaar. Er is geen vaste structuur van het programma, dit wordt bepaald door de zorgaanbieders, binnen de kaders. Verwijzing vindt plaats via de huisarts of de revalidatiearts. Geert laat op de slide zien waar de MER gepositioneerd is binnen het systeem. Het kan worden gezien als een 'meekijk consult': het is geen tweedelijnszorg maar eerstelijns ter ondersteuning van de huisarts. Dat kun je op verschillende manieren organiseren: middels een 'meekijk consult' door de kaderarts bewegingsapparaat of een physician assistent die meekijkt.

In de keten moet MER tussen de eerste- en tweedelijns revalidatiezorg liggen. Er is geprobeerd om via de subsidieregeling veelbelovende zorg de rol van de psychosomatische fysiotherapeut te onderzoeken om deze te kunnen plaatsen in de keten, maar dit is niet gelukt vanwege de eisen van de subsidieregeling.

De pilot MER loopt van 1-1-2021 tot 1-1-2024. De deelnemers zijn de vier grote zorgverzekeraars.

Evaluatieonderzoek moet laten zien wat MER oplevert op het gebied van effectiviteit, kosten, en hoe het proces georganiseerd moet worden.

De Universiteit van Maastricht en de hoge school Rotterdam zijn ook verbonden aan dit project. CZ wil de data gebruiken voor een promotieonderzoek. Medio 2023 kunnen resultaten worden gepubliceerd en op basis van de evaluatie zal de NZa besluiten of er een structurele prestatie wordt gecreëerd.

Maurtis van Tulder stelt de vraag of van tevoren gedefinieerd is wanneer de pilot een succes is? Wanneer besluit je of het de moeite waard is om er een definitieve prestatie te maken?

Geert van Hoof antwoordt dat dit niet expliciet is gedefinieerd. Er wordt gekeken naar doelmatigheid en kwaliteit, maar anderzijds heeft het ook een aanzuigende werking op een nieuwe groep patiënten en de balans daartussen is lastig: besluit je dat op basis van de effectiviteit of de verschuiving van patiënten? De criteria voor het slagen van de pilot zijn wel geformuleerd, maar er zijn geen conclusies aan verbonden.

Illona Thomassen is blij dat eindelijk een pilot doorgaat na het voortijdig stopzetten van vele andere.

Afsluiting

Marianne Horn vraagt Leen Voogt als voorzitter van de patiëntenvereniging hoe hij de avond ervaren heeft. Hij vond het zeer nuttig, ook omdat de ketenzorgrichtlijn besproken is en duidelijk is geworden dat de behoefte bestaat om de herziening daarvan op te pakken.

Marianne Horn sluit af door aan te geven dat er veel initiatieven zijn en er veel gebeurt op het gebied van verbeteren van communicatie, goed samenwerken en

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405

afstemming in de zorg. De volgende stap wordt om uitnodigingen uit te laten gaan om de ketenzorgrichtlijn te bespreken. Deze worden ook aan alle besturen gestuurd. André Wolff zegt hierop dat het zinvol is om afstemming te zoeken bij de leidraadwerkgroep en niet te wachten totdat de ontwikkeling van de ketenzorgrichtlijn formeel van start gaat.

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum

7 oktober 2021

Onze referentie

2020053405