



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2021004324

Datum 29 april 2021
Betreft Aanbieding Zinnige Zorg *Verbetersignalement Klachten vanuit de lage rug*

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
mw. I.B. de Groot
T +31 (0)6 221 637 60

Onze referentie
2021004324

Geachte mevrouw Van Ark,

Hierbij ontvangt u het *Verbetersignalement Klachten vanuit de lage rug*. Dit rapport gaat over de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug. Het rapport is samen met de betrokken organisaties van zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars opgesteld in het kader van het programma Zinnige Zorg gericht op het systematische onderzoek naar de samenstelling en toepassing van zorg in het verzekerde pakket.

Lage rugpijn is wereldwijd een complexe aandoening met een hoge ziektelast. Het onderzoek naar effectiviteit oftewel de stand van de wetenschap en praktijk laat vooralsnog weinig conclusies toe. Om die reden heeft het Zinnige Zorg traject zich gericht op de randvoorwaarden die nodig zijn om passende zorg aan patiënten met lage rugklachten te leveren te weten: eenduidige richtlijnen en kwaliteitsstandaarden vanuit de beschikbare *best available evidence*, duidelijke afstemming in de keten wanneer welke diagnostiek en behandeling geïndiceerd is en eenduidige voorlichting en keuze informatie voor patiënten.

De betrokken partijen hebben deze randvoorwaarden nader onderzocht en uitgewerkt in verbeterpunten. Ook hebben zij onderling afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor de realisatie van deze randvoorwaarden en binnen welk tijdpad. Hierna is dit kort in bijgevoegde tabel beschreven. Over een aantal randvoorwaarden dienen de betrokken partijen nog concretere afspraken met elkaar te maken evenals wie de verantwoordelijkheid hiervoor neemt. Hoofdstuk 6 van het verbetersignalement bevat een gedetailleerdere uitwerking.

Tabel Afspraken verbeterpotentieel

Afspraak verbeterpotentieel	verantwoordelijke
Pas kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan en stem op elkaar af	Beroepsgroepen
Pas de kwaliteitsstandaarden in de praktijk toe	Beroepsgroepen
Besteed meer aandacht aan educatie van de patiënt, zorgverlener en burger	Nader te bepalen
Bied betrouwbare patiënteninformatie op een plek aan	Nader te bepalen
Maak uitkomst informatie over behandelingen openbaar	Beroepsgroepen en zorgverzekeraars

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Bewegingsapparaat &
Neurologie

Datum
29 april 2021

Onze referentie
2021004324

Onderstaand schetsen wij de vervolgstappen:

- De betrokken partijen nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om tot verdere concrete afspraken met elkaar te komen;
- Het realiseren van de verbeterpunten uit het verbeter signalement is aan de partijen in de zorg. Dit is in lijn met de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgstelsel;
- Het Zorginstituut behoudt een monitorende rol en zal het proces en de realisatie van de gemaakte afspraken daarvan volgen. Over deze voortgang zal zij jaarlijks rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport. Na drie jaar zal dit traject worden afgesloten met een evaluatie.

Met dit verbeter signalement en de beschreven vervolgstappen maken de betrokken partijen een stap in het verlenen van passende zorg aan patiënten met klachten vanuit de lage rug. Het Zorginstituut zal dan ook de ontwikkelingen in de zorg voor deze patiënten volgen vanuit het perspectief van samensteller van het pakket van goede verzekerde zorg.

Met vriendelijke groet,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur





Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement Klachten vanuit de lage rug

Zinnige Zorg | ICD-10: VI G00-G99,
ICD-10: VIII M40-M54

13 APRIL 2021 | DEFINITIEF

Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. En dat daarvoor geen onnodige kosten worden gemaakt.

Daarom maakt het Zorginstituut systematische doorlichtingen van de zorg. We beoordelen of diagnostiek en (therapeutische) interventies op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Kern daarbij is dat we de opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschap confronteren met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk.

We bespreken onze bevindingen met zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en collega-overheidsorganisaties. Samen met hen onderzoeken we wat nodig is om de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en onnodige kosten te vermijden.

De partijen in de zorg zijn verantwoordelijk voor het verbeteren van de zorg. Het Zorginstituut maakt eventuele verbeterpunten inzichtelijk, bevordert de onderlinge samenwerking en volgt de resultaten. Zo dragen we bij aan goede en betaalbare zorg voor iedereen.

Meer informatie over de activiteiten van Zorginstituut Nederland en Zinnige Zorg vindt u op www.zorginstituutnederland.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	8
1 Zorg in hele keten beter afstemmen	10
1.1 Pas relevante kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan	11
1.2 Pas de aangepaste kwaliteitstandaarden in de praktijk toe	13
1.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen	13
2 Voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren	15
2.1 Besteed meer aandacht aan educatie van patiënt, zorgverlener en burger	15
2.2 Bied betrouwbare patiënteninformatie over de hele keten van zorg aan op één centrale plek	16
2.3 Maak uitkomst informatie over behandelingen openbaar	16
2.4 Verwachte resultaten van de verbeteringen	17
3 Verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen	19
3.1 Stem beter af welke patiënten met LRS naar de tweede lijn worden verwezen	19
3.2 Stem beter af welke patiënten met specifieke klachten naar de tweede lijn worden verwezen	20
3.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen	21
4 Beeldvormend onderzoek beter afstemmen	22
4.1 Vraag in de eerste lijn minder röntgenfoto's aan	22
4.2 Stem beter af wanneer in de tweede lijn beeldvormend onderzoek nodig is bij LRS	23
4.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen	24
5 De juiste behandeling op het juiste moment	26
5.1 Volg het stappenplan uit de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn'	26
5.2 Volg de richtlijn bij het voorschrijven van (pijn)medicatie	27
5.3 Stem de aanbevelingen over anesthesiologische pijnbehandelingen in de richtlijnen op elkaar af	31
5.4 Omschrijf aard en duur van de conservatieve behandeling	33
5.5 Verwachte resultaten van de verbetering	34
6 Verbeterafspraken	35
6.1 Gemaakte afspraken	35
6.2 Vervolgstappen	38
Bijlagen	
Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg	39
Bijlage B Overzicht betrokken partijen	41
Bijlage C Klachten vanuit de lage rug	42
Bijlage D Zorgtraject klachten vanuit de lage rug	44
Bijlage E Impactanalyse klachten vanuit de lage rug	47
Bijlage F Reacties partijen	49
Begrippenlijst	78
Literatuurlijst	79

Samenvatting

Dit verbetersignalement beschrijft het onderzoek en de daaruit voortvloeiende acties en afspraken voor verdere verbetering van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug. In het kader van het programma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland hebben we samen met de betrokken organisaties van patiënten, zorgprofessionals en zorgverzekeraars het complete zorgtraject doorgelicht. In de voorafgaande screeningsfase bleek namelijk dat het een groot aantal patiënten betreft. De incidentie (aantal nieuwe patiënten) in 2019 was 1.439.200.¹ Klachten vanuit de lage rug staan op de eerste plaats in de top-52 van aandoeningen met een hoge ziektelast. De zorgkosten in de tweede lijn voor lage ruggerelateerde klachten werden geschat op 110 miljoen euro. Uit onderzoek in de screeningsfase bleek verder dat er mogelijk ruimte is voor meer zinnige zorg bij klachten vanuit de lage rug. De verbeteracties en afspraken in dit verbetersignalement geven invulling aan de gesignaleerde verbeteringen.

Zorgtraject klachten vanuit de lage rug

Het gaat in dit verbetersignalement om specifieke klachten vanuit de lage rug en klachten vanuit de lage rug met uitstralende pijn in het been, zoals lumbosacraal radiculair syndroom, LRS).² Omdat de symptomen van patiënten met klachten vanuit de lage rug kunnen overlappen, hebben we het zorgtraject voor patiënten met klachten vanuit de lage rug bekeken en ons niet beperkt tot bijvoorbeeld alleen LRS.

Rugklachten zijn een complex probleem. Er worden meerdere interventies ingezet waarvan de effecten niet altijd zijn aangetoond en soms gering zijn. Klachten vanuit de lage rug komen veel voor. Het betreft een diverse groep patiënten waarvan een grote groep patiënten langdurig klachten houdt.

Een deel van de patiënten wendt zich niet tot een zorgverlener en kan zelf de klachten aanpakken. Beschikbare digitale informatie ondersteunt patiënten daarbij. Als patiënten wel naar een professionele zorgverlener gaan, is dat in eerste instantie de huisarts of de fysio- of oefentherapeut. De NHG-Standaarden (richtlijnen voor huisartsen) bevelen stepped care aan. Dit is stapsgewijze zorg, die loopt van voorlichting, uitbreiding van activiteiten, oefentherapie, gedragsmatige behandeling tot en met een psychosomatische fysio- of oefentherapeut of eerstelijnspsycholoog en multidisciplinaire revalidatie. Als de klachten met de arbeidssituatie te maken hebben of als sprake is van werkverzuim, kan de huisarts de patiënt adviseren contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Vanwege het ontbreken van een duidelijk verband tussen zichtbare afwijkingen en de klachten, wordt het aanvragen van beeldvormend onderzoek (röntgenonderzoek en MRI-scan) in de eerste lijn niet aanbevolen bij specifieke klachten vanuit de lage rug. Partijen hebben aangegeven dat patiënten vaak denken dat beeldvormend onderzoek duidelijkheid geeft en regelmatig bij de huisarts aandringen op beeldvormend onderzoek.

Een huisarts kan afhankelijk van de aard van de klachten de patiënt doorverwijzen naar verschillende specialisten in de tweede lijn. De meeste patiënten worden verwezen naar een neuroloog, orthopedisch chirurg of anesthesioloog-pijnspecialist. De specialist doet de anamnese en verricht lichamelijk onderzoek. Afhankelijk van de bevindingen wordt zo nodig aanvullende diagnostiek ingezet. Een röntgenfoto van de lage rug en een MRI-scan worden dan het meest gedaan. Afhankelijk van de uitslag wordt een behandeling voorgesteld (operatie, pijnbehandeling of multidisciplinaire revalidatie). Ook kan de specialist de patiënt verwijzen naar andere disciplines in de tweede lijn.

¹ CPC codes Loz, Lo3 en L86

² In bijlage C staat beschreven om welke patiënten het gaat.

Afspraken met partijen over verbeteringen

Samen met partijen zijn de belangrijkste punten vastgesteld waarop de zorg beter kan:

- afstemming in de keten;
- de voorlichting en keuze-informatie voor patiënten.

De onderwerpen die hierbij als eerste aandacht moeten krijgen, zijn: verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen en richtlijnen voor beeldvormend onderzoek beter volgen en afstemmen.

Over het uitvoeren van deze verbeteringen hebben we afspraken gemaakt met de betrokken partijen. Deze afspraken zijn in de consultatiefase na reactie van de partijen aangescherpt.

In onderstaande tabel staat kort beschreven wat de afspraken zijn en wie vanuit hun rol en expertise verantwoordelijk is om deze te realiseren.

Afspraak	Verantwoordelijke
Pas kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan en stem op elkaar af	beroepsgroepen
Pas de kwaliteitsstandaarden in de praktijk toe	beroepsgroepen
Besteed meer aandacht aan educatie van patiënt, zorgverlener en burger	nader te bepalen
Bied betrouwbare patiënteninformatie op één centrale plek aan	nader te bepalen
Maak uitkomst informatie over behandelingen openbaar	beroepsgroepen en zorgverzekeraars

In hoofdstuk 6 van het verbetersignalement staan deze afspraken meer gedetailleerd uitgewerkt en staat beschreven welke partij de regie voert.

Verwachte resultaten

Als de afgesproken verbeteracties zijn uitgevoerd, verwachten wij onder andere de volgende resultaten:

- patiënten met klachten vanuit de lage rug krijgen overal de juiste zorg door een betere coördinatie van de zorg, ongeacht waar zij het traject beginnen;
- patiënten worden goed voorgelicht over hun klachten;
- patiënten leren zelf de regie te nemen in het omgaan met de klachten;
- patiënten trekken samen op met hun zorgverlener bij het kiezen van een (vervolg)behandeling;
- deze verbeteringen leiden naar verwachting tot een afname van zorggebruik en daarmee van de zorgkosten.

Het effect op het zorggebruik en de zorgkosten

Het effect kan worden berekend wanneer:

- de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de gehele keten beter wordt afgestemd;
- patiënten betere voorlichting en keuze-informatie krijgen;
- de richtlijnen voor verwijzen en beeldvormende diagnostiek goed worden nageleefd.

Over enkele jaren kan worden berekend hoe groot dit effect is.

Implementatie, monitoring en evaluatie

De betrokken partijen nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om tot verdere concrete afspraken met elkaar te komen. Het realiseren van de verbeterpunten uit het verbetersignalement is aan de partijen in de zorg. Dit is in lijn met de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgstelsel. Het Zorginstituut behoudt een monitorende rol en zal het proces en de realisatie van de gemaakte afspraken daarvan volgen. Over deze voortgang zal zij jaarlijks rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport. Na drie jaar zal dit traject worden afgesloten met een evaluatie.

Figuur 1 | Infographic met visuele weergave van het verdiepingstraject Zinnige Zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug.



Voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren

Aandacht hebben voor educatie van patiënt, zorgverlener en burger



Op één plek betrouwbare informatie aanbieden over zorg in de hele keten.

Uitkomstinformatie voor patiënten openbaar maken



Onderwerpen die als eerste aandacht moeten krijgen



- Verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen.
- Beeldvormend onderzoek beter afstemmen.
- De juiste behandeling op het juiste moment doen.

Inleiding

Zorginstituut Nederland wil met het programma Zinnige Zorg ineffektieve of onnodige zorg terugdringen, zodat de kwaliteit van de zorg toeneemt, de gezondheid van patiënten verbetert en onnodige kosten worden vermeden. Het programma omvat verschillende projecten. In elk project lichten we een bepaald aandoeningsgebied systematisch door. Hierbij gaan we uit van de indeling van aandoeningen volgens de *World Health Organization International Classification of Diseases*, versie 10 (ICD-10), 2016.^[1] Een systematische doorlichting bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. In bijlage A vindt u meer informatie over de werkwijze van Zinnige Zorg.

Eén van de Zinnige Zorg-projecten die het Zorginstituut momenteel uitvoert, is de systematische doorlichting van het zorggebied 'Ziekten van het zenuwstelsel' (ICD-10: VI (G00-G99)). Het screeningsrapport over de eerste fase van dit project is in november 2018 gepubliceerd.^[2] Hierin staat dat er voldoende aanwijzingen zijn dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug in Nederland verbeterd kan worden. Klachten vanuit de lage rug staan op de eerste plaats in de top-52 van aandoeningen met hoge ziektelast. De zorgkosten in de tweede lijn voor LRS-gerelateerde klachten werden geschat op € 110 miljoen.

Om bovenstaande redenen heeft het Zorginstituut, samen met de partijen die bij de uitvoering van de zorg voor patiënten met ziekten van het zenuwstelsel zijn betrokken, het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug' geselecteerd voor verdieping. Een overzicht van deze partijen vindt u in bijlage B.

Dit verbetersignalement gaat over patiënten met:

- Aspecifieke klachten vanuit de lage rug, waarbij geen specifieke oorzaak aantoonbaar is. Dit is het geval bij de meeste mensen met klachten vanuit de lage rug.
- Specifieke klachten vanuit de lage rug met uitstraling in het been, veroorzaakt door een *hernia nucleii pulposi* (LRS) of vernauwing van het wervelkanaal (lumbale kanaalstenose).

Het verbetersignalement gaat niet over specifieke klachten vanuit de lage rug veroorzaakt door een infectie, ontsteking, fractuur of tumor (zie bijlage C).

Verdiepingsfase Klachten vanuit de lage rug

Als vervolg op het screeningsrapport heeft het Zorginstituut in deze Zinnige Zorg-verdiepingsfase de mogelijke verbeteringen van het zorgtraject (zie bijlage D) van patiënten met klachten vanuit de lage rug verder onderzocht en onderbouwd. De uitkomsten van het verdiepingsonderzoek en de daaruit resulterende verbetermogelijkheden hebben we vastgelegd in dit verbetersignalement. Naast de verbetermogelijkheden bevat dit rapport ook de afspraken die we met de partijen hebben gemaakt om de verbeteringen te realiseren.

Net als in de screeningsfase hebben we in deze fase samengewerkt met de partijen die bij het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug' zijn betrokken. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. Voorafgaand aan de publicatie van dit verbetersignalement hebben we de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. De reacties van de partijen vindt u in bijlage F.

Onderzoek

Het onderzoek in de verdiepingsfase richt zich op een vergelijking tussen de zorg zoals die in de richtlijnen is beschreven en de uitvoering van de zorg in de eerste en de tweede lijn.

IQ healthcare heeft de veertien nationale (inclusief de zorgstandaard 'Chronische Pijn' en het behandelkader pijnrevalidatie) en twee internationale richtlijnen geanalyseerd.^[3] De kwaliteit van de onderliggende evidence (bewijs) bij de aanbevelingen is over het algemeen laag tot zeer laag.

Het zorggebruik in de eerste en de tweede lijn is ook geanalyseerd. Het onderzoek naar zorggebruik in de eerste lijn is gedaan door het Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg).^[4] Het onderzoek naar zorggebruik in de tweede lijn heeft het Zorginstituut zelf uitgevoerd.^[5, 6]

De uitvoering van de zorg hebben we getoetst aan de zorg die in de richtlijn is beschreven. Dit betekent dat zorg in de huisartsenpraktijk is getoetst aan de NHG-Standaarden ('Lumbosacraal Radiculaire

Syndroom' en 'Aspecifieke lagerugpijn'). De zorg die in de tweede lijn wordt gegeven hebben we getoetst aan de richtlijnen van de specifieke beroepsgroepen.

Ten slotte heeft het Zorginstituut ook onderzoek gedaan naar de beschikbare digitale informatie voor patiënten. Dit betreft alleen informatie die is uitgebracht door de beroepsgroepen die bij dit Zinnige Zorg-project zijn betrokken.

Leeswijzer

Dit verbetersignalement beschrijft voor een aantal onderdelen van het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug' concrete verbeteringen die voortvloeien uit de uitkomsten van de verdiepende onderzoeken en analyses. De belangrijkste verbetermogelijkheden die wij samen met de partijen hebben gevonden zijn: de zorg in de hele keten beter afstemmen en de voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren. Deze verbeteringen en de verwachte resultaten lichten wij in de hoofdstukken 1 en 2 toe.

In de daaropvolgende drie hoofdstukken werken wij de onderwerpen uit die daarbij als eerste aandacht moeten krijgen. Dit zijn:

- verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen;
- beeldvormend onderzoek beter afstemmen';
- de juiste behandeling op het juiste moment.

Ook presenteren we in deze hoofdstukken per verbetering de verwachte resultaten.

We sluiten het verbetersignalement af met hoofdstuk 6, met daarin de afspraken die we met de betrokken partijen hebben gemaakt om de verbeteringen uit te voeren. Met deze afspraken gaan de partijen aan de slag in de volgende fase van het project, de implementatiefase.

Het verwachte financiële effect is geen onderdeel van dit verbetersignalement. Wij hebben hiervoor gekozen, omdat de verbeterafspraken in dit Zinnige Zorg-project vooral betrekking hebben op het verbeteren en aanscherpen van de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg aan patiënten met klachten vanuit de lage rug. De daadwerkelijke impact hiervan, bijvoorbeeld of dit leidt tot meer of minder beeldvormende diagnostiek, injecties of operaties is vooralsnog onbekend. Deze informatie is ook niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur. Pas wanneer de randvoorwaarden voor betere zorg zijn geïmplementeerd, kunnen wij het (financiële) effect hiervan berekenen. De huidige impactanalyse richt zich daarom op de vraag wat de patiënt zal gaan merken van de verbeterafspraken als deze worden gerealiseerd. Deze impactanalyse is opgenomen als bijlage E.

1 Zorg in hele keten beter afstemmen

Een multidisciplinaire aanpak in de keten is nodig om goede zorg te bieden aan patiënten met aanhoudende klachten vanuit de lage rug. Dit geldt zowel voor specifieke klachten vanuit de lage rug als voor lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) en lumbale stenose. Op dit moment werken zorgverleners nog onvoldoende volgens een multidisciplinaire aanpak. Er zijn geen duidelijke afspraken in de ketens. Patiënten kunnen met vergelijkbare klachten een verschillend pad doorlopen. De zorgverleners werken volgens de richtlijnen van de eigen beroepsgroep. Ze weten elkaar niet makkelijk te vinden en spreken ook niet dezelfde taal.

Wat voor zorg bij specifieke klachten vanuit de lage rug belangrijk is komt naar voren in een serie artikelen over lage rugklachten die in 2018 in The Lancet zijn gepubliceerd.^[7-9] Deze artikelen zijn geschreven door een internationale groep deskundigen. In de artikelen in The Lancet komt ook naar voren dat de zorg bij specifieke klachten vanuit de lage rug verbetert, als de schakels van de hele keten goed op elkaar zijn afgestemd. Een multidisciplinaire aanpak³ zou meer recht doen aan alle factoren die een rol spelen bij het ontstaan en aanhouden van specifieke klachten vanuit de lage rug. Als de patiënt daarbij zelf de regie heeft en ondersteund wordt door een zorgverlener die de zorg coördineert, kan de zorg verbeteren. We realiseren ons dat de Lancet-artikelen over specifieke lage rugklachten gaan, maar vinden dat bovengenoemde aanbevelingen ook van toepassing kunnen zijn op patiënten met LRS. Uit onze richtlijnanalyse blijkt dat de strekking van de ‘Ketenzorgrichtlijn Specifieke lage rugklachten’ (2010)^[10] in overeenstemming is met de artikelen in The Lancet, maar deze richtlijn is nooit geïmplementeerd.

De richtlijnanalyse liet zien dat er in Nederland acht monodisciplinaire en vier multidisciplinaire richtlijnen zijn met aanbevelingen voor o.a. diagnostiek en behandeling van klachten vanuit de lage rug. De richtlijnanalyse had als uitkomst dat de aanbevelingen in de richtlijnen in grote lijnen overeenkomen en dat er kleine verschillen zijn. In de Zinnige Zorg-bijeenkomsten bleek dat deze verschillen tot inhoudelijke discussies leiden. Er blijkt geen gemeenschappelijk beeld te zijn over de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug. Een gezamenlijke richtlijn, zoals het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) in België heeft gerealiseerd⁴, kan afstemmen van zorg eenvoudiger maken.

In de Zinnige Zorg-bijeenkomst van 6 februari 2020 erkenden de betrokken partijen het belang van multidisciplinaire ketenzorg en een actuele ketenzorgrichtlijn waarin de zorg bij klachten vanuit de lage rug in samenhang is beschreven. Daarnaast stelden partijen voor een apart hoofdstuk op te nemen speciaal voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de ‘Multidisciplinaire leidraad Chronische Pijn’ (hierna: ‘Multidisciplinaire leidraad’) die nog ontwikkeld moet worden voor de zorg voor patiënten met chronische pijn. Een apart hoofdstuk zal ook leiden tot een betere afstemming van de zorg in de keten. De twee gesignaleerde verbetermogelijkheden hebben ook gevolgen voor de richtlijnen van de beroepsgroepen. Die moeten worden aangepast om aan te sluiten bij de ketenzorgrichtlijn en het hoofdstuk in de ‘Multidisciplinaire leidraad’. Idealiter wordt er een gezamenlijke richtlijn gerealiseerd. Om ervoor te zorgen dat alle aangepaste kwaliteitsstandaarden (de ketenzorgrichtlijn, de ‘Multidisciplinaire leidraad’ en de richtlijnen van de beroepsgroepen) daadwerkelijk leiden tot betere afstemming van de verschillende onderdelen van de zorg in de hele keten, moeten deze worden geautoriseerd.

In de volgende paragrafen werken we de hierboven genoemde verbetermogelijkheden uit. In de laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

3 Een multidisciplinaire aanpak is een aanpak waarbij kennis vanuit verschillende zorggebieden gecombineerd wordt bij de zorg voor een patiënt.

4 [Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting \(fgov.be\)](#)

1.1 Pas relevante kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan

Om verschillende onderdelen van de zorg bij klachten vanuit de lage rug beter op elkaar af te stemmen, is het nodig een aantal kwaliteitsstandaarden voor deze zorg inhoudelijk aan te passen. Het gaat om de volgende aanpassingen:

- een hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug toevoegen aan de ‘Multidisciplinaire leidraad’;
- de ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’ actualiseren;
- de richtlijnen en standaarden van beroepsgroepen op elkaar afstemmen en laten aansluiten bij de bovengenoemde aangepaste kwaliteitsstandaarden.

Eén richtlijn waarin alle aanbevelingen over de zorg (diagnostiek, verwijzen, behandeling, nazorg, samenwerking in de hele keten, voorlichting, et cetera) voor patiënten met klachten vanuit de lage rug zijn opgenomen heeft de voorkeur. Waar nodig kan het onderscheid tussen aspecifieke klachten en LRS/lumbale stenose worden gemaakt. Belangrijk is dat de ‘Multidisciplinaire leidraad’ en de ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’ goed op elkaar en op de ‘Zorgstandaard Chronische Pijn’ aansluiten.

1.1.1 Een hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug toevoegen aan (de te ontwikkelen) ‘Multidisciplinaire leidraad Chronische Pijn’

In maart 2017 is de ‘Zorgstandaard Chronische Pijn’ (hierna: zorgstandaard) opgeleverd. Op 11 februari 2020 is deze opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut. De inhoud van de zorgstandaard is gebaseerd op de huidige inzichten over de zorg voor chronische pijn uit onder andere actuele richtlijnen. De zorgstandaard fungeert in die zin als ‘paraplu’ voor alle beschikbare kennis en beschrijft niet alleen de inhoud en organisatie van de zorg voor chronische pijn, maar ook de manier waarop de verschillende zorgverleners goed met elkaar kunnen samenwerken. De zorgstandaard heeft betrekking op de hele zorgketen, waarbij het principe van stepped care (getrapte zorg) het uitgangspunt is.⁵

Na de oplevering van de zorgstandaard (2017) hebben de betrokken partijen een implementatieagenda ontwikkeld.^[1] De implementatieagenda is een overzicht van de activiteiten die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de zorgstandaard in de praktijk. Een belangrijk onderdeel van de implementatieagenda is de ontwikkeling van een ‘Multidisciplinaire leidraad Chronische Pijn’.⁶ Hierin worden concrete handvatten opgenomen voor medisch specialisten, huisartsen en paramedici voor de toepassing van de zorgstandaard. Om de verschillende onderdelen van de zorg bij klachten vanuit de lage rug goed op elkaar af te stemmen, moet er volgens partijen een apart hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug aan de leidraad worden toegevoegd.

De ‘Multidisciplinaire leidraad’ beschrijft het zorgtraject en de organisatie in de hele keten en besteedt ook aandacht aan verdere definiëring of uitwerking van onderwerpen die in de zorgstandaard nog onderbelicht zijn gebleven. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zijn de regiehouders van de ontwikkeling van de ‘Multidisciplinaire leidraad’ en zijn inmiddels hiermee gestart.

Het doel van de “Zorgstandaard Chronische Pijn’ is een bijdrage te leveren aan:

- tijdige herkenning van patiënten met (dreigende) chronische pijn;
- gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional;
- optimale inrichting en uitvoering van preventie van en zorg voor chronische pijn.

5 Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende en meest doelmatige vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. Hierbij wordt rekening gehouden met de behoeftes van de patiënt en wordt passende zorg geboden op basis van de benodigde zorgwaarde.

6 Ook de patiëntenorganisatie en de zorgverzekeraars zullen bij de ontwikkeling van de leidraad worden betrokken. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zijn de trekkers van deze ontwikkeling en zijn inmiddels hiermee gestart.

In de bijeenkomst van 6 februari 2020 is besproken dat er een apart hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug aan de ‘Multidisciplinaire leidraad’ wordt toegevoegd. De reden hiervoor is dat een groot deel van de patiënten met chronische pijn klachten vanuit de lage rug heeft. Bij het ontwikkelen van de ‘Multidisciplinaire leidraad’ moet voldoende aandacht worden besteed aan:

- uniforme taal (terminologie) van zorgverleners;⁷
- coördinatie van zorg;
- communicatie;
- samenwerking in de keten.
- een goede triage (vanuit een biopsychosociale⁸ aanpak), de momenten van de triage, wie de triage doet en de kwalificaties en competenties van de zorgverlener die de triage doet⁹;
- nieuwste inzichten in voorlichting, diagnostiek, behandeling en nazorg;
- educatie van patiënt en zorgverlener.

Uit ons verdiepende onderzoek blijkt dat met name op de volgende onderwerpen betere afstemming nodig is: patiëntenvoorlichting, verwijzen, beeldvormend onderzoek en behandeling. Deze onderwerpen verdienen ook aandacht te krijgen bij het ontwikkelen van de ‘Multidisciplinaire leidraad’. Deze onderwerpen worden uitgewerkt in de hoofdstukken 2, 3, 4 en 5.

Tot slot is het van belang dat alle partijen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug actief meewerken aan de ontwikkeling van dit hoofdstuk in de ‘Multidisciplinaire leidraad’.

1.1.2 ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’ actualiseren

In 2010 is de ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’¹⁰ (hierna: ketenzorgrichtlijn) uitgebracht. Uit onze analyse van alle richtlijnen blijkt dat deze ketenzorgrichtlijn in overeenstemming is met de toonaangevende artikelen in The Lancet. De ketenzorgrichtlijn bevat aanbevelingen voor communicatie, samenwerking en een multidisciplinaire aanpak bij acute en chronische aspecifieke lage rugklachten. Verder geeft de ketenzorgrichtlijn aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling. Daarnaast zijn aanbevelingen opgenomen over het beleid bij werkverzuim als gevolg van deze aandoening. Ook biedt de ketenzorgrichtlijn aanknopingspunten voor lokale (instituu- of regio)protocollen of transmurale zorgafspraken en voor de coördinatie van ketenzorg.

De ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’ is verouderd. Na 2010 is er namelijk nieuwe *evidence*¹⁰ gepubliceerd, die nog niet in de richtlijn is opgenomen. Daarnaast moet de ketenzorgrichtlijn op een aantal onderdelen aansluiten bij:

- de zorgstandaard ‘Chronische pijn’ (zie paragraaf 1.1.1);
- de nog te ontwikkelen ‘Multidisciplinaire leidraad’, die een onderdeel is van de implementatie zorgstandaard ‘Chronische pijn’ (zie paragraaf 1.1.1).

1.1.3 Richtlijnen van beroepsgroepen laten aansluiten bij aangepaste kwaliteitsstandaarden

Naast de nog te ontwikkelen ‘Multidisciplinaire leidraad’ en de ketenzorgrichtlijn zijn er richtlijnen van specifieke beroepsgroepen¹¹, deze richtlijnen geven aanbevelingen. Een voorwaarde voor het bereiken van goede afstemming is dat de richtlijnen van beroepsgroepen goed op elkaar aansluiten. Uit ons onderzoek is gebleken dat aanbevelingen in richtlijnen kunnen verschillen en soms anders geformuleerd worden. Dit leidt in de praktijk tot variatie in handelen. Om goede afstemming te bereiken zullen zo nodig richtlijnen moeten worden geactualiseerd. Het is daarbij van belang dat de richtlijn geautoriseerd wordt.

7 Bij de ontwikkeling van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug zal de definitie en de eenheid van taal als eerste worden opgepakt. Dit heeft gevolgen voor de diagnosecodes. Tijdens de implementatiefase zullen afspraken worden gemaakt over deze diagnosecodes. ZN en de NZa worden hierbij betrokken. Goede afspraken over codes komt de monitoring ten goede.

8 Bij een psychosociale aanpak is er aandacht voor biomedische aspecten van de lichamelijke problemen, maar ook is er aandacht voor de psychologische en sociale factoren.

9 De tijd die nodig is voor een zorgvuldige triage door de huisarts lijkt nu een belemmerende factor te zijn. Hiervoor moet aandacht zijn bij het opstellen van de ‘Multidisciplinair leidraad’.

10 Bewijs voor de effectiviteit van diagnostiek en behandeling.

11 de NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’, de NHG-standaard ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’, de NVAB-richtlijn ‘Rugklachten’, de VvOCM-richtlijn ‘Aspecifieke lage rugpijn’, de NVN-richtlijn ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’, de KNGF-richtlijn ‘Lage rugpijn’, het behandelkader ‘pijnvalidatie’ van de VRA, de NVA-richtlijn ‘Wervelkolomgerelateerde pijnklachten’, de NOV-richtlijn ‘Geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie’ en de NVvN-richtlijn ‘Ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie’ en de NVA-richtlijn ‘Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding’ (H11=LRS).

1.2 Pas de aangepaste kwaliteitstandaarden in de praktijk toe

Patiënten moeten de zorg ontvangen die nodig is. Als partijen hebben beschreven wat goede zorg is, moet dit zo snel mogelijk worden toegepast. In deze paragraaf beschrijven we wat daarvoor nodig is.

1.2.1 Implementeer de geautoriseerde en geactualiseerde ketenzorgrichtlijn

Voor een succesvolle implementatie van de ketenzorgrichtlijn is het noodzakelijk dat alle betrokken partijen de geactualiseerde richtlijn hebben onderschreven en geautoriseerd en deze in de praktijk ook daadwerkelijk volgen. Om dit doel te bereiken moeten een implementatiestrategie en implementatieplan worden ontwikkeld, waarin aandacht is voor:

- De veranderingen die nodig zijn op organisatieniveau. Bijvoorbeeld andere structuur, voorzieningen en cultuur.
- De vaardigheden en steun die een professional nodig heeft om de zorg te leveren volgens de vernieuwde richtlijn of leidraad. Bijvoorbeeld: is bijscholing of intervisie nodig?
- De regels en wetten waarbinnen deze wijzigingen vallen. Bijvoorbeeld: hoe is de financiering geregeld voor het uitvoeren van de ketenzorgrichtlijn?

Hoofdstuk 6 van de huidige versie van de ketenzorgrichtlijn beschrijft de implementatie van deze richtlijn. Hierin zijn stappen opgenomen die nodig zijn voor implementatie op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Deze stappen gaan over het maken en garanderen van afspraken. Ze kunnen gebruikt worden tijdens de implementatie van de (nog te actualiseren) ketenzorgrichtlijn.

1.2.2 Implementeer het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug in de ontwikkelde 'Multidisciplinaire leidraad'

In het kader van de ontwikkeling van de 'Multidisciplinaire leidraad' wordt een implementatieplan opgesteld¹², zodat de betrokken beroepsgroepen hun professioneel handelen volgens deze nieuwe 'Multidisciplinaire leidraad' gaan inrichten. Bij het opstellen van dit implementatieplan moet worden bepaald of voor het aparte hoofdstuk over rugklachten nog aanvullende activiteiten nodig zijn voor een goede implementatie in de praktijk. Als dat het geval is, worden deze activiteiten onderdeel van het implementatieplan voor de hele leidraad. Daarmee voorkomen we overlap.

1.2.3 Implementeer de aangepaste richtlijnen van beroepsgroepen

Nadat de beroepsgroepen hun richtlijnen in lijn hebben gebracht met de geactualiseerde ketenzorgrichtlijn en de nieuwe 'Multidisciplinaire leidraad', moeten de aangepaste richtlijnen worden geïmplementeerd. Voor een succesvolle implementatie is het noodzakelijk dat leden van elke beroepsgroep de richtlijn hebben onderschreven en geautoriseerd, maar ook implementeren. Om dit laatste doel te bereiken moet er een implementatiestrategie worden ontwikkeld, onder andere gericht op het bekend worden en het door de leden toepassen van de nieuwe inhoud van de richtlijnen.

1.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen

Een succesvolle implementatie van de geactualiseerde ketenzorgrichtlijn, van de nieuwe 'Multidisciplinaire leidraad' met een hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug en van de geactualiseerde richtlijnen van de beroepsgroepen zullen leiden tot een aantal verbeteringen.

In de eerste plaats komt er één beleid voor patiënten met chronische klachten vanuit de lage rug. Als de ketenzorgrichtlijn, de 'Multidisciplinaire leidraad' en de richtlijnen van de beroepsgroepen goed op elkaar aansluiten, krijgen patiënten met chronische rugklachten multidisciplinaire zorg die is afgestemd op hun zorgbehoefte.

In de tweede plaats krijgen patiënten door beter afgestemde zorg en betere communicatie tussen zorgverleners een uniforme uitleg over de klachten en de prognose. Dit leidt tot meer duidelijkheid bij de patiënt over hun klachten, wat ze er aan kunnen doen en welke factoren van invloed zijn op het ontstaan of aanhouden van de klachten. We verwachten dat patiënten daardoor minder zullen zoeken naar verschillende behandelingen of vragen om beeldvormende diagnostiek.

¹² Hiervoor wordt nog een multidisciplinaire werkgroep ingesteld (zie implementatieagenda Chronische Pijn).

In de derde plaats zal het actualiseren en implementeren van de ketenzorgrichtlijn resulteren in meer informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en in meer inzicht in de behandelingen van andere zorgverleners.^[12] Goede informatie-uitwisseling tussen zorgverleners voorkomt miscommunicatie en zorgt ervoor dat patiënten beter geïnformeerd zijn.

Ten slotte is de verwachting dat het beter coördineren van de zorg, bijvoorbeeld door het inzetten van een zorgcoördinator of een multidisciplinair rugteam, zal leiden tot patiënten die beter met de klachten kunnen omgaan en hierdoor uiteindelijk minder beroep doen op zorg.^[10]

Het is nog niet duidelijk hoe groot het effect op het zorggebruik zal zijn (zie bijlage E). We verwachten naast een impact op het zorggebruik ook verbeteringen buiten de zorg te zien, zoals een lager ziekteverzuim en een betere (arbeids)participatie.

2 Voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren

Patiënten krijgen verschillende informatie en zijn onvoldoende geïnformeerd over klachten vanuit de lage rug. Dit betreft niet alleen de schriftelijke en digitale informatie, maar ook de informatie die wordt gegeven tijdens een consult. De literatuur die wij hebben geraadpleegd bevestigt dit.^[8,9] Ook het taalgebruik in met name de schriftelijke informatie is soms moeilijk. Hierdoor stellen patiënten regelmatig vragen over hun klachten aan de patiëntenvereniging.¹³ Daarnaast krijgen patiënten te weinig informatie over de relevantie van de diagnostiek en mogelijke uitkomsten van behandelingen. Patiënten hebben daardoor onvoldoende informatie om het gesprek aan te gaan met hun behandelaar en om de juiste keuzes te maken en te beslissen over hun behandeling.

Het Zorginstituut heeft de beschikbare digitale patiënteninformatie over klachten vanuit de lage rug geanalyseerd.^[6] Ook hebben we onderzocht welke keuze-informatie er is voor deze patiënten. Op basis van deze analyse is onze conclusie dat de informatie voor patiënten met klachten vanuit de lage rug kan verbeteren door:

- meer aandacht te hebben voor educatie van de patiënt, de zorgverlener en de burger;
- betrouwbare informatie op één centrale plek aan te bieden;
- uitkomstinformatie van behandelingen openbaar maken.

In de volgende paragrafen werken we deze verbeteringen uit. De laatste paragraaf gaat over de verwachte resultaten van deze verbeteringen voor de patiënt.

2.1 Besteed meer aandacht aan educatie van patiënt, zorgverlener en burger

Meer aandacht voor educatie van de patiënt, de zorgverlener en de burger verbetert de zorg bij klachten vanuit de rug. Onder educatie verstaan wij in dit geval specifiek informatie over het ziektebeeld en de behandeling, maar met nadruk de algemene voorlichting aan mensen over het omgaan met pijn. Niet alleen in artikelen in *The Lancet*, maar ook in nationale literatuur wordt het belang hiervan benadrukt.^[13] Dat blijkt onder andere uit het visiedocument van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) over Samen beslissen: 'Samen beslissen (gedeelde besluitvorming, *shared decision making*) gaat uit van het principe, dat als patiënten goed geïnformeerd worden door artsen en zelf actief worden betrokken bij de besluitvorming over hun behandeling, ze samen de best passende behandeloptie kiezen'.^[14] Ook tijdens de bijeenkomst van 6 februari 2020 vertelden partijen dat goede educatie in de praktijk niet altijd gemakkelijk is en dat zij het belang hiervan erkennen.

Uit de richtlijnanalyse^[3] blijkt dat educatie over rugpijn nu alleen expliciet wordt aanbevolen in het 'Behandelkader Pijn'.^{[15], 14} Om deze situatie te verbeteren moet educatie van patiënten een plaats krijgen in de richtlijnen over klachten vanuit de lage rug. Belangrijke onderwerpen in deze educatie zijn: hoe de pijn ontstaat, dat deze chronisch kan worden en dat er bij specifieke rugklachten geen aantoonbare oorzaak is die een duidelijke relatie heeft met de pijnklachten.

Partijen geven aan dat binnen de opleiding van zorgverleners meer aandacht besteed kan worden aan (pijn)educatie van patiënten. Om de huidige situatie te verbeteren moet educatie van patiënten daarom ook een plaats krijgen in de opleiding van zorgverleners. Door educatie van de zorgverlener is deze beter in staat uit te leggen wat klachten van de rug betekenen en hoe je daar als patiënt het beste mee om kunt gaan. Pas als de zorgverlener goed in staat is uitleg te geven vindt educatie van de patiënt plaats.

Ook educatie van burgers werd tijdens de bijeenkomsten genoemd door de partijen. Burgers hebben onvoldoende kennis over pijn en het omgaan met pijn, vertellen partijen. Een landelijke publiekscampagne wordt genoemd als mogelijke verbeteractie. Het initiëren van een publiekscampagne is niet aan het Zorginstituut, maar wij kunnen dat wel onder de aandacht brengen bij andere overheids-

¹³ Mondelinge mededeling van de voorzitter van de Nederlandse Vereniging Van Rugpatiënten (NVVR) 'de Wervelkolom'.

¹⁴ In 2020 is deze behandelkader chronische pijn uitend in het houdings- en bewegingsapparaat herzien.

instanties (zie 6.1.2). Daarom zullen we aan het begin van de implementatiefase beoordelen of de educatie van de burger toch wordt opgenomen.

2.2 Bied betrouwbare patiënteninformatie over de hele keten van zorg aan op één centrale plek

Op dit moment is er geen centrale plek voor betrouwbare patiënteninformatie. Dat wil zeggen: patiënteninformatie die is gebaseerd op richtlijnen van beroepsverenigingen. Tijdens de stakeholderbijeenkomst van 3 oktober 2019 gaf met name de patiëntenvereniging aan dat patiënten moeite hebben met het vinden van betrouwbare patiënteninformatie. Zij vertelden dat zij een speciaal spreekuur hebben om patiënten te informeren. Verder gaf de patiëntenvereniging aan dat zorgverleners niet met één stem spreken: de adviezen verschillen, de terminologie is niet eenduidig, en dit leidt soms tot medicalisering¹⁵ of angst. Ook gaf de patiëntenvereniging aan, dat adviezen niet op een begrijpelijke manier geformuleerd zijn. Patiënten richten zich daarom regelmatig met vragen en onduidelijkheden tot de patiëntenvereniging.

Uit de analyse van de digitale patiënteninformatie die het Zorginstituut heeft uitgevoerd blijkt dat online veel patiënteninformatie beschikbaar is. Maar ook blijkt dat het voor patiënten niet duidelijk is welke informatie betrouwbaar is en waar betrouwbare informatie staat.¹⁶ Daarnaast is de informatie door het gebruik van moeilijke woorden en medische termen lastig te begrijpen.

Als patiënteninformatie voor de hele keten op één centrale, betrouwbare website staat, kunnen alle zorgverleners naar deze website verwijzen. Volgens de Transparantiemonitor¹⁶ is de medische informatie op de website [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) voor een breed publiek toegankelijk gemaakt (B1-niveau).¹⁶ Daardoor zou deze website volgens de partijen dé centrale plek kunnen zijn voor betrouwbare en volledige patiënteninformatie voor mensen met klachten vanuit de lage rug. [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) is namelijk bekend bij de patiënten en zorgverleners en is voor beide partijen goed vindbaar. Bovendien is op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) steeds meer informatie te vinden over medisch-specialistische zorg.¹⁷

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) is van plan om een interdisciplinaire *decision-support-tool* voor patiënten met lage rugpijn te ontwikkelen met de betrokken beroepsgroepen. Dit past goed bij bovengenoemde verbetermogelijkheid. Het Zorginstituut vindt dit een goed initiatief.¹⁷

2.3 Maak uitkomstinformatie over behandelingen openbaar

Klinische¹⁸ resultaten en PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) van behandelingen moeten openbaar en makkelijk vindbaar zijn. Patiënten willen namelijk inzicht hebben in het te verwachten resultaat en de kans op complicaties van behandelingen. Ze hebben deze informatie nodig voor het maken van passende keuzes voor hun behandeling. Dit geldt voor behandelingen in het hele zorgtraject (bijlage D). Het is belangrijk dat beroepsgroepen onderling en met patiënten afstemmen welke PROMs worden gebruikt en dat ze deze ook gaan toepassen en gebruiken in de spreekkamer.

Op dit moment is uitkomstinformatie onvoldoende beschikbaar. Het gaat om de uitkomsten van:

- pijnbehandelingen;
- rugoperaties;
- uitkomsten van pijnrevalidatie.

Uitkomsten van pijnbehandelingen

Kwaliteitsinformatie over pijnbehandelingen bij klachten vanuit de lage rug is niet beschikbaar. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) heeft eind 2019 een kwaliteitssysteem opgezet om de resultaten vast te leggen van behandeling van rugklachten met neuromodulatie. Hierin worden ook PROMs en meerdere klinische uitkomsten (waaronder complicaties) geregistreerd. Het is de intentie van de NVA om resultaten van alle pijnbehandelingen te gaan registreren, onder andere van medicamenteuze

¹⁵ Niet-medische zaken onterecht benoemen en behandelen als een gezondheidsprobleem, met overbodig en nutteloos medisch handelen als gevolg.

¹⁶ Een tekst op B1-niveau bestaat uit makkelijke woorden die bijna iedereen gebruikt. En uit korte, eenvoudige en actieve zinnen.

¹⁷ Brief van NVN aan het Zorginstituut d.d. 26-11-20-2020.

¹⁸ Uitkomsten van een behandeling, bijvoorbeeld complicaties na een operatie.

behandeling en injecties. Deze resultaten kunnen na registratie openbaar worden gemaakt.^[18] Als de resultaten inzichtelijk zijn, kunnen patiënten beter passende keuzes te maken.

Uitkomsten van rugoperaties

Kwaliteitsinformatie over rugoperaties kan worden geregistreerd in ‘de Wervelkolomregistratie’ voor geïnstrumenteerde en ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie.¹⁹ Deze informatie wordt jaarlijks uitgevraagd via indicatorsets op de Transparantiekalender.²⁰ De indicatorset bevat vragen over complicaties die aan de operatie zijn gerelateerd en over de beschikbaarheid van een systeem voor het meten van PROMs. Uitkomsten van PROMs worden vooralsnog niet uitgevraagd in de indicatorset. De uitgevraagde informatie is openbaar voor patiënten, maar moeilijk te vinden en te begrijpen. Deze registratie is helaas sinds eind 2020 gestopt. Spiegelinformatie over uitkomsten van rugoperaties geeft inzicht in de kwaliteit van zorg.

Uitkomsten van pijnrevalidatie

Kwaliteitsinformatie over pijnrevalidatie wordt verzameld in de dataset ‘Pijnrevalidatie’. Het traject ‘Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie’ is als initiatief ontstaan vanuit Revalidatiecentrum Adelante in samenwerking met de vakgroep revalidatiegeneeskunde UM, met als doel op landelijk niveau data te verzamelen voor onderzoek en verbetering van de pijnrevalidatie binnen de revalidatiesector.²¹ De registratie levert kennis op over de doelgroep en de effectiviteit van behandelingen. Deze gegevens zijn nog niet openbaar toegankelijk.

Uitkomsten voor ‘samen beslissen en leren en verbeteren’

‘Samen beslissen’ is het proces waarin zorgprofessional en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past. Patiënten moeten goede informatie krijgen over hun mogelijkheden en de voor- en nadelen die daarbij horen. De partijen uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) medisch-specialistische zorg zijn het programma Uitkomstgerichte zorg 2018-2022 gestart.²² In dit programma werken de HLA-partijen samen om de zorg verder te verbeteren en beter af te stemmen op de uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt. Het doel is om uitkomstsets vast te stellen die gebruikt kan worden door de patiënt en zorgverlener in de spreekkamer en door zorgverleners om de zorg te verbeteren. Lage rugpijn is een van de aandoeningen waarvoor binnen de genoemde periode een uitkomstenset ontwikkeld wordt.

2.4 **Verwachte resultaten van de verbeteringen**

Meer aandacht voor educatie van patiënten, zorgverleners en burgers, het centraal aanbieden van betrouwbare informatie en het beschikbaar maken van uitkomstinformatie zullen leiden tot verbeteringen voor mensen met klachten vanuit de lage rug.

In de eerste plaats zal meer aandacht voor educatie van de patiënt ertoe leiden dat zij:

- hun situatie beter begrijpen;
- makkelijker zelf maatregelen nemen tegen de klachten (betere coping-strategieën).

Het ontstaan en het continueren van specifieke lage rugpijn is multifactorieel waarbij psychosociale factoren van belang zijn en centrale sensitivatie²³ processen. Bij specifieke klachten vanuit de lage rug wordt met de huidige kennis en diagnostiek zelden een lichamelijke oorzaak gevonden. Educatie voorkomt dat patiënten blijven zoeken naar een lichamelijke oorzaak van de klachten. Bij slechts een kleine groep patiënten met rugklachten zonder uitstraling is sprake van een ernstige, specifieke oorzaak, zoals een tumor, breuk of een infectie.^[9, 19] In alle andere gevallen draagt het zoeken naar de oorzaak niet bij aan een sneller herstel en leidt het ook niet tot andere adviezen. Dit onderstreept dat het aanvragen van aanvullende diagnostiek gemotiveerd moet gebeuren.

19 Geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie zijn operaties aan de rug waarbij implantaten (protheses, schroeven of haken) worden gebruikt. Bij ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie worden geen implantaten gebruikt.

20 Overzicht van Zorginstituut Nederland met per sector aan te leveren kwaliteitsgegevens over verleende zorg per sector.

21 <http://www.revalidatiedossier.nl/nederlandse-dataset-pijnrevalidatie>.

22 <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/>

23 Het zenuwstelsel kan gevoeliger zijn geworden en bij heel lichte prikkels al met pijn reageren. Er is dan sprake van overgevoeligheid voor prikkels, of sensitivatie.

In de tweede plaats zal ook meer aandacht voor educatie van de zorgverleners leiden tot de volgende verbeteringen:

- zorgverleners in de eerste en tweede lijn dragen een uniforme boodschap uit over het omgaan met de klachten;
- zorgverleners zijn beter in staat uit te leggen wat klachten vanuit de lage rug betekenen en hoe de patiënt hiermee het beste kan omgaan;
- het medicaliseren van klachten vanuit de lage rug zal afnemen, doordat er betere communicatie en informatie zijn.^[8]

In de derde plaats zal door meer aandacht voor educatie van burgers minder snel een beroep worden gedaan op de zorg. Door goede voorlichting over de betekenis en het verloop van pijn zullen zij minder snel voor advies en behandeling naar een zorgverlener gaan.

In de vierde plaats zal het aanbieden van betrouwbare informatie op één centrale plek, bijvoorbeeld de website [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl), ertoe leiden dat de informatie beter vindbaar is. Als alle zorgverleners voor informatie verwijzen naar deze website, hebben patiënten makkelijk toegang tot betrouwbare en begrijpelijke informatie. Er zijn aanwijzingen dat patiënten zich beter geïnformeerd voelen na het raadplegen van [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) en dat dit leidt tot een verlaging van het aantal huisartsbezoeken.^[16]

Tot slot geeft uitkomst informatie over behandelingen meer inzicht in de positieve en negatieve effecten van behandelingen. Hiermee kunnen zorgverleners en patiënten samen een weloverwogen beslissing nemen over een passende behandeling. Dit leidt tot hogere patiënttevredenheid, betere uitkomsten van zorg en mogelijk tot minder zorggebruik.^[18] Het is nog niet duidelijk hoe groot het effect op het zorggebruik zal zijn (zie bijlage E).

3 Verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen

Verwijzen van patiënten met klachten vanuit de lage rug naar de tweede lijn is niet altijd zinvol. Een groot deel van de patiënten is gebaat bij goede uitleg en begeleiding om te leren omgaan met klachten vanuit de lage rug. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs door een medisch specialist te gebeuren. Verwijzen van deze patiënten naar de tweede lijn kan leiden tot onnodige diagnostiek. Ook kan het leiden tot het inzetten van behandelingen waarvan de effectiviteit niet duidelijk vaststaat.^[7-9]

Tijdens de eerste bijeenkomst in de verdiepingsfase op 3 oktober 2019 bevestigden de betrokken partijen dat patiënten zo lang mogelijk begeleid moeten worden in de eerste lijn, en dat er goede afspraken moeten zijn over welke patiënten wanneer worden verwezen naar welke specialist in de tweede lijn.

Het Zorginstituut heeft onderzoek laten doen naar het zorggebruik in de eerste lijn.^[4] Beoordeeld is of het aantal verwijzingen in overeenstemming is met de NHG-Standaarden. Uit ons onderzoek blijkt dat verwijzing naar de tweede lijn niet altijd gebeurt conform de aanbevelingen in de NHG-Standaarden. Als huisartsen zich aan deze standaarden houden, verwijzen zij zowel patiënten met LRS als patiënten met specifieke klachten vanuit de lage rug minder vaak naar de tweede lijn (zie bijlage D).

De richtlijnanalyse laat zien dat er veel overeenkomsten en kleine verschillen zijn tussen de aanbevelingen in verschillende richtlijnen. De uitkomsten van deze analyse waren voor het Zorginstituut niet onmiddellijk aanleiding om als mogelijke verbetering aan te geven dat de partijen de richtlijnen moeten aanpassen. In de gesprekken met partijen en na de consultatie werd namelijk duidelijk dat de verschillen groter zijn dan je op basis van de richtlijnen zou verwachten. Daarom zou de eerste stap moeten zijn dat huisartsen en medisch specialisten verwijzingen naar de tweede lijn onderling goed afstemmen en concreet vastleggen in de ‘Multidisciplinaire leidraad’, de ‘ketenrichtlijn’ en de eigen richtlijnen.

In de twee volgende paragrafen werken we deze verbeteringen uit. In de laatste paragraaf geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

3.1 Stem beter af welke patiënten met LRS naar de tweede lijn worden verwezen

De aanbevelingen voor verwijzen naar de tweede lijn in de NHG-Standaard ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’²⁴ zijn:

- een patiënt met LRS moet direct worden verwezen naar de neuroloog als er verdenking is op ‘rode vlaggen’;²⁵
- bij een klachtenduur langer dan zes tot acht weken en onvoldoende afname van pijn en/of uitvalsverschijnselen bespreken huisarts en patiënt of een operatie tot de behandelopties behoort. Als een patiënt een operatie overweegt, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de neuroloog.

Het aantal verwijzingen van patiënten met LRS naar de tweede lijn in 2018²⁶ lijkt niet in overeenstemming met deze aanbevelingen. Dit aantal is namelijk hoger dan verwacht. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat 16 procent van de patiënten met LRS-klachten (ICPC diagnosecode L86)²⁷ door de huisarts wordt verwezen naar de tweede lijn.^[4] (tabel 1). De reden van verwijzing wordt in het onderzoek niet vermeld. Op basis van de literatuur weten we dat het percentage patiënten met ernstig onderliggend lijden kleiner is dan 1 procent.^[9]

24 In bijlage C wordt toegelicht wat het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is en wat de klachten zijn die daardoor worden veroorzaakt.

25 Rode vlaggen: waarschuwingssignalen zoals incontinentie of verlamming die wijzen op mogelijk ernstig fysiek onderliggend lijden, zoals een tumor of een infectie.

26 2018 is het meest recente jaar waarvan de gegevens over verwijzen bekend zijn.

27 Huisartsen registreren de klachten of aandoeningen met behulp van een International Classification of Primary Care (ICPC). De codes Lo2, Lo3 en L86 uit de ICPC worden gebruikt voor het registreren van klachten vanuit de lage rug.

Tabel 1 | Patiënten met LRS die zijn verwezen naar de tweede lijn

Klacht vanuit de lage rug	Aantal patiënten met gegevens Zorgdomein	Aantal verwezen patiënten*	% verwezen patiënten*
Lage rugpijn met uitstraling (L86)	7.270	1.157	15,9%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, *Patiënten kunnen meerdere keren per jaar verwezen zijn.

De NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' beveelt aan patiënten met LRS naar een neuroloog te verwijzen.^[20] In 2018 werden patiënten met LRS-klachten doorverwezen naar de volgende specialisten^[4]:

- 70 procent naar een neuroloog;
- 12 procent naar een orthopedisch chirurg;
- 14 procent naar een anesthesioloog;
- 2 procent naar een revalidatiearts;
- 2 procent naar overige specialisten.

We hebben geen informatie over de redenen van verwijzing.

In de bijeenkomsten is gebleken dat de zorgverleners het nog niet eens zijn over het juiste moment en de juiste indicatie voor verwijzen naar de tweede lijn. Daarom moeten deze partijen aanbevelingen over verwijzen samen vaststellen (zie ook hoofdstuk 1). Nadat dit is gebeurd, moeten zij deze aanbevelingen opnemen in de huidige richtlijnen.

3.2 Stem beter af welke patiënten met specifieke klachten naar de tweede lijn worden verwezen

De aanbevelingen voor verwijzen naar de tweede lijn in de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn' zijn:

- een patiënt met specifieke klachten vanuit de lage rug moet niet worden doorverwezen naar de tweede lijn;
- bij vermoeden van een specifieke oorzaak kan het nodig zijn patiënten te verwijzen naar de tweede lijn.

Het aantal verwijzingen van patiënten met specifieke klachten vanuit de lage rug naar de tweede lijn lijkt in 2018 niet in overeenstemming met deze aanbevelingen.^[19] Dit aantal is namelijk hoger dan verwacht. Patiënten met specifieke klachten vanuit de lage rug worden bij de huisarts geregistreerd onder de diagnosecode Lo2²⁸ (rugklachten zonder uitstraling) en Lo3 (lage rugpijn zonder uitstraling). Uit onderstaande tabel blijkt dat 6 procent van de patiënten met diagnosecode Lo2 en 4,7 procent van de patiënten met diagnosecode Lo3 worden verwezen naar een specialist. De reden voor verwijzing is bij deze patiënten niet vastgelegd. We weten dus niet of dit was vanwege een specifieke oorzaak.

Bij specifieke klachten vanuit de lage rug is zelden sprake van een specifieke oorzaak. Daarom kan het aantal verwijzingen mogelijk omlaag. Dit wordt ook bevestigd door de publicaties in *The Lancet*.^[9]

Tabel 2 | Patiënten met specifieke klachten vanuit de lage rug die door de huisarts zijn verwezen naar de tweede lijn

Klacht vanuit de lage rug	Aantal patiënten met gegevens Zorgdomein	Aantal verwezen patiënten*	% verwezen patiënten*
Totaal aantal	25.403	2.146	8,4%
Rugklachten (L02)	9.808	664	6,0%
Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	11.143	459	4,7%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, *Patiënten kunnen meerdere keren per jaar zijn verwezen.

²⁸ De diagnosecode Lo2 is niet specifiek voor klachten vanuit de lage rug, maar onder deze code wordt 30 procent van de klachten vanuit de lage rug geregistreerd.^[4]

In de periode 2015-2018 zijn verschillen te zien in het percentage verwezen patiënten.^[4] Voor rugklachten (Lo2) stijgt het percentage patiënten dat wordt verwezen van 3,7 procent in 2015 naar 6 procent in 2018. Voor lage rugpijn zonder uitstraling (Lo3) stijgt het percentage patiënten dat wordt verwezen over de tijd met ongeveer 1,5 procent. Deze stijgingen kunnen wij niet verklaren. De motivatie om te verwijzen is niet onderzocht.

De percentages verwijzingen zijn iets hoger dan verwacht en nemen bovendien in de tijd toe. Verwijzen naar de tweede lijn kan tot overbehandeling leiden.^[21]

Patiënten met aspecifieke klachten vanuit de lage rug bij wie een specifieke oorzaak van de klachten wordt vermoed moeten volgens de richtlijn worden verwezen naar een orthopedisch chirurg, reumatoloog, revalidatiearts of oncoloog.^[19] In 2018 werden patiënten met aspecifieke klachten vanuit de lage rug doorverwezen naar de specialisten die staan genoemd in tabel 3.

Tabel 3 | Percentage verwezen patiënten met aspecifieke klachten vanuit de lage rug per specialist van de tweede in 2018 (n=2.146)

Specialist	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)
Neuroloog	52,70%	33,70%	39,10%
Orthopedisch chirurg	20,10%	29,40%	25,90%
Anesthesioloog	15,10%	14,00%	20,40%
Revalidatiearts	3,70%	4,90%	5,50%
Overig	8,40%	18,00%	9,10%

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste lijn

Uit deze tabel blijkt dat huisartsen in 2018 niet altijd de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn' hebben gevolgd. Het aantal verwijzingen van patiënten met aspecifieke klachten vanuit de lage rug naar de tweede lijn in 2018²⁹ lijkt niet in overeenstemming met de aanbevelingen voor doorverwijzen in de NHG-Standaard 'Aspecifieke rugklachten'. In de bijeenkomsten is gebleken dat zorgverleners het nog niet eens zijn over het juiste moment en de juiste indicatie voor verwijzen. Daarom moeten deze zorgverleners aanbevelingen over verwijzen samen vaststellen (zie ook hoofdstuk 1). Nadat dit is gebeurd, moeten zij deze aanbevelingen opnemen in de huidige richtlijnen.

3.3 Verwachte resultaten van de verbeteringen

We hebben getoetst in hoeverre de declaratiedata in overeenstemming zijn met de aanbevelingen in de huidige richtlijnen. Dat heeft de uitkomsten opgeleverd zoals die in de hoofdstukken 3.1 en 3.2 staan. Na de consultatie en de bijeenkomsten is duidelijk geworden dat de zorgverleners de richtlijnen over verwijzen naar de tweede lijn beter op elkaar moeten afstemmen. We verwachten dat bij betere afstemming, zoals ook beschreven in hoofdstuk 1, het aantal verwijzingen zal verminderen. In welke mate is nog onduidelijk.

Wanneer in de richtlijnen de aanbevelingen voor verwijzen beter op elkaar zijn afgestemd verwachten we dat:

- de juiste patiënten vaker naar de (juiste) specialist worden verwezen;
- bij patiënten mogelijk minder vaak beeldvormend onderzoek wordt gedaan.

Als patiënten met klachten vanuit de lage rug (onnodig) verwezen worden naar de tweede lijn, bestaat de kans dat zij diagnostiek en behandelingen krijgen die niet nodig zijn.^[8, 13, 21] Bovendien geven diagnostiek in de tweede lijn en de uitkomst daarvan patiënten de verwachting dat er een lichamelijke verklaring bestaat voor de klachten, terwijl die er in de meeste gevallen niet is. Minder verwijzen betekent dat er ruimte is voor het natuurlijk verloop van de klachten. Minder verwijzen betekent ook meer tijd voor conservatieve behandeling. Dit zal dus leiden tot minder zorggebruik. Het is nog niet duidelijk hoe groot het effect van betere afstemming van verwijzen naar de tweede lijn op het zorggebruik zal zijn (zie bijlage E).

²⁹ 2018 is het meest recente jaar waarvan de gegevens over verwijzen bekend zijn.

4 Beeldvormend onderzoek beter afstemmen

Bij de diagnostiek van klachten vanuit de lage rug wordt gebruikgemaakt van beeldvormend onderzoek, in dit geval:

- röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom (X-lage rug);
- MRI- en CT-scans van de lage rug.

Uit ons onderzoek in de screeningsfase bleek dat beeldvormend onderzoek vaker plaatsvindt dan aanbevolen wordt in de richtlijnen. Het Nivel heeft in de eerste lijn onderzocht of het aanvragen van beeldvormend onderzoek (X-lage rug, CT en MRI) gebeurt in overeenstemming met de aanbevelingen in de NHG-Standaarden. Het Zorginstituut heeft op basis van declaratiedata in de tweede lijn onderzocht of het aanvragen van beeldvormend onderzoek in overeenstemming is met de richtlijnen uit de tweede lijn.

Beeldvormend onderzoek wordt inderdaad zowel in de eerste als in de tweede lijn vaker gedaan dan de richtlijnen aanbevelen. De richtlijnanalyse laat zien dat er veel overeenkomsten en kleine verschillen zijn tussen aanbevelingen van verschillende richtlijnen. De uitkomsten van deze analyse waren voor het Zorginstituut niet onmiddellijk aanleiding om als mogelijke verbetering aan te geven dat de partijen de richtlijnen moeten aanpassen. In de gesprekken met partijen en na de consultatie werd echter duidelijk dat de verschillen groter zijn dan je op basis van de richtlijnen zou verwachten. Daarom zou de eerste stap moeten zijn een goede afstemming over de indicaties voor beeldvormend onderzoek tussen partijen die concreet wordt vastgelegd in de 'Multidisciplinaire leidraad', de 'ketenrichtlijn' en de eigen richtlijnen.

Op basis van het bovenstaande is onze conclusie dat de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug zal verbeteren als:

- in de eerste lijn huisartsen minder röntgenfoto's van de lage rug aanvragen;
- in de tweede lijn een betere afstemming is over de indicatie en het moment voor MRI's en röntgenfoto's.

Deze verbetermogelijkheden lichten we in dit hoofdstuk toe. Ook geven we aan wat de verwachte resultaten van de verbeteringen zijn.

4.1 Vraag in de eerste lijn minder röntgenfoto's aan

In de NHG-Standaarden 'Aspecifieke lagerugpijn' en 'Lumbosacraal radiculair syndroom' en de multidisciplinaire 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' wordt het aanvragen van beeldvormend onderzoek (een röntgenfoto, MRI- en CT-scan) over het algemeen niet aanbevolen. Alleen bij verdenking op een specifieke oorzaak van de klachten of bij rode vlaggen wordt beeldvormend onderzoek aanbevolen. In die situatie moeten patiënten ook meteen worden verwezen naar de tweede lijn. In de praktijk blijken huisartsen bij klachten vanuit de lage rug vooral meer röntgenfoto's aan te vragen dan op basis van deze aanbeveling is te verwachten.

Het Nivel heeft voor patiënten in de diagnosegroepen Lo3 (lage rugpijn zonder uitstraling) en L86 (lage rugpijn met uitstraling) onderzocht hoe vaak welk type beeldvormend diagnostiek werd aangevraagd.^[4] Uit het onderzoek blijkt dat in de eerste lijn meer beeldvormend onderzoek (tabel 4) wordt aangevraagd dan de richtlijnen aanbevelen:

- bij patiënten met lage rugpijn met uitstraling werd vaker beeldvormende diagnostiek aangevraagd dan bij patiënten zonder uitstraling (15,8 procent respectievelijk 10,4 procent);
- bij beide diagnosegroepen betrof de röntgenfoto verreweg het grootste deel (86-90 procent) van de aangevraagde diagnostiek;
- bij beide diagnosegroepen vormden MRI-onderzoeken een aanmerkelijk kleiner aandeel (10-15 procent) van de aangevraagde beeldvormende diagnostiek (1-2 procent van de totale aanvragen);
- aanvragen voor CT-scans kwamen in dit onderzoek niet voor.

Tijdens de screeningsfase bestond de indruk dat het aantal aangevraagde MRI's in de eerste lijn te hoog is. Dit verdiepingsonderzoek wijst uit dat bij slechts 1-2 procent van de nieuwe patiënten een MRI wordt aangevraagd. Het aantal aangevraagde MRI's is dus niet hoog. Bij beide diagnosegroepen worden vooral veel röntgenfoto's aangevraagd. Bij gemiddeld 11,4 procent van de patiënten met klachten vanuit de lage rug wordt een röntgenfoto aangevraagd. We denken dat het aantal röntgenfoto's in de eerste lijn gereduceerd zou kunnen worden. De motivatie voor het maken van de foto is meestal niet vastgelegd. We weten dus niet of deze aanvragen gedaan werden vanwege de aanwezigheid van rode vlaggen.

We horen van zorgverleners dat diagnostiek ook wordt aangevraagd onder druk van de patiënten. Partijen bevestigen dat aanvragen soms worden gedaan op dringend verzoek van de patiënt. Het is onbekend in hoeveel procent van de gevallen dit gebeurt.

Tabel 4 | Beeldvormende diagnostiek bij patiënten met klachten vanuit de lage rug 2017-2018

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

Bron: Academisch Huisartsen Netwerk Nijmegen, ¹ Bij geen van de 13 MRI-onderzoeken werd in de bestudeerde episode óók een röntgenfoto aangevraagd.

Patiënten hebben de verwachting dat beeldvormend onderzoek de oorzaak van hun klachten duidelijk maakt. Onderzoek heeft echter aangetoond dat voor klachten vanuit de lage rug meestal geen directe oorzaak te vinden is, ook niet met beeldvormend onderzoek. Andere nadelen van beeldvormend onderzoek zijn dat de uitkomsten aanleiding kunnen zijn voor onnodige ongerustheid bij de patiënt, met onnodige medicalisering en angst om te bewegen als gevolg. Uitkomsten van beeldvormend onderzoek kunnen zelfs leiden tot een onjuiste ziektebeleving en onnodige behandelingen.¹⁹⁾ De uitkomsten van beeldvormend onderzoek hebben ook geen gunstige invloed op het kiezen van een behandeling en ook niet op het verloop van de klachten.²²⁻²⁶⁾ Röntgenonderzoek heeft verder als nadeel dat patiënten worden blootgesteld aan röntgenstraling in het gebied van de geslachtsorganen. Deze stralingsbelasting moet vanwege de schadelijke effecten zoveel mogelijk worden vermeden.

4.2 Stem beter af wanneer in de tweede lijn beeldvormend onderzoek nodig is bij LRS

De aanbevelingen voor diagnostiek in de richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) zijn:

- Een MRI is geïndiceerd als de klachten van het LRS dusdanig invaliderend zijn en/of langdurig aanwezig zijn dat een operatie of een andere specialistische therapie overwogen wordt.
- Indien er aanwijzingen zijn voor ernstig onderliggend lijden (*red flags*) wordt een MRI sterk aanbevolen.
- Het aantonen van een *hernia nuclei pulposi* middels MRI heeft geen meerwaarde bij een conservatief beleid.

Uit het onderzoek van declaratiedata⁵⁾ blijkt dat bij LRS in de tweede lijn meer röntgenfoto's en MRI's worden aangevraagd dan op basis van de aanbevelingen in de richtlijn te verwachten valt. Dit is nadelig voor de patiënt (zie paragraaf 4.1). De uitkomsten van het onderzoek lichten we hieronder toe.

Het aantal MRI's en röntgenfoto's van patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweede lijn in 2018³⁰⁾ lijkt niet in overeenstemming met de aanbevelingen uit de richtlijn van de NVN. In de bijeenkomsten is gebleken de zorgverleners het nog niet eens zijn over de juiste indicatie en het juiste moment

³⁰ 2018 is het meest recente jaar waarvan de gegevens over verwijzen bekend zijn.

voor beeldvormend onderzoek. De aanbevelingen over beeldvormend onderzoek moeten door deze partijen gezamenlijk worden vastgesteld (zie ook hoofdstuk 1). Nadat dit is gebeurd moeten deze aanbevelingen worden opgenomen in de huidige richtlijnen.

4.2.1 *In de tweede lijn beter afstemmen wanneer een MRI wordt gedaan*

Het Zorginstituut heeft op basis van declaratiedata onderzocht hoe vaak MRI's worden gemaakt in de tweede lijn.⁵¹ We constateren dat het totaal aantal patiënten bij wie een MRI van de lumbosacrale wervelkolom werd verricht steeg van 91.914 (2015) naar 98.484 (2017). Als we dit plaatsen naast het totaal aantal operatief behandelde patiënten in 2017 (16.520), betekent dit dat uiteindelijk 17 procent van de patiënten die een MRI hebben gekregen is geopereerd. Hoewel in de NVN-richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' geen harde norm is gesteld, lijkt het erop dat vaker dan aanbevolen een MRI wordt verricht bij LRS. We weten niet wat de reden van de MRI-aanvragen is.

De reacties op de consultatie en tijdens de derde bijeenkomst maakten duidelijk dat de afstemming van de indicaties voor MRI beter kan.

Op basis van huidige gegevens is het niet mogelijk om een streefgetal te verbinden aan deze verbetermogelijkheid, maar door betere afstemming van de aanbevelingen in de richtlijnen verwachten we dat een vermindering van het aantal MRI's in tweede lijn mogelijk is.

In dezelfde lijn van deze verbeteractie ligt de publicatie 'Verstandige Keuzes bij een lage rughernia' door de NVN. Deze verstandige keuze gaat over het verrichten van een MRI en luidt: vraag geen MRI aan tijdens de natuurlijke herstelperiode of na een hernia-operatie als er geen klachten bestaan die een nieuwe operatie rechtvaardigen. De implementatie van deze verstandige keuze staat op de implementatie-agenda van Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).³¹

4.2.2 *In de tweede lijn beter afstemmen wanneer een röntgenfoto wordt gemaakt*

Het Zorginstituut heeft op basis van declaratiedata⁵¹ onderzocht hoe vaak een röntgenfoto van de lage rug wordt gemaakt in de tweede lijn. Uit dit onderzoek blijkt dat in 2016³² 129.821 nieuwe patiënten met klachten vanuit de lage rug bij een medisch specialist in de tweede lijn kwamen. Bij 26.884 van deze patiënten vond geen diagnostiek of verdere behandeling plaats. Van de 102.937 patiënten die in de tweede lijn bleven werd in 2016 bij 48.365 patiënten een röntgenfoto gemaakt. Dat is 46 procent van het aantal patiënten in de tweede lijn. In het licht van de aanbeveling uit de richtlijn is dit een hoog percentage.

De reacties op de consultatie en tijdens de derde bijeenkomst maakten duidelijk dat de afstemming van de indicaties voor röntgenfoto's beter kan.

4.3 **Verwachte resultaten van de verbeteringen**

We hebben getoetst in hoeverre de declaratiedata in overeenstemming zijn met de aanbevelingen in de huidige richtlijnen. Dat heeft de uitkomsten in de paragrafen 4.1 en 4.2 opgeleverd. Na de consultatie en de bijeenkomsten werd duidelijk dat de zorgverleners de richtlijnen over beeldvormend onderzoek in de eerste lijn beter moeten volgen en in de tweede lijn beter op elkaar moeten afstemmen. We verwachten dat bij beter volgen en betere afstemming van de richtlijnen, zoals beschreven in hoofdstuk 1, het doen van beeldvormend onderzoek zal verminderen. In welke mate is nog onduidelijk.

³¹ Het programma ZE&GG wordt uitgevoerd in opdracht van de partijen in de medisch-specialistische zorg (MSZ) die afspraken hebben vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord MSZ (Hoofdlijnenakkoord, HLA-MSZ) 2019-2022. Alle partijen van het HLA-MSZ verenigd in het programma ZE&GG hebben ingestemd met het opnemen van de Verstandige keuzes, in hun implementatieagenda. Daarmee is er commitment van alle HLA-partijen om werk te maken van de implementatie. Raadpleeg voor meer informatie <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/>.

³² We presenteren de gegevens van 2016, omdat dit het laatste jaar is waarvan we de gegevens tot twee jaar na de verwijzing compleet hebben. Op grond van de gegevens die bekend zijn over 2017 lijkt het dat ook in dat jaar bij 46 procent van de patiënten een röntgenfoto van de lage rug werd gemaakt.

Wanneer de aanbevelingen over beeldvormend onderzoek in de richtlijnen beter worden gevolgd en beter op elkaar zijn afgestemd verwachten we dat:

- patiënten minder vaak beeldvormend onderzoek ondergaan;
- patiënten minder vaak worden blootgesteld aan röntgenstraling;
- er minder vaak irrelevante bevindingen worden gedaan.

Het volgen van de aanbevelingen voor beeldvormend onderzoek leidt bij de patiënt uiteindelijk tot minder ongerustheid en minder onjuiste ziektebeleving, en daardoor tot minder ziekteverzuim. Ook zal het zorggebruik vanwege klachten vanuit de lage rug afnemen.^[23] Het is nog niet duidelijk hoe groot het effect hiervan zal zijn (zie bijlage E).

5 De juiste behandeling op het juiste moment

Bij het ontstaan van klachten vanuit de lage rug zijn zowel biomedische als psychologische en sociale factoren bepalend voor het ontstaan, het verloop, de beleving én de behandeling van chronische pijn. Daarom is psychosociale behandeling cruciaal bij patiënten met aanhoudende klachten, na of gelijktijdig met de lichamelijke aanpak. Het is nadelig voor de patiënt, als dit onvoldoende of te laat gebeurt. De partijen die betrokken zijn bij de zorg bij klachten vanuit de lage rug herkennen deze problemen.

Voor patiënten met chronische klachten vanuit de lage rug duurt het soms lang voordat ze bij de juiste zorgverlener zijn. Dit komt doordat er naar een medische oorzaak voor de klachten wordt gezocht en doordat er onvoldoende aandacht is voor het feit dat de oorzaak van de klachten meerdere factoren omvat. Als er indicatie is voor behandeling door een psycholoog en multidisciplinaire behandeling, vindt dit vaak onvoldoende of te laat plaats.

Wij hebben de bovengenoemde signalen nader onderzocht. Aan de hand van de richtlijnanalyse en de analyse van het zorggebruik hebben we beoordeeld of sprake is van over- of onderbehandeling. Dat blijkt allebei het geval te zijn. Dit betekent dat patiënten niet altijd de juiste zorg op het juiste moment krijgen. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek komen wij tot de volgende mogelijkheden om deze situatie te verbeteren:

- volg het stappenplan uit de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn';
- volg de richtlijnen bij het geven van pijnmedicatie;
- stem de aanbevelingen in de richtlijnen voor anesthesiologische pijnbehandelingen op elkaar af;
- omschrijf de aard en duur van de conservatieve behandeling.

In deze paragraaf lichten we deze verbetermogelijkheden toe. We sluiten de paragraaf af met de verwachte resultaten.

5.1 Volg het stappenplan uit de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn'

De afspraken en aanbevelingen over de behandeling van aspecifieke lage rugklachten in de eerste lijn zijn vastgelegd in de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn'. In de eerste lijn is dit 'de gouden standaard'. In deze standaard is een stappenplan opgenomen. Dit stappenplan is gebaseerd op een biopsychosociale oorzaak en vormt de leidraad voor de behandeling van aspecifieke rugklachten in de eerste lijn. Het behandelbeleid is gericht op het bevorderen van bewegen en het oppakken of continueren van activiteiten. Bij onvoldoende verbetering van het functioneren wordt de volgende stap ingezet. Naarmate de klachten langer duren, wordt de behandeling multidisciplinair. In de onderstaande tabel staat het stappenplan van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Tabel 5 | Stappenplan NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn'

Stap	Toelichting
1. Voorlichting en advies	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecifieke lage rugpijn gaat meestal vanzelf binnen een aantal weken over. Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten voor zover de klachten dit toelaten. Bewegen veroorzaakt geen schade. • Beeldvormende diagnostiek is niet zinvol. Er is geen relatie tussen eventueel op de foto zichtbare afwijkingen met ervaren klachten en de eventuele bevindingen hebben geen therapeutische consequenties. • Leg bij chronische klachten uit dat de nadruk bij de behandeling ligt op het omgaan met de klachten en het dagelijks functioneren en niet op het verdwijnen van de pijn.
2. Opbouw van activiteiten (klachtenduur ca. 3-4 weken)	Overweeg een tijdcontingente ²³ aanpak indien de klachten binnen circa drie tot vier weken onvoldoende zijn verbeterd. Zie hoofdstuk NHG-Standaard.
3. Oefentherapie (klachtenduur ca. 6 weken)	Een activerende en tijdcontingente aanpak door een fysio- of oefentherapeut heeft de voorkeur.
4. Gedragsmatige behandeling (klachtenduur ca. 12 weken)	Verwijs naar een psychosomatische fysio- of oefentherapeut voor cognitief-gedragstherapeutische behandeling gericht op verhoging van het activiteitsniveau, verandering van disfunctionele gedachten en het aanleren van copingvaardigheden.
5. Multidisciplinaire revalidatie	Verwijs naar een gespecialiseerd behandel-/revalidatiecentrum bij chronische klachten, indien de patiënt nog niet is teruggekeerd in het arbeidsproces, een hoge ziektelast heeft en psychosociale factoren de klachten vermoedelijk in stand houden.

Het Nivel heeft in opdracht van het Zorginstituut onderzoek gedaan naar het zorggebruik in de eerste lijn.

^[4] Op basis hiervan concluderen we dat stap 4 van het stappenplan niet goed wordt doorlopen.

Stap 4 gaat over het doorverwijzen voor een gedragsmatige behandeling. Bij keuze voor deze behandeling, wordt de patiënt verwezen naar een therapeut met expertise op dit gebied. Dit is een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut of een gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog.^[9] In het Nivel-onderzoek werd geen enkele patiënt met specifieke rugklachten doorverwezen naar een psycholoog.^[4] Uit de declaratiedata kunnen we niet afleiden of patiënten zijn verwezen naar een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut. We hebben de indruk dat de inzet van gedragsmatige behandelingen onvoldoende wordt benut. Dit onderwerp wordt uitgewerkt in de ‘Multidisciplinaire leidraad’.

Door ZonMw is onlangs een voorbereidende studie gehonoreerd van UMC Amsterdam naar een patiëntgericht aanbod voor mensen met chronische pijn. De essentie van deze studie is om in plaats van of voorafgaand aan een consult door een anesthesioloog een gesprek met een medisch psycholoog in de polikliniek aan te bieden. In een dergelijk consult staat pijneducatie centraal. Het project heet: “Het vroegtijdig verbreden van de pijngeneeskundige poliklinische patiëntenzorg van medisch-technisch naar biopsychosociaal om de doelmatigheid van pijninterventies te vergroten”. Deze studie zullen wij met belangstelling volgen.

In de NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’ is in stap 3 een aanbeveling opgenomen voor fysio- en oefentherapie. De standaard beveelt de mogelijkheid aan voor begeleiding door een fysio- en oefentherapeut, hoewel de effecten gering zijn. Deze zorg voor volwassenen is geen onderdeel van het verzekerde basispakket.^{33, 34, 35} Dit kan tot gevolg hebben dat mensen oefentherapie uitstellen of er zelfs van afzien, waardoor mogelijk op termijn duurdere zorg wordt geconsumeerd. Het Zorginstituut onderzoekt daarom samen met de betrokken partijen in een overgangstraject een nieuwe balans tussen de toegankelijkheid van bewezen effectieve fysio- en oefentherapeutische interventies en de betaalbaarheid van het basispakket binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw).^[9] We zullen daarom binnen dit Zinnige Zorg-traject geen verbetermogelijkheden opnemen specifiek voor begeleiding door een fysio- of oefentherapeut (dit geldt zowel voor aspecifieke klachten als voor LRS).

5.2 Volg de richtlijn bij het voorschrijven van (pijn)medicatie

Voor het voorschrijven van (pijn)medicatie bij aspecifieke klachten vanuit de lage rug geeft de NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’ de volgende aanbevelingen:

- Behandel alleen patiënten met hevige, acute lage rugpijn bij wie zwakker werkende analgetica³⁶ niet effectief waren met opiaten.³⁷ Informeer de patiënt over de bijwerkingen en houd de behandelduur zo kort mogelijk (maximaal vijf dagen).
- Behandel alleen patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn met ernstige beperkingen met zwak- of sterkwerkende opiaten, met als doel het stapsgewijs uitbreiden van activiteiten te ondersteunen. Houd in dit geval de behandelduur zo kort mogelijk, maximaal een tot twee weken.
- Gebruik van neuropathische pijnmedicatie³⁸, zoals antidepressiva en anti-epileptica, ter vermindering van pijn wordt niet aanbevolen.
- Benzodiazepinen³⁹ worden niet aanbevolen. Een gunstig effect van de beoogde spierverslapping op de pijnklachten of functionaliteit is niet aangetoond, terwijl deze middelen wel bijwerkingen hebben en er kans op afhankelijkheid bestaat.

³³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/bewegingsapparaat/standpunt-effectiviteit-fysiotherapie-en-oefentherapie-bij-lage-rugklachten>.

³⁴ De eerste twintig behandelingen betaalt de patiënt zelf (zo mogelijk uit de aanvullende verzekering).

³⁵ Fysio- en oefentherapie bij LRS met motorische uitval is een uitzondering, dit is wel verzekerde zorg.

³⁶ Pijnstillers.

³⁷ Uit opium bereide middelen.

³⁸ Pijnstillers specifiek voor pijn met een neuropathische oorsprong.

³⁹ Medicatie met kalmerende, spierverslappende, slaapbevorderende en gevoelens van angst verminderende eigenschappen.

Voor het voorschrijven van (pijn)medicatie bij LRS geeft de NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' de volgende aanbevelingen:

- Volg het stappenplan van de NHG-Standaard 'Pijn'.
- Overweeg bij hevige pijn en/of contra-indicaties voor NSAID's één of twee stappen over te slaan. Start in dit geval direct met behandeling met (zwakwerkende) opiaten (in combinatie met paracetamol en, indien er geen contra-indicaties zijn, NSAID's).
- Start, in geval van behandeling met opiaten, met een snelwerkend preparaat. Behandel bij chronische pijn met een langwerkend preparaat.

Het voorschrijven van medicatie in de eerste lijn vanwege klachten vanuit de lage rug is door het Nivel onderzocht.^[4] In tabel 6 zien we de uitkomsten van dit onderzoek. Uit de tabel kunnen we niet aflezen hoe lang de medicatie is gebruikt.

In de volgende subparagrafen laten we zien dat opiaten, neuropathische pijnmedicatie en benzodiazepinen te vaak worden voorgeschreven.

5.2.1 Vaak opiaten voorgeschreven

Zowel in de eerste als in de tweede lijn krijgen patiënten met klachten vanuit de lage rug vaak opiaten voorgeschreven.

Eerste lijn

Uit tabel 6 blijkt dat van de patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (L03) 9,3 procent zwakwerkende opiaten krijgt voorgeschreven en 5,6 procent sterkwerkende. Van de patiënten met rugklachten (L02) krijgt 7,4 procent zwakwerkende opiaten en 5,5 procent sterkwerkende. Gegevens over de duur van het gebruik van medicatie in de eerste lijn hebben we niet.

Het gebruik van opiaten bij patiënten met klachten vanuit de lage rug lijkt hoog.

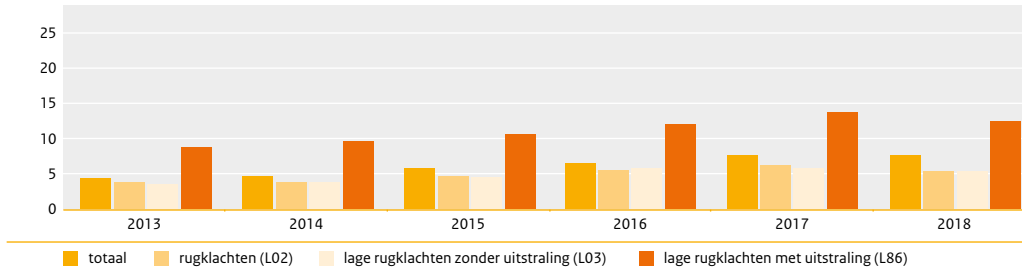
Tabel 6 | Voorgeschreven (pijn)medicatie voor patiënten met klachten vanuit de lage rug (2018)

Klacht vanuit de lage rug	Totaal	Rugklachten (L02)	Lage rugpijn zonder uitstraling (L03)	Lage rugpijn met uitstraling (L06)
Pijnstillers ¹	24,10%	19,40%	26,50%	27,8%
Zwakwerkende opiaten ²	9,50%	7,40%	9,30%	14,30%
Sterkwerkende opiaten ³	7,10%	5,50%	5,60%	12,80%
Benzodiazepinen ⁴	4,00%	3,10%	3,90%	5,60%
Antidepressiva/ Anti-epileptica ⁵	3,20%	1,80%	1,80%	7,30%

¹ Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen; ² Combinatie Codeïne/Racetamol, Tramadol; ³ Tapentadol, Morfine, Fentanyl, Oxycodon, Combinatie Oxycodon en Naloxon, Hydromorfon, Buprenorfine; ⁴ Benzodiazepine derivaten, Benzodiazepine gerelateerde medicatie; ⁵ Pregabaline, Gabapentine, Duloxetine, Nortriptyline
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Als we alleen naar het gebruik van sterkwerkende opiaten kijken (zie figuur 1), zien we in de periode van 2013 tot en met 2016 een lichte toename. In de periode 2016 tot en met 2018 blijven de aantallen stabiel. Deze sterkwerkende middelen hebben een verslavend effect. Daarom zou het gebruik zo veel mogelijk moeten worden teruggebracht.

Figuur 1 | Percentage patiënten met voorgeschreven sterke opiaten



Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

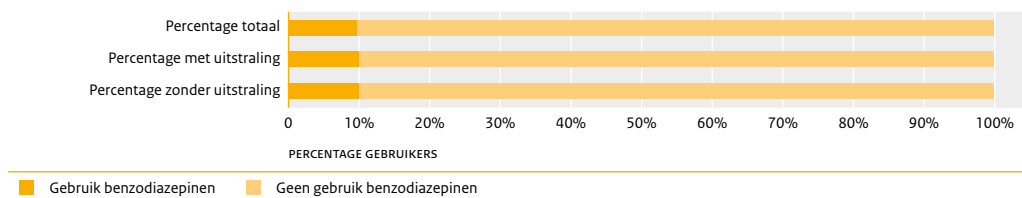
Het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC heeft een subsidie (hernieuwde) aanvraag gedaan om het voorschrijfgedrag van huisartsen van zware pijnstillers te gaan onderzoeken.⁴⁰

Tweede lijn

Aanbevelingen over medicatie zijn niet opgenomen in de richtlijnen die gebruikt worden in de tweede lijn. In de tweede lijn wordt gebruikgemaakt van de zogenaamde pijnladder van de World Health Association (WHO).

Het Zorginstituut heeft het medicatiegebruik van patiënten in de tweede lijn onderzocht.⁵¹ Uit dit onderzoek blijkt dat in 2016 meer dan 55 procent van de patiënten met klachten vanuit de lage rug opiaten heeft gebruikt (zie figuur 2). Dit lijkt een hoog percentage.⁴¹

Figuur 2 | Percentages gebruikers opiaten in de tweede lijn, totaal met en zonder uitstraling (2016)



Bron: GIP, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019) & DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

Als we kijken naar de duur van het voorschrijven van opiaten in de tweede lijn, zien we in de figuren 3 en 4 dat de grootste groep patiënten ongeveer een maand opiaten krijgt voorgeschreven. Maar we zien ook dat een grote groep patiënten voor een langere periode opiaten krijgt voorgeschreven. Als we deze patiënten tot één jaar na afgifte van het eerste recept blijven volgen in de tijd, zien we dat nog 37 procent van deze patiënten langer dan een half jaar opiaten krijgt voorgeschreven. Bij de presentatie van deze gegevens tijdens de Zinnige Zorg-bijeenkomst op 6 februari 2020 vertelden partijen dat zij dit als een hoog percentage ervaren, en ook dat zij de duur van gebruik te lang vinden. Wij hebben de indruk dat vermindering reductie van dit opiaatgebruik mogelijk is.

De NVA is bezig met de landelijke campagne 'Choosing Wisely' rondom het thema gepast gebruik van opiaten.⁴² Het Zorginstituut zal deze campagne met interesse volgen.

Er bestaat ook een taakgroep Gepast gebruik van opioïden. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke verenigingen van anesthesiologen (NVA) en van verslavingsartsen (VVG), de KNMP (openbaar apothekers), de NVZA (ziekenhuisapothekers), en de Patiëntenfederatie Nederland. De projectleiding is in handen van het Instituut Verantwoord

⁴⁰ Brief van Pijnpatiënten naar één stem aan het Zorginstituut d.d. 26-02-2021.

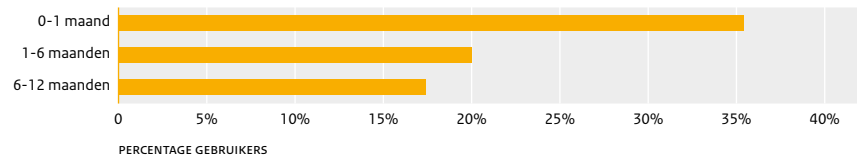
⁴¹ In dit onderzoek is geen koppeling gemaakt tussen de farmaceutische data en de indicatie waarvoor een geneesmiddel is voorgeschreven. Dit betekent dat we niet zeker zijn of patiënten deze geneesmiddelen gebruikten vanwege klachten vanuit de lage rug. De percentages kunnen daarom overschat zijn.

⁴² Brief NVA aan het Zorginstituut dd. 23-07-2020.

Medicijngebruik (IVM). De taakgroep wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. De opdracht aan de taakgroep is om zorgverleners, instellingen en patiënten te informeren over en aan te spreken op het verantwoord gebruik van opioïde pijnstillers. De activiteiten van de taakgroep zijn dan ook gericht op het vergroten van kennis en het verbeteren van het gedrag van zorgverleners en patiënten in het opioïden-gebruik.⁴³

Daarnaast is het Kennisinstituut van de Medisch Specialisten een project gestart om te komen tot een algemene richtlijn voor het verstrekken van zware pijnstillers. Die richtlijn wordt opgesteld in het kader van het project “Verstandig kiezen bij de behandeling van pijn met opioïden”, gericht op het voorschrijven van opioïden bij ontslag uit het ziekenhuis.⁴⁴

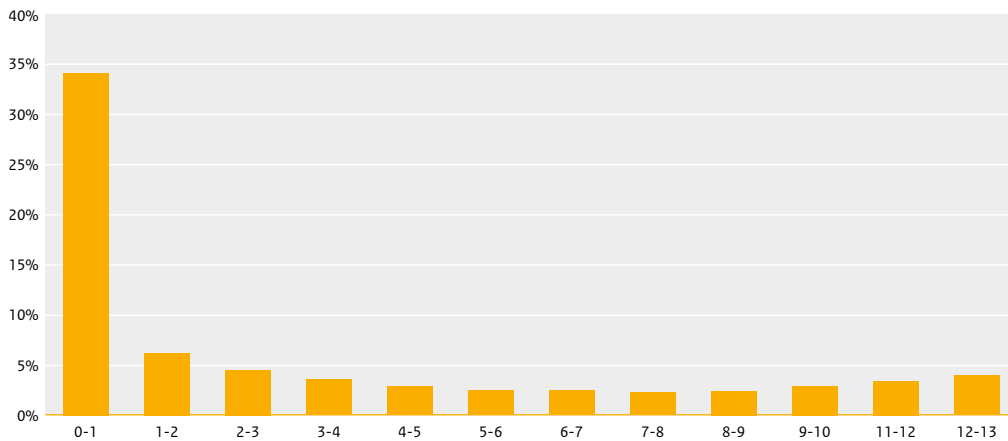
Figuur 3 | Duur voorschrijven opiaten bij patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweede lijn



Bron: GIP, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019) & DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

Figuur 4 laat zien hoe lang ‘nieuwe patiënten’ in 2016 opiaten gebruikten. In het totaal gaat het om 51.731 patiënten. Ongeveer 11.000 gebruikers kregen geen herhaalrecept binnen twee jaar. Gemiddeld vijf keer (mediaan is vier) hebben gebruikers een herhaalrecept gehad.

Figuur 4 | Tijdsduur voorschrijven opiaten (in maanden) aan gebruikers (in percentages)



Bron: GIP, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019) & DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

5.2.2 Tegen aanbeveling in te vaak benzodiazepinen voorgeschreven

Zowel in de eerste als in de tweede lijn krijgen patiënten met klachten vanuit de lage rug te vaak benzodiazepinen voorgeschreven.

Eerste lijn

Benzodiazepinen worden niet aanbevolen in de NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’. We zien bij de patiënten met lage rugklachten dat benzodiazepinen bij 3,1 procent van de patiënten wordt voorgeschreven en bij 3,9 procent van de patiënten met lage rugpijn zonder uitstraling (tabel 6).^{[4]45} Deze medicatie lijkt niet in overeenstemming met de richtlijn te worden voorgeschreven.

⁴³ www.opiaten.nl

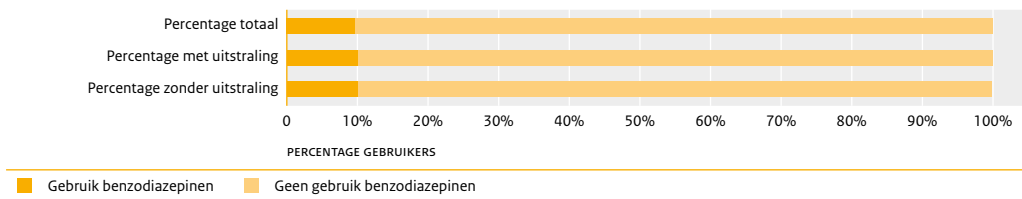
⁴⁴ Brief van Pijnpatiënten naar één stem aan het Zorginstituut d.d. 26-02-2021.

⁴⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/09/27/nivel-rapport-behandeling-van-klachten-vanuit-de-lage-rug-in-de-eerste-lijn>.

Tweede lijn

In de pijnladder van de WHO wordt gebruik van benzodiazepinen vanwege pijn niet aanbevolen. In 2015 en 2016 heeft zo'n 10 procent van de patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweede lijn benzodiazepinen gebruikt (figuur 5). Deze medicatie is dus niet voorgeschreven volgens de aanbevelingen in de pijnladder. Uit de data kunnen we niet afleiden voor welke indicatie de medicatie is voorgeschreven. Wél weten we dat de medicatie nieuw is voorgeschreven in de periode van de klachten vanuit de lage rug.

Figuur 5 | Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweede lijn dat benzodiazepinen heeft gebruikt in 2016



Bron: GIP, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019) & DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

5.3 Stem de aanbevelingen over anesthesiologische pijnbehandelingen in de richtlijnen op elkaar af

In deze paragraaf laten we zien dat de aanbevelingen in de richtlijnen voor anesthesiologische pijnbehandelingen verschillen. Dit is nadelig voor patiënten, omdat zij verschillende adviezen krijgen, waardoor het moeilijk is om te beslissen of deze behandeling bij ze past.

In hoofdstuk 3 hebben we laten zien dat de percentages patiënten met een verwijzing door de huisarts naar de anesthesioloog hoog zijn (patiënten met rugpijn (Lo2) 14 procent, patiënten zonder uitstraling (Lo3) 20 procent, patiënten met LRS 14 procent). Dit is niet in overeenstemming met de NHG-Standaarden, want deze bevelen anesthesiologische pijnbehandelingen juist niet aan.

Uit de data over het zorggebruik in de tweede lijn blijkt dat deze behandelingen bij een kwart van de verwezen patiënten worden gedaan.

5.3.1 Aanbevelingen over anesthesiologische pijnbehandelingen komen niet overeen

In de Nederlandse standaarden en richtlijnen komen de aanbevelingen over anesthesiologische pijnbehandelingen niet overeen. Dit geldt zowel voor LRS als voor specifieke lage rugklachten.

LRS

In drie Nederlandse richtlijnen zijn aanbevelingen opgenomen voor de behandeling van LRS of ernstige radiculaire pijn. Dit zijn de NVN-richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom', de NVA-richtlijn 'Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding' (H11=LRS) en de NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom'.

Er is een duidelijk verschil in aanbevelingen. De NVN-richtlijn en NVA-richtlijn 'Lumbosacraal radiculair syndroom' bevelen epidurale corticosteroïd-injecties bij LRS wel aan. De betekenis van de onderzoeksresultaten wordt door de richtlijnontwikkelaars verschillend geïnterpreteerd, wat leidt tot verschillende aanbevelingen. De NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' beveelt niet aan om patiënten met LRS vanuit de eerste lijn rechtstreeks te verwijzen voor behandeling met epidurale corticosteroïd-injecties. Dit vanwege het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit van deze middelen en de onduidelijkheid over het optreden en de ernst van bijwerkingen en complicaties. De NVA-richtlijn 'Praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding' onderkent de matige kwaliteit van het bewijs en beveelt epidurale corticosteroïd-injecties alleen aan bij aanhoudende pijn in de eerste weken of maanden na conservatieve behandeling. Bovendien moet er geen indicatie voor opereren zijn of moet de patiënt een operatie niet zien zitten (NVA 2018).

De NVN-richtlijn ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’ is zeer recent (2020) geactualiseerd en gepubliceerd. In de richtlijn staat dat er een kennislacune bestaat over het effect van epidurale injecties in de acute fase. Verder staat in deze richtlijn dat het ontbrekende effect op middellange termijn (drie maanden) als minder relevant wordt beschouwd door de werkgroep, aangezien de meest ernstige pijnklachten doorgaans in de acute fase zijn en ongeveer 75 procent van de patiënten met 3 maanden al spontaan is hersteld.^[27]

Aspecifieke klachten vanuit de lage rug

In twee richtlijnen zijn aanbevelingen over anesthesiologische pijnbehandelingen bij aspecifieke klachten vanuit de lage rug opgenomen. De NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’ beveelt anesthesiologische behandelingen, zoals radiofrequente laesie (zenuwblokkade door hittebehandeling) of injecties met analgetica of corticosteroïden (bijvoorbeeld ter plaatse van de facetgewrichten of epiduraal) niet aan. De werkzaamheid is volgens de NHG-Standaard ‘Aspecifieke lagerugpijn’ niet aangetoond en de behandelingen kunnen gepaard gaan met complicaties.

De NVA-richtlijn ‘Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug’ kent verschillende specifieke aandoeningen van de lage rug, waarbij een anesthesiologische pijnbehandeling geïndiceerd zou kunnen zijn (facetpijn, sacro-iliacale pijn, coccygodynie, discuspijn en het *failed back surgery syndrome*). In de eerstelijnszorg zal men geneigd zijn genoemde syndromen tot het domein van de aspecifieke lage rugpijn te rekenen, behalve wellicht de relatief zeldzame coccygodynie.

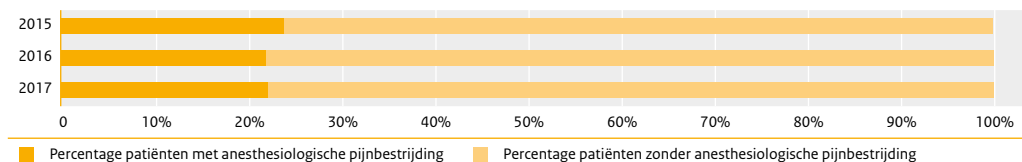
In 2011 en in 2015 heeft het Zorginstituut een standpunt ingenomen over de vergoeding van injecties en denervaties bij chronische aspecifieke lage rugklachten (diagnosecode 071). Volgens deze standpunten voldoen deze behandelingen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en worden daarmee niet vergoed uit de basisverzekering. Het Zorginstituut heeft geen standpunt ingenomen over neurogene klachten (diagnosecode 075 en 076).

De verschillen in de richtlijnen voor LRS en aspecifieke klachten zijn mogelijk te verklaren door de kwaliteit van het bewijs van de studies naar deze behandelingen. Er zijn verschillende studies en reviews over dit onderwerp. Uit de richtlijnanalyse blijkt dat de kwaliteit van het bewijs van deze studies slechts laag tot zeer laag is, wat mogelijk leidt tot interpretatieverschillen.

5.3.2 Veel patiënten krijgen anesthesiologische pijnbehandelingen

Uit het onderzoek van het Zorginstituut naar zorggebruik in de tweede lijn^[5] blijkt dat ongeveer een kwart van de verwezen patiënten met klachten vanuit de lage rug werd behandeld met anesthesiologische pijnbehandelingen. Het relatieve aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug dat met anesthesiologische pijnbehandelingen wordt behandeld is licht gedaald na 2015, maar het absolute aantal patiënten neemt toe.

Figuur 6 | Percentage patiënten met klachten vanuit de lage rug dat anesthesiologische pijnbehandeling heeft gekregen in 2015-2017

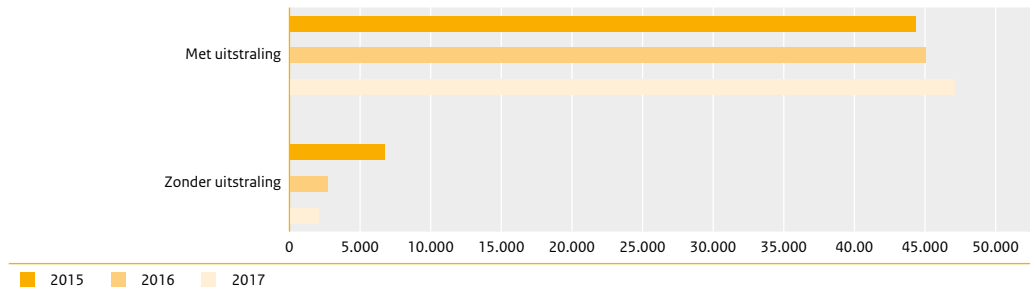


Bron: DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

In de analyse van het zorggebruik in de tweede lijn is ook een opsplitsing gemaakt van patiënten met en zonder uitstraling in de periode 2015-2017. Onderstaande figuur 7 is een weergave van deze analyse. Verreweg de meeste anesthesiologische pijnbehandelingen worden gedaan bij patiënten met uitstraling. Dit komt overeen met de negatieve standpunten van het Zorginstituut over anesthesiologische pijnbehandelingen bij aspecifieke klachten vanuit de lage rug. We zien dat het aantal anesthesiologische pijn-

behandelingen in absolute aantallen bij patiënten zonder uitstraling afneemt, terwijl het aantal behandelingen bij de patiënten met uitstraling toeneemt.

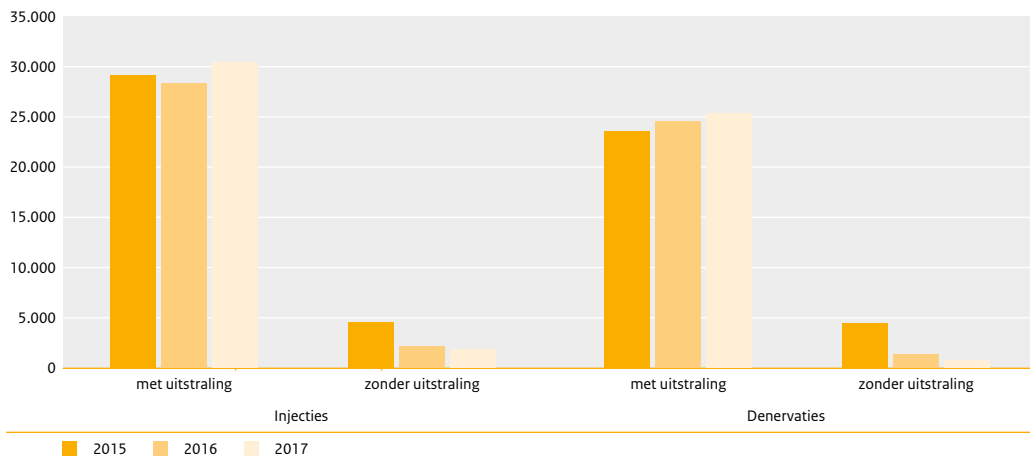
Figuur 7 | Aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug dat anesthesiologische pijnbehandeling heeft gehad in 2015-2017



Bron: DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

In de analyse zijn de anesthesiologisch pijnbestrijdingsbehandeling ook opgesplitst in injecties en denervaties. Patiënten met uitstralende pijn krijgen veel vaker een pijnbehandeling dan patiënten zonder uitstraling. Terwijl het aantal behandelingen bij patiënten zonder uitstraling afneemt, lijkt het aantal behandelingen juist toe te nemen. In figuur 8 zien we de anesthesiologische pijnbehandelingen uitgesplitst naar injectie- en denervatietechnieken.

Figuur 8 | Aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug dat een anesthesiologische pijnbehandeling heeft gehad, uitgesplitst naar injectie- en denervatietechnieken in 2015-2017



Bron: DIS, Zorginstituut Nederland (peiljaar 2019)

5.4 Omschrijfaard en duur van de conservatieve behandeling

In de NOV-richtlijn ‘Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie’^[28] en de richtlijn ‘Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie’^[29] van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN) worden de aanbevelingen voor het verrichten van operaties beschreven. Beide richtlijnen bevelen een operatie aan, als een conservatieve behandeling onvoldoende of helemaal niet werkt. De definitie van conservatieve behandeling wordt niet beschreven in deze richtlijnen. Ook staat niet vermeld hoe lang conservatieve behandeling geprobeerd moet zijn. Hierdoor kan sneller dan nodig worden overgegaan tot opereren. Door de aard en duur van conservatieve behandeling goed te beschrijven is het duidelijker wanneer een operatie nodig is.⁴⁶

⁴⁶ De NOV/NVvN/DSS hebben aangegeven dat er geen evidence is over wat een juiste conservatieve behandeling is en hoe lang deze moet duren. Daarbij geven zij ook aan dat de indicatie en timing van een operatie individueel maatwerk is.

5.5 **Verwachte resultaten van de verbetering**

De verbeteringen die in de eerdere paragrafen van dit hoofdstuk zijn beschreven, leiden ertoe dat de patiënt de juiste behandeling op het juiste moment krijgt.

Door patiënten eerder de juiste medicatie te geven, voorkom je onnodige en onjuiste medicamenteuze behandelingen en zijn patiënten sneller geholpen. Patiënten zullen door de pijnmedicatie sneller minder pijn hebben en beter in staat zijn te bewegen. Het bewegen zorgt ervoor dat zij sneller van hun klachten af zullen komen. Vermindering van opiatengebruik zal leiden tot minder patiënten die afhankelijk worden van deze middelen.

Het volgen van de NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' bij LRS leidt tot gericht inzetten van fysio- of oefentherapie.

Als er overeenstemming is over het inzetten van anesthesiologische pijnbehandelingen, verwachten we minder variatie in zorg en dat deze behandelingen ingezet worden als daar een goede indicatie voor is. Het zorgtraject wordt dan duidelijker voor patiënten.

Door de aard en de duur van de conservatieve behandeling voorafgaand aan de operatie te beschrijven wordt duidelijker wat het juiste moment voor een operatie is. Daardoor krijgen patiënten een beter beeld van de duur van het zorgtraject en worden zij niet meer te vroeg of te laat geopereerd.

6 Verbeterafspraken

In de vijf hoofdstukken hiervoor hebben we laten zien welke verbeteringen mogelijk zijn in het zorgtraject voor mensen met klachten vanuit de lage rug. Deze verbeteringen hebben we met de betrokken partijen besproken in de laatste bijeenkomst op 3 december 2020. Vervolgens hebben we samen met hen concrete doelen geformuleerd en verbeterafspraken gemaakt. Over het uitvoeren van deze verbeteringen en de termijn waarop dat gebeurt zijn afspraken gemaakt.

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de gestelde doelen en de gemaakte verbeterafspraken. Daarna gaan we kort in op de vervolgstappen om de verbeteringen te implementeren, monitoren en evalueren.

6.1 Gemaakte afspraken

Op basis van de resultaten van het verdiepingsonderzoek hebben de betrokken partijen (zie bijlage B) verbeterafspraken opgesteld. Deze zijn gegroepeerd naar de verbetermogelijkheden zoals we die in de vijf voorgaande hoofdstukken hebben beschreven:

- zorg in de hele keten beter afstemmen;
- voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren;
- verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen;
- beeldvormend onderzoek beter afstemmen;
- juiste behandeling op het juiste moment.

6.1.1 Deze paragraaf bevat een overzicht en uitwerking van de gemaakte afspraken.

Afspraken om de zorg in de hele keten beter af te stemmen

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende doelen voor de zorg in de hele keten geformuleerd:

- relevante kwaliteitsstandaarden op inhoud aanpassen;
- aangepaste kwaliteitsstandaarden in de praktijk toepassen.

Om deze doelen te bereiken hebben we samen met de betrokken partijen afspraken gemaakt om in de implementatiefase te realiseren. In tabel 7 staan deze afspraken en is voor elke afspraak aangegeven welke partij de regie voert bij de uitvoering ervan, welke andere partijen hierbij betrokken zijn en wanneer de uitvoering van de afspraak gereed moet zijn.

Met de partijen is afgesproken de verbeteringen stapsgewijs op te pakken. Eerst moeten de kwaliteitsstandaarden zijn aangepast of ontwikkeld. Bij de oplevering van deze kwaliteitsstandaarden moeten partijen ook afspraken hebben vastgelegd over de wijze van implementatie van de kwaliteitsstandaarden.

Tabel 7 | Afspraken om de zorg in de hele keten beter af te stemmen

Afspraak	Actie	Regiehouder ⁴⁷	Betrokken partijen	Streefdatum	
Pas relevante kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan					
1a	Een hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug toevoegen aan de 'Multidisciplinaire leidraad chronische pijn'. ⁴⁸ Een controle van de diagnosecodes en de bekostiging is een onderdeel daarvan.	De ontwikkeling van de 'Multidisciplinaire leidraad' is in de opstartfase. De werkgroep moet dit specifieke hoofdstuk meenemen.	NVA, VRA	NOV, NVN, NVvN, NHG, KNGF, SKF, VvOCM, NVAB, NVVR, ZN, NZa.	31 september 2022

⁴⁷ De regiehouder is het aanspreekpunt van deze verbeterafpraak. Hij bewaakt de planning en het nakomen van de afspraken.

⁴⁸ Bij de ontwikkeling van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug moet de definitie en de eenheid van taal worden opgepakt. Dit heeft gevolgen voor de diagnosecodes. Tijdens de implementatiefase zullen afspraken worden gemaakt over deze diagnosecodes. ZN en de NZa moeten hierbij betrokken worden. Goede afspraken over codes komt de monitoring ten goede.

Afspraak	Actie	Regiehouder ⁴¹	Betrokken partijen	Streefdatum	
Pas relevante kwaliteitsstandaarden inhoudelijk aan					
1b	'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' uit 2010 actualiseren. In 2021 bepalen welke onderdelen geactualiseerd moeten worden. Een controle van de diagnosecodes en de bekostiging is een onderdeel daarvan.	Instellen werkgroep voor het uitwerken van een plan van aanpak.	NHG, NVAB en NOV, SKF	NVA, VRA, NVN, NVvN, KNGF, VvOCM, NVVR, ZN, NZa.	Nader te bepalen
1c	Richtlijnen van beroepsgroepen laten aansluiten bij aangepaste kwaliteitsstandaard.	De werkgroepen die de richtlijnen ontwikkelen beoordelen de richtlijnen en zorgen voor onderlinge aansluiting.	Alle relevante beroepsgroepen.		Juni 2023
Pas de aangepaste kwaliteitsstandaarden in de praktijk toe					
2a	De geautoriseerde 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' in de praktijk implementeren.	Bij de oplevering van de 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' moeten afspraken vaststaan over de implementatie.	NHG, KNGF, NVAB NOV, SKF	NVA, VRA, NVN, NVvN, VvOCM, NVVR, ZN	Nader te bepalen
2b	Het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug van de 'Multidisciplinaire leidraad' in de praktijk implementeren.	Bij de oplevering van de 'Multidisciplinaire leidraad' moeten afspraken vaststaan over de implementatie.	NVA en VRA	NOV, NVN, NVvN, NHG, KNGF, SKF, VvOCM, NVAB, NVVR, ZN	Nader te bepalen
2c	De aangepaste richtlijnen van de beroepsgroepen in de praktijk implementeren.	Bij de oplevering van de richtlijnen van de beroepsgroepen moeten afspraken vaststaan over de implementatie.	Alle relevante beroepsgroepen.		Nader te bepalen

6.1.2 Afspraken om de voorlichting en keuze-informatie voor patiënten te verbeteren

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende doelen voor het verbeteren van de voorlichting en keuze-informatie voor patiënten geformuleerd:

- meer aandacht hebben voor educatie van de patiënt, zorgverlener en burger;
- betrouwbare patiënteninformatie op één centrale plek aanbieden;
- uitkomst-informatie over behandelingen openbaar maken.

Om deze doelen te bereiken hebben we samen met de betrokken partijen de afspraken gemaakt om in de implementatiefase te realiseren. In tabel 8 staat per verbetermogelijkheid welke partij de regie voert bij de uitvoering van een afspraak en welke andere partijen hierbij betrokken zijn. Ook is per doel aangegeven wanneer het doel bereikt moet zijn.

Tabel 8 | Afspraken om voorlichting en keuze-informatie voor patiënten te verbeteren

Afspraak	Actie	Regiehouder	Betrokken partijen	Streefdatum	
Besteed meer aandacht aan educatie van patiënt, zorgverlener en de burger*					
1	Bewustwording van burgers en patiënten over lage rugklachten stimuleren.	Ontwikkel een publiekscampagne.	VRA en NVVR 'de Wervelkolom'	NHG, KNGF, VvOCM, NVVR, NVAB, NVN, NVvN, NOV, NVA	Nader te bepalen**
Bied betrouwbare patiënteninformatie op één centrale plek aan					
2	Patiënten betrouwbare informatie aanbieden op één centrale plek, te weten: Thuisarts.nl .	Instellen werkgroep die informatie op Thuisarts.nl uitbreidt met o.a. informatie over medisch-specialistische zorg.	Nader te bepalen	NVA, VRA, NOV, NVN, NVvN, NHG, KNGF, SKF, VvOCM, NVAB, NVVR, ZN	Nader te bepalen
Maak uitkomst informatie over behandelingen openbaar					
3a	Uitkomsten van pijnbehandelingen, waaronder injecties, openbaar maken.	Inzetten van het kwaliteitsregistratie-systeem van de NVA. Resultaten presenteren aan de zorgverleners betrokken bij de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug.	NVA	NVA, VRA, NOV, NVN, NVvN, NHG, KNGF, SKF, VvOCM, NVVR, ZN	In 2021 moet de rapportage over 2020 beschikbaar zijn over injecties
3b	Patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) van operaties in de wervelkolom-registratie doorontwikkelen en openbaar maken.	Aansluiting zoeken bij de werkgroep belast met de doorontwikkeling van de wervelkolom-registratie.	NOV/NVvN	PFN, ZN, NFU, NVZ	Nader te bepalen
3c	Resultaten van pijnrevalidatiebehandelingen openbaar maken.	Onderzoeken of de Nederlandse dataset pijnrevalidatie ⁴⁹ geschikt is voor het openbaar maken van PROMs.	ZN en VRA	NVvN, NVAB, NVVR, KNGF	PROMs vaststellen voor registratie in verslagjaar 2022. Verplicht en transparant aanleveren in 2023 van door patiënt gerapporteerde uitkomsten in verslagjaar 2022.

*Educatie van zorgverlener en patiënt is onderdeel van de nog te actualiseren 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten'

** Mits geld hiervoor beschikbaar komt: mogelijkheden hiervoor worden onderzocht door het Zorginstituut.

6.1.3 Afspraken om verwijzen naar de tweede lijn beter af te stemmen

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd voor het beter afstemmen van verwijzen naar de tweede lijn:

- stem beter af welke patiënten met LRS naar de tweede lijn worden verwezen;
- stem beter af welke patiënten met specifieke klachten naar de tweede lijn worden verwezen.

Voor deze verbetermogelijkheden is afgesproken dat de nieuwe inzichten worden meegenomen in het actualiseren van de 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' en het ontwikkelen van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug in de 'Multidisciplinaire leidraad' (zie paragraaf 6.1.1).

⁴⁹ <http://www.revalidatiedossier.nl/nederlandse-dataset-pijnrevalidatie>.

6.1.4 *Afspraken om de richtlijnen voor beeldvormend onderzoek beter te volgen en af te stemmen*

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd voor het beter afstemmen van beeldvormend onderzoek:

- vraag in de eerste lijn minder röntgenfoto's aan;
- stem beter af wanneer in de tweede lijn bij LRS beeldvormende onderzoek nodig is.

Voor deze verbetermogelijkheden is afgesproken dat de nieuwe inzichten worden meegenomen in het actualiseren van de 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' en het ontwikkelen van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug in de 'Multidisciplinaire leidraad' (zie paragraaf 6.1.1).

6.1.5 *Afspraken om de juiste behandeling op het juiste moment te doen*

Op basis van het verdiepingsonderzoek zijn de volgende doelen geformuleerd om de juiste behandeling op het juiste moment te doen:

- volg het stappenplan uit de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn';
- volg de richtlijnen bij het voorschrijven van pijnmedicatie;
- stem de aanbevelingen van de richtlijnen over anesthesiologische pijnbehandelingen op elkaar af;
- omschrijf aard en duur van de conservatieve behandeling.

Voor deze verbetermogelijkheden is afgesproken dat de nieuwe inzichten worden meegenomen in het actualiseren van de 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' en het ontwikkelen van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug in de 'Multidisciplinaire leidraad' (zie paragraaf 6.1.1).

6.2 **Vervolgstappen**

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut stelt het definitieve verbetersignalement vast. Daarna start de implementatiefase van het Zinnige Zorg-project 'Klachten vanuit de lage rug'. Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeterafspraken. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de partijen in de zorg. Dit is in lijn met de verdeling van de verantwoordelijkheden binnen het zorgstelsel.

Het Zorginstituut behoudt een monitorende rol en zal het proces en de realisatie van de gemaakte afspraken daarvan volgen. Over deze voortgang zal zij jaarlijks rapporteren aan de minister voor Medische Zorg en Sport. Na drie jaar zal dit traject worden afgesloten met een evaluatie.

Bijlage A Verantwoording werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

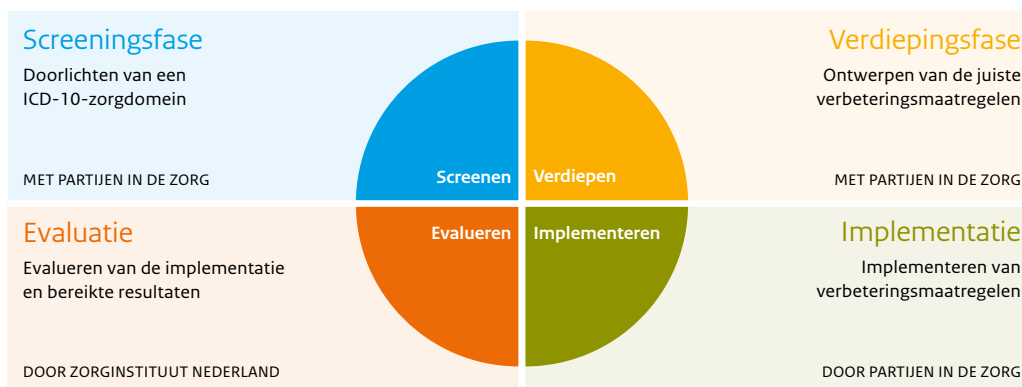
Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffektieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntenperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het gehele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt primair op zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen: patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is een of meer zorgtraject(en) voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratie- of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een rapport 'Systematische analyse'. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek maakt het Zorginstituut met de betrokken partijen afspraken over verbeteracties. Het onderzoek en de verbeterafspraken (inclusief impactanalyse) leggen we vast in een 'Verbetersignalement'. Het definitieve rapport bieden we aan partijen in de zorg aan en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de verbeterafspraken. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase een ondersteunende en faciliterende rol hebben, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten, het verstrekken van data en spiegelinformatie en het uitvoeren van aanvullend onderzoek. Het Zorginstituut rapporteert periodiek over de voortgang aan de verantwoordelijke partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de verbeterafspraken gerealiseerd zijn en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan partijen in de zorg en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruik maken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

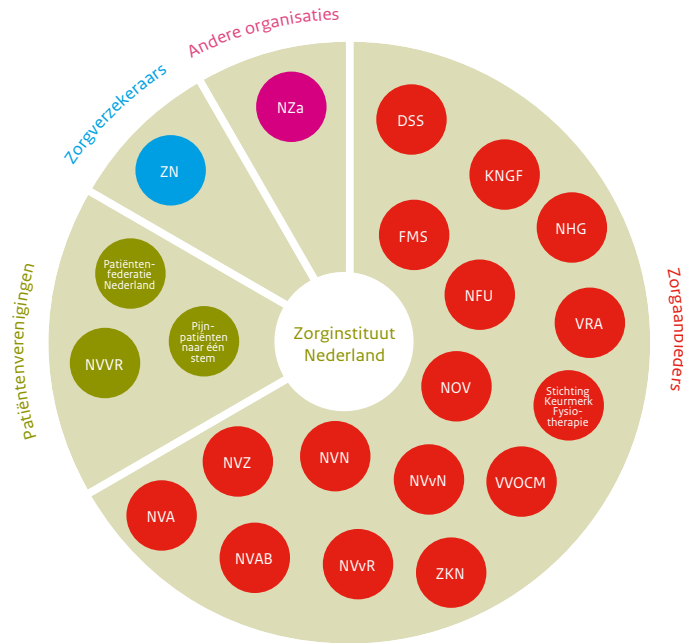
- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken declaratiedata (uit het Declaratie Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP)) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Desalniettemin zijn deze data wel een belangrijke, en soms zelfs enige, informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepfase hebben we samengewerkt met onderstaande partijen.



Afkortingen: Dutch Spine Society (DSS), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (NVVR), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Patiëntenfederatie Nederland, Pijnpatiënten naar één stem, Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bijlage C Klachten vanuit de lage rug

In deze bijlage beschrijven wij over welke patiënten met klachten vanuit de lage rug dit verbeter-signalement gaat. We beschrijven ook de ervaren klachten, het natuurlijk verloop, de factoren die van invloed zijn op het ontstaan of chronisch worden van klachten en het aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug in Nederland.

Beschrijving patiënten

Dit verbeter-signalement gaat over patiënten met:

- Aspecifieke klachten vanuit de lage rug, waarbij geen specifieke oorzaak aantoonbaar is. Dit is het geval bij de meeste mensen met klachten vanuit de lage rug.
- Specifieke klachten vanuit de lage rug met uitstraling in het been, veroorzaakt door een *hernia nucleii pulposi* (HNP, discushernia) of vernauwing van het wervelkanaal (lumbale kanaalstenose). Dit type klachten noemen we lumbosacraal radiculair syndroom (LRS).

Het verbeter-signalement gaat niet over specifieke klachten vanuit de lage rug veroorzaakt door een infectie, ontsteking, fractuur of tumor.

Ervaren klachten (ziektebeeld)

Aspecifieke klachten vanuit de lage rug

Onder aspecifieke klachten vanuit de lage rug verstaan we rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. Aspecifieke klachten vanuit de lage rug zijn niet te herleiden tot een specifieke structuur die is aangetast, bijvoorbeeld spieren, pezen of gewrichten.

Aspecifieke klachten vanuit de lage rug kunnen gepaard gaan met stijfheid en spierspanning. De rugpijn staat op de voorgrond. De pijn straalt soms uit naar het been, maar over het algemeen is de rugpijn erger dan de beenpijn en heeft de beenpijn niet het karakter van radiculare (uitstralende) pijn.

Specifieke klachten vanuit de lage rug

Lumbale hernia

De voornaamste klacht bij een lumbale hernia is lage rugpijn die uitstraalt naar het been. De pijn ontstaat meestal in korte tijd, vaak zonder duidelijke aanleiding. De uitstralende pijn⁵⁰ in het been is erger dan de rugpijn. Ook kan sprake zijn van spierzwakte of uitval van het gevoel in het been. De pijnklachten zijn vaak houdingsafhankelijk. In liggende positie ervaren patiënten over het algemeen de minste pijn.

Lumbale kanaalstenose

Patiënten met een lumbale kanaalstenose hebben lage rugpijn die uitstraalt naar een of beide benen. Typisch voor de klachten is dat ze optreden tijdens lopen of na enige tijd staan.⁵¹

Natuurlijk verloop

Aspecifieke klachten vanuit de lage rug

Bij aspecifieke klachten vanuit de lage rug verminderen de pijn en beperkingen in de meeste gevallen binnen een maand. Naar schatting ontwikkelt ongeveer 25 tot 50 procent van de patiënten in meer of mindere mate chronische klachten. Bij deze patiënten is de kans op volledig herstel kleiner. Meer dan 50 procent van de patiënten met aspecifieke klachten vanuit de lage rug ervaart in het volgende jaar opnieuw klachten.^[19]

⁵⁰ De uitstralende pijn in het been is gelokaliseerd in het verzorgingsgebied van een (soms twee) van de ruggenmergzenuwwortels van de lumbosacrale wervelkolom (uitstraling volgens 'dermatomaal patroon').

⁵¹ Bron: NVN, www.neurologie.nl.

Specifieke klachten vanuit de lage rug

Bij drie kwart van de patiënten met LRS door een discushernia gaan de klachten binnen drie maanden vanzelf over. Minder dan 10 procent van de patiënten blijft langdurig en in wisselende mate aanwezige pijn houden. In de praktijk kan bij uitstralende pijn in het been het onderscheid tussen LRS en aspecifieke rugpijn lastig zijn.^[20]

In Nederland wordt naar schatting 5 tot 15 procent van de patiënten met een LRS geopereerd. Maximaal 5 procent van de patiënten krijgt last van progressieve uitvalsverschijnselen. Bij 1 tot 3 procent van de patiënten treedt een cauda-equinasyndroom⁵² op. Zowel na een conservatieve behandeling (zie bijlage D) als na een operatie kunnen restverschijnselen aanwezig blijven, zoals een gedeeltelijke verlamming, gevoelsstoornissen of reflexverschillen tussen het linker- en rechterbeen. Dit kan gedurende geruime tijd zijn en soms zelfs levenslang. Hoewel de prognose van LRS voor wat betreft beenklachten gunstig is, blijven de rugklachten bij veel patiënten in wisselende mate bestaan. Ook treden opnieuw klachten op bij naar schatting 4 tot 20 procent van de patiënten.^[20]

Meerdere actoren spelen een rol bij aspecifieke klachten

Bij klachten vanuit de lage rug zijn meerdere oorzaken en factoren van invloed op het ontstaan ervan en op de beperkingen die het gevolg kunnen zijn. Bij aspecifieke klachten is in 95 procent van de gevallen geen specifieke oorzaak aan te wijzen. Psychologische, sociale en biofysische oorsprongsfactoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan van de klachten. Comorbiditeit⁵³ en verstoorde pijnverwerkingsmechanismen kunnen ook bijdragen aan het ontstaan en aanhouden van klachten.^{[9] [30]}

Ziektebelasting

Klachten vanuit de lage rug hebben een grote invloed op het leven van mensen. Wereldwijd is dit de aandoening met de hoogste ziektebelasting (Disability Adjusted Live Years).^[31]

Aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug

Totaal nek- en rugklachten

In 2019 waren er naar schatting 2.026.600 mensen bekend bij de huisarts met de diagnose nek- en rugklachten.⁵⁴ Van deze mensen hadden er ongeveer 828.200 langdurige of chronische klachten.

Aspecifieke klachten vanuit de lage rug

In 2019 waren er naar schatting 1.048.800 mensen bekend bij de huisarts met de diagnose aspecifieke klachten vanuit de lage rug. De incidentie (aantal nieuwe gevallen) in dat jaar was 1.181.400 patiënten (mensen kunnen in één jaar meerdere keren voor dezelfde klacht meetellen).

Specifieke klachten vanuit de lage rug

In 2019 waren er 494.100 patiënten met klachten vanuit de lage rug met uitstraling (prevalentie, aantal bestaande gevallen). De incidentie (aantal nieuwe gevallen) in dat jaar was 257.800 patiënten.

⁵² Neurologisch uitvalsverschijnsel waarbij mictie- of defecatieaandrang wegvallen en (onvolledige) verlamming kan optreden.

⁵³ Meerdere aandoeningen tegelijkertijd.

⁵⁴ Bron: Nationaal Kompas.

Bijlage D Zorgtraject klachten vanuit de lage rug

In deze bijlage beschrijven we het zorgtraject van patiënten met klachten vanuit de lage rug (zie bijlage C). Deze beschrijving is gebaseerd op de Nederlandse richtlijnen en de onderzoeken naar zorggebruik in de eerste en tweede lijn.^[3, 4, 5] Alternatieve behandelingen die niet in de richtlijnen zijn opgenomen vallen buiten deze beschrijving.

De eerste lijn

Meestal gaan patiënten met rug- of beenklachten naar de huisarts of fysio- of oefentherapeut. De huisarts en fysio- of oefentherapeut beoordelen de klachten op basis van anamnese (de ziektegeschiedenis en huidige klachten van de patiënt in kaart brengen) en lichamelijk onderzoek (zie tabel D.1). Zij onderzoeken de ernst van de pijn, het ziektegedrag en de beperkingen in lichamelijk functioneren en bij dagelijkse werkzaamheden. Bij vermoeden van een ernstige specifieke oorzaak, bijvoorbeeld een maligniteit (kankergezwell) of infectie, wordt laboratorium- of röntgendiagnostiek in de eerste lijn niet aanbevolen. In dat geval kan overleg met de tweede lijn of verwijzing daarnaartoe plaatsvinden.

Klachten vanuit de lage rug hebben voor veel mensen een gunstig verloop. Daarom is het beleid in beginsel afwachten, eventueel in combinatie met pijnbestrijding. De meeste patiënten met klachten vanuit de lage rug (gemiddeld 92 procent) zien alleen de huisarts of fysio- of oefentherapeut. De eerste behandeling bestaat vooral uit het geven van voorlichting en adviezen gericht op het weer oppakken en uitbreiden van de activiteiten en uit gebruik van medicatie.

Als de klachten na een aantal weken niet of onvoldoende verbeteren, is intensivering van de behandeling gewenst. De stapsgewijze intensivering (*stepped care*) die wordt aanbevolen bestaat uit voorlichting, uitbreiding van activiteiten, oefentherapie, gedragsmatige behandeling door een psychosomatische fysio- of oefentherapeut of eerstelijnspsycholoog⁵⁵ tot multidisciplinaire revalidatie (MSR) (zie tabel D.1).^{56, 57, 58} Als de klachten met de arbeidssituatie te maken hebben of als sprake is van werkverzuim, kan de huisarts de patiënt adviseren contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Tabel D.1 | Diagnostiek en behandeling in de eerste lijn

Eerste lijn
Diagnostiek
Anamnese Lichamelijk onderzoek
Conservatieve behandeling (zowel mono- als multidisciplinair mogelijk)
Leefstijlinterventie Medicatie Fysio- of oefentherapie Psychologische begeleiding Re-integratietraject op het werk

55 Monodisciplinaire fysio- en oefentherapie wordt pas vanaf de 21e behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Fysio- en oefentherapie in een multidisciplinaire setting in de tweede lijn wordt wél als effectieve verzekerde (revalidatie)zorg aangemerkt. Dit heeft ertoe geleid dat veel eerstelijns fysiotherapiepraktijken de afgelopen jaren zijn omgevormd tot revalidatie-instellingen. Deze instellingen bieden een combinatiebehandeling van fysio- en oefentherapie en psychologische begeleiding in de eerste lijn. Op dit moment bestaan hiervoor nog geen declarabele eerstelijnsprestaties. Enkele zorgverzekeraars zijn in gesprek met de NZa om in het kader van de zorginnovatiereguleer een dergelijke prestatie vast te stellen.

56 Het Zorginstituut is bezig met een actualisering van het standpunt medisch-specialistische revalidatie (MSR) uit 2015. Er zijn drie deelprojecten. In een hiervan worden de mogelijkheden onderzocht voor een scherpere omschrijving van de indicaties voor MSR-behandeling. In een ander deelproject wordt onderzocht hoe het begrip 'complexe samenhangende problematiek' geoperationaliseerd kan worden. Het derde deelproject richt zich op de verduidelijking van het begrip *stepped care*. Raadpleeg voor meer informatie <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/standpunt-medisch-specialistische-revalidatie-actualisering>.

57 Naast MRS worden ook verschillende pijnmanagementprogramma's aangeboden voor mensen met chronische rugpijn.

58 De NZa heeft een nieuwe innovatiereguleer gehonoreerd. Verschillende zorgverzekeraars en voorkeuraanbieders starten in 2021 een experiment met een nieuwe zorgprestatie: Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatiezorg voor mensen met chronische, specifieke pijnklachten aan het houding- en bewegingsapparaat en hiermee samenhangende beperkingen. Bericht van ZN: d.d. 10-11-2020. Dit is een mooi voorbeeld waarin andere vormen van bekostiging mogelijk kunnen leiden tot meer zinnige zorg.

Bij patiënten met LRS-klachten wordt na zes tot acht weken geëvalueerd of de klachten verbeterd zijn. Als dat niet het geval is, kan de huisarts de mogelijkheid van een operatie bespreken met de patiënt. Als de patiënt een operatie overweegt, verwijst de huisarts door naar een neuroloog.

Het aanvragen van beeldvormend onderzoek in de eerste lijn wordt niet aangeraden bij specifieke klachten en LRS. Dit vanwege het ontbreken van een duidelijk verband tussen zichtbare afwijkingen en klachten vanuit de lage rug. Ook heeft de uitslag van het beeldvormend onderzoek meestal geen gevolgen voor de behandeling. Patiënten dringen echter regelmatig bij de huisarts aan op beeldvormend onderzoek en soms stemt de huisarts hiermee in. Het is niet duidelijk bij hoeveel patiënten dit gebeurt.

De tweede lijn

Een huisarts kan de patiënt doorverwijzen naar verschillende specialisten in de tweede lijn (zie tabel D.2). Uit ons data-onderzoek blijkt dat de meeste patiënten worden verwezen naar een neuroloog, orthopedisch chirurg of een anesthesioloog-pijnspecialist.^[5] De specialist doet de anamnese en verricht lichamelijk onderzoek. Afhankelijk van de bevindingen wordt zo nodig aanvullende diagnostiek ingezet (zie tabel D.3). De diagnostiek is met name gericht op het uitsluiten van ernstig onderliggend lijden en op het opsporen van een mogelijk aanwezige oorzaak. Verschillende diagnostische tests zijn mogelijk. Een röntgenfoto van de lage rug en een MRI-scan worden het meest gedaan. Afhankelijk van de bevindingen wordt een behandeling ingezet. Ook kan de specialist de patiënt verwijzen naar andere disciplines in de tweede lijn. Een patiënt ziet gemiddeld twee medisch specialisten in de tweede lijn.^[5]

Tabel D.2 | Verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn

Verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn	
Zorgverleners in de eerste lijn	
Huisarts	De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor uw gezondheid. Daarnaast heeft hij vaak een coördinerende rol.
Bedrijfsarts	Mensen die betaald werk doen kunnen te maken krijgen met de bedrijfsarts. Deze begeleidt de werknemer en werkgever bij klachten vanuit de lage rug. De bedrijfsarts kan advies geven over werkhouding, informatie verstrekken over het voorkomen van klachten en ondersteunen bij het onderzoeken en zo nodig aanpassen van de werksituatie. Bij werkverzuim begeleidt de bedrijfsarts de werknemer bij re-integratie en hervatting van het werk. De bedrijfsarts verwijst patiënten soms naar 'rug-groepen'. Dit zijn oefenprogramma's die door werkgevers worden aangeboden.
(Psychosomatische) fysiotherapeut of oefentherapeut	Fysio- en oefentherapeuten adviseren patiënten op het gebied van lichaamshouding, beweging en bewegingsangst. Zij stellen in overleg met de patiënt een individueel behandelplan op, dat is gericht op lichamelijke oefeningen doen en opbouwen van activiteiten. Als psychische factoren mede oorzaak zijn van lichamelijke klachten, kan de psychosomatische fysio- en oefentherapeut patiënten begeleiden. Meer dan de 'gewone' fysiotherapeut heeft de psychosomatische fysiotherapeut of oefentherapeut aandacht voor de lichamelijke én geestelijke aspecten die het welzijn van mensen beïnvloeden. Vaak is sprake van een verstoord evenwicht tussen belasting en belastbaarheid en tussen spanning en ontspanning. De psychosomatische fysiotherapeut of oefentherapeut helpt de cliënt weer in evenwicht te komen, onder meer door lichamelijke oefeningen. Er zijn ook chronische pijn oefentherapeuten en oefentherapeuten gespecialiseerd in de behandeling van rugklachten.
Psycholoog	Emotionele en psychische overbelasting kunnen klachten vanuit de lage rug veroorzaken. Een psycholoog behandelt deze emotionele en psychische klachten. Samen met de patiënt stelt de psycholoog een individueel behandelprogramma en behandeldoelen op.
Diëtist	Overgewicht is een van de factoren die de kans op klachten vanuit de lage rug vergroten. Een diëtist kan iemand begeleiden bij het afvallen.

Verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn	
Zorgverleners in de tweede lijn*	
Neuroloog	Een neuroloog is gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van aandoeningen aan ruggenmerg en zenuwen. Als de neuroloog op basis van de diagnose concludeert dat een operatie noodzakelijk is, verwijst hij door naar een neurochirurg of een orthopeed.
Neurochirurg	Een neurochirurg is ook gespecialiseerd in de diagnostiek en behandeling van aandoeningen aan ruggenmerg en zenuwen. Als een neuroloog een patiënt doorverwijst voor een operatie, voert de neurochirurg de operatie uit.
Orthopedisch chirurg	Een orthopedisch chirurg is een medisch specialist met kennis van gewrichten, botten, spieren en pezen. Als een neuroloog een patiënt doorverwijst voor een operatie, voert de orthopedisch chirurg de operatie uit.
Anesthesioloog-pijnspecialist	De anesthesioloog-pijnspecialist houdt zich bezig met de diagnostiek en behandeling van pijn in de breedste zin van het woord en met de zorg voor de patiënt in de palliatieve fase.
Revalidatiearts	De revalidatiearts richt zich in het bijzonder op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen van de aandoening. Het gaat hierbij niet alleen om de functies van het lichaam (bijvoorbeeld spierkracht), maar ook om de gevolgen van een aandoening op activiteiten (bijvoorbeeld lopen en zelfverzorging) en participatie (bijvoorbeeld werk of relaties). Het doel van de revalidatiegeneeskunde is handicaps te voorkomen of zo klein mogelijk te laten zijn, zodat de patiënt optimaal kan functioneren in de maatschappij.
Geestelijke gezondheidszorg ⁵⁹	Ook binnen de GGZ kunnen patiënten met chronische rugpijn worden behandeld.

*Voor alle zorgverleners in de tweede lijn geldt: adviseren en begeleiden van patiënten, bespreken van de (behandel)opties en samen met patiënt beslissen over passend beleid, eventueel doorverwijzen naar een andere zorgverlener.

De behandeling in de tweede lijn kan bestaan uit geruststelling, het geven van adviezen, het bevestigen van de bevindingen van de huisarts, een pijnbehandeling, een operatie of revalidatiebehandeling. Uit het onderzoek naar zorggebruik in de tweede lijn blijkt dat bij ruim 75 procent van de patiënten beeldvormend onderzoek plaatsvindt, dat ongeveer 20 procent van de patiënten een pijnbehandeling krijgt en dat 7 procent wordt geopereerd. Een deel van de patiënten krijgt dan nog verdere behandeling.^[5]

Tabel D.3 | Diagnostiek en behandeling in de tweede lijn

Tweede lijn
Diagnostiek
Anamnese
Lichamelijk onderzoek
Röntgenfoto
MRI-scan
CT-scan
Conservatieve en invasieve behandeling (mono- en multidisciplinair)
Begeleiding
Leefstijlinterventies
Medicatie
Fysio- of oefentherapie
Psychologische begeleiding
Operatie
Pijnbehandeling (o.a. injecties, denervaties)
Revalidatietherapie

Het zorgtraject voor patiënten in de tweede lijn is niet voor iedereen hetzelfde. Dat komt doordat veel verschillende beroepsgroepen betrokken kunnen zijn bij de diagnostiek en behandeling. De betreffende richtlijnen zijn vaak monodisciplinair en de aanbevelingen in de verschillende richtlijnen komen niet altijd overeen. Dit komt onder meer doordat niet alle richtlijnen actueel zijn en de kwaliteit van het bewijs voor de aanbevelingen laag tot zeer laag is. Verder is het zorgtraject dat de patiënt doorloopt afhankelijk van diens eigen voorkeur, het advies van de huisarts, regionale afspraken en mogelijk ook van wachtlijsten.

Met een zogeheten ‘Sankey-diagram’ hebben we in het rapport ‘Zorggebruik van patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweedelij^[5]’ laten zien welke zorgpaden patiënten in de praktijk doorlopen.

⁵⁹ Een voorbeeld is ‘Het Rughuis’.

Bijlage E Impactanalyse klachten vanuit de lage rug

Inleiding

Het Zorginstituut presenteert in een impactanalyse (IA) een raming van het potentiële effect dat gepaard gaat met voorgestelde verbeteringen in de zorg. Het doel van de IA is te laten zien welk effect we kunnen bereiken als de verbeteringen al dan niet volledig worden geïmplementeerd. Het gaat daarbij om de kwalitatieve impact voor de patiënt en om de mogelijke financiële impact op het zorgstelsel.

We geven in een IA aan wat de patiënt gaat merken van de verbeterafspraken. Het gaat daarbij niet altijd over meer of minder zorg, maar soms ook over bijvoorbeeld een betere samenwerking in de keten. De IA is daarnaast een stuk waarmee we partijen willen motiveren om met de verbeterafspraken aan de slag te gaan.

De financiële impact wordt in deze IA niet berekend, zoals normaal gesproken in IA's wel gebeurt. Hiervoor is gekozen omdat de verbeterafspraken in dit Zinnige Zorg-project alleen betrekking hebben op het verbeteren en aanscherpen van de randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg aan patiënten met klachten vanuit de lage rug. De daadwerkelijke impact hiervan - of dit bijvoorbeeld tot meer of minder beeldvormende diagnostiek, injecties of operaties leidt - is vooralsnog onbekend. Deze informatie is ook niet te vinden in de wetenschappelijke literatuur. Over een aantal streefnormen, zoals verbetering X leidt tot Y procent minder MRI's, bestaat bovendien geen consensus tussen de betrokken partijen. Pas wanneer de randvoorwaarden voor betere zorg gerealiseerd zijn, kunnen wij de (financiële) impact hiervan berekenen. Deze IA geeft alleen een korte samenvatting weer van de verwachte kwalitatieve opbrengsten voor de patiënt bij realisatie van de verbeterafspraken. Deze opbrengsten worden uitgebreid besproken in dit verbetersignalement.

Het resultaat van de verbeterafspraken is mede afhankelijk van de implementatie van de verbeterafspraken door het veld. Het Zorginstituut zal de implementatie blijven monitoren. Wanneer de verbeterafspraken (gedeeltelijk) zijn gerealiseerd, zullen wij de financiële impact berekenen van aantal parameters waarop wij veranderingen verwachten te zien. Het rapport 'Zorggebruik van patiënten met klachten vanuit lage rug in de tweedelijns'¹⁵⁾ dient als nulmeting hiervoor.

Verbeterafspraken

Verbeterafpraak 1: Zorg in de hele keten beter afstemmen

Wat gaat de patiënt ervan merken?

- Er wordt één beleid gevoerd en zorg op maat geleverd.
- Er is sprake van betere informatie en meer duidelijkheid.
- Er vindt betere informatie-uitwisseling plaats tussen de zorgverleners.
- Er is sprake van een betere coördinatie van zorg.

Verbeterafpraak 2: Voorlichting en keuze-informatie voor patiënten verbeteren

Wat gaat de patiënt ervan merken?

- De patiënt begrijpt de zorgverleners beter en is in staat betere coping-strategieën toe te passen.
- Er gaat een uniforme boodschap uit van de zorgverleners.
- Er is sprake van minder medicalisering.
- De informatie over de aandoening is beter te vinden.
- Er is meer inzicht in de uitkomsten van de geleverde zorg.

Verbeterafspraken 3: Verwijzingen naar de tweede lijn beter afstemmen

Wat gaat de patiënt ervan merken?

- Er worden minder interventies ingezet waarvan het bewijs van effectiviteit laag of onduidelijk is.
- Er ontstaan minder complicaties die gerelateerd zijn aan deze behandelingen.
- Patiënten worden vaker naar de juiste specialist verwezen.

Verbeterafspraken 4: Beeldvormend onderzoek beter afstemmen

Wat gaat de patiënt ervan merken?

- Patiënten worden minder vaak blootgesteld aan onnodige onderzoeken.
- Patiënten worden minder vaak blootgesteld aan röntgenstraling.
- Patiënten worden minder vaak belast met een diagnose die niet relevant is.
- Daarmee wordt dubbel beeldvormend onderzoek vermeden.

Verbeterafspraken 5: Juiste behandeling op het juiste moment

Wat gaat de patiënt ervan merken?

- Er wordt voorkomen dat patiënten onnodige en onjuiste medicamenteuze behandelingen krijgen.
- Patiënten zijn sneller geholpen.
- Het volgen van de NHG-Standaard 'Lumbosacraal radiculair syndroom' bij LRS leidt tot gericht inzetten van fysio- of oefentherapie.
- Het zorgtraject en de duur hiervan worden van tevoren duidelijker voor patiënten.

Conclusie

Deze impactanalyse bij het Verbetersignalement 'Klachten vanuit de lage rug' beschrijft het verwachte kwalitatieve effect van de verbeterafspraken. Er valt veel te winnen voor patiënten met klachten vanuit de lage rug. Door het realiseren van de verbeterafspraken worden patiënten namelijk beter en op uniforme wijze geïnformeerd, krijgen zij beter passende zorg en leren ze beter omgaan met hun klachten. De verwachting is dat het zorggebruik zal afnemen bij (gedeeltelijke) realisatie van de verbeterafspraken en dat daarmee ook de zorgkosten zullen dalen.

We kunnen de impact op het zorggebruik kwantitatief berekenen als:

- de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug in de hele keten beter wordt afgestemd;
- er sprake is van betere voorlichting en keuze-informatie voor patiënten;
- de richtlijnen voor het verwijzen en beeldvormende diagnostiek beter worden nageleefd;
- er meer juiste behandelingen op de juiste plek plaatsvinden.

Deze impact zal over enkele jaren worden bepaald.

Bijlage F Reacties partijen

Tabel F.1 | Overzicht reacties na de eerste consultatieronde

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	
De NVN werkt graag mee aan verbetering van het zorgtraject voor patiënten met klachten vanuit de lage rug.	Wij stellen uw enthousiaste deelname zeer op prijs!
De NVN en haar gemandateerde leden in het Zinnig Zorg traject 'Klachten vanuit de lage rug' hebben tijdens de door ZIN georganiseerde bijeenkomsten, en ook via de e-mail als reactie op eerder rapportages, de interesse en betrokkenheid bij dit onderwerp laten blijken. Met enige teleurstelling hebben wij dan ook het concept-Verbetersignalement gelezen. Het betreft ons dat er geen gehoor is gegeven aan eerder gegeven suggesties voor verbetering van de inhoudelijke passages in de rapportage.	Het concept verbetersignalement is met zorg opgesteld. We hebben geprobeerd de bijdragen van alle partijen zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen. Wij herkennen het beeld niet dat er geen gehoor is gegeven aan de suggesties voor verbetering. We vinden het vervelend dat dit beeld is ontstaan. We zullen de suggesties die u in deze brief geeft beoordelen en verwerken.
Stem de zorg in de hele keten beter af.	We willen benadrukken dat suggesties ter verbetering te allen tijde zeer op prijs worden gesteld.
De inzet van een rugconsulent is onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd en onvoldoende uitgewerkt. De achtergrond of opleiding en positie van een rugconsulent in de zorg zijn niet duidelijk. De inzet van een rugconsulent is niet (prominent) aan bod gekomen tijdens de bijeenkomsten en niet bediscussieerd met de betrokken organisaties. Wat hen betreft is dit een interessant concept als onderwerp voor verder wetenschappelijk onderzoek.	Tijdens de bijeenkomst is besproken dat er behoefte is aan coördinatie van zorg. Dit zou georganiseerd kunnen worden door een 'rugconsulent'. Dit is conform de aanbevelingen in de nooit geautoriseerde ketenzorgrichtlijn. Mogelijk sluit een andere term beter aan bij het nog vast te stellen profiel, of kan deze coördinatie op een andere manier worden gerealiseerd. We suggereren niet dat dit een nieuwe (aparte) functie moet zijn. Het profiel van de rugconsulent moet gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en competenties zal definitief vastgesteld moeten worden bij wie die rol hoort. Op regionaal niveau kan worden bekeken wie deze rol het best kan invullen. De suggestie om de effectiviteit van de implementatie te onderzoeken nemen we mee naar de implementatiefase.
Volg richtlijnen voor verwijzen naar tweede lijn beter.	
Het percentage doorverwijzingen naar de tweede lijn is naar mening van NVN zeer laag. Er is geen bewijs dat doorverwijzen naar de tweede lijn niet goed verloopt.	We zijn het met u eens dat het percentage doorverwijzingen voor de hele groep van patiënten met klachten vanuit de lage rug naar de tweede lijn laag is. We hebben ook tijdens de bijeenkomst gehoord dat de neuroloog nog steeds te vaak patiënten ziet die niet in de tweede lijn horen. Dit gaat dan vaak om patiënten waarbij sprake is van 'gele vlaggen'.
	Daarom gaven partijen aan dat in de eerste lijn hiervoor meer aandacht nodig is. Dat zou ertoe leiden dat patiënten minder vaak onterecht naar de tweede lijn worden verwezen en vaker de juiste patiënt bij de neuroloog terecht komt.
Volg richtlijnen voor beeldvormend onderzoek beter.	
Het omlaag brengen van het aantal MRI's moet geen doel op zich zijn. Een MRI-scan in de tweede lijn kan helpen bij het proces van shared decision making. Het kan patiënten geruststellen waardoor andere vormen van therapie meer worden geaccepteerd. Vaak volgt uit de MRI-scan OF of er een mogelijke indicatie is tot opereren.	Het doel is het terugbrengen van 'niet-zinnige MRI's'. In de recente versie van de LRS-richtlijn (september 2020) van de NVN is opgenomen dat een MRI geen meerwaarde heeft bij conservatief beleid.
De NVN kan zich wel vinden in het verminderen van MRI's door de huisarts bij klachten van de lage rug, omdat daarna vaak wordt doorverwezen. Omdat er een afwijking is gezien waarvan het de vraag is of dit verdere behandeling behoeft of omdat er geen verklarende afwijkingen worden gezien en het de vraag is waar de klachten vandaan komen. Bovendien kan de huisarts de beeldvorming zelf niet altijd beoordelen.	Hoewel er in de NVN-richtlijn geen harde norm gesteld wordt, lijkt het er op dat er vaker een MRI wordt verricht dan aanbevolen. Het maken van een MRI (bij LRS) ter geruststelling van de patiënt is een indicatie die goed overwogen moet worden. Aanvragen van beeldvorming leidt niet altijd tot geruststelling. (Zie hoofdstuk 4.1.) Onze indruk is dat hier praktijkvariatie is.
	Uit onze analyse van declaratiedata blijkt dat huisartsen slechts in 1 tot 2 procent van de patiënten met klachten vanuit de lage rug een MRI aanvraagt. Dit is een zeer laag percentage.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)</p>	
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p>	
<p>Op dit moment is er nog te weinig onderzoek gedaan naar de plaats van injectietherapie, dit maakt het feitelijk onmogelijk de ‘juiste plaats’ te bepalen. Daarnaast vinden wij het beperken van anesthesiologische pijnbestrijding geen doel op zich.</p>	<p>Dit is inderdaad (deels) een kennishiaat. Er loopt een onderzoek naar de effecten van injecties ten opzichte van usual care in de acute fase. De NVA zet een registratie op waarbij ook de effecten van injecties worden betrokken. Uitkomsten van dit onderzoek en vanuit de registratie moeten dan worden meegenomen in de multidisciplinaire afspraken in de keten. Bij ontbreken van bewijs moet een behandeling met zeer veel reserve worden ingezet en bij zo nauwkeurig mogelijk omschreven indicaties en bij voorkeur in onderzoeksverband.</p>
<p>De NVN doet het voorstel geen streefwaarden voor het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van LRS-patiënten en het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn op te nemen in het verbetersignalement (zie paragrafen 3.1 en 4.2).</p>	<p>Uit de richtlijnanalyse blijkt dat de richtlijnen verschillende aanbevelingen geven over injecties. Het weinige bewijs dat er is wordt door partijen op verschillende manieren uitgelegd. Dat geeft onduidelijkheid aan patiënten. We geven nu partijen de kans afspraken te maken over welke patiënten, op welk moment in aanmerking komen voor injecties.</p>
<p>De NVN verzoekt Zorginstituut Nederland om hun punten van kritiek en hun betrokkenheid te verwerken in de rapportage en zullen een volgende versie van het Verbetersignalement met belangstelling lezen. Uiteraard is de NVN bereid om haar betrokkenheid bij de uitwerking van de verbeterafspraken te heroverwegen na overleg met de betreffende regiehouder.</p>	<p>Omdat op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de potentiële verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p>
<p>bladzijde 5: Veel variatie.</p>	
<p>Er wordt opgemerkt dat er veel variatie in het zorgtraject wordt gezien, kunt u dit motiveren/ en toelichten?</p>	<p>De opmerkingen en kritiek (van alle partijen) hebben wij beoordeeld en verwerkt in het concept-verbetersignalement als wij ons erin konden vinden. In het gesprek van 12 oktober heeft de NVN opnieuw blijk gegeven van grote betrokkenheid. Dat verheugt ons!</p>
<p>Bij bladzijde 5: gunstige prognose.</p>	
<p>Het Zorginstituut schrijft dat klachten vanuit de lage rug een gunstig beloop hebben. Wij vragen ons af op welke literatuur u zich baseert. 80 procent van de bevolking heeft een periode van rugpijn gehad, waarbij in 65 procent na 1 jaar de pijn persisteert (Itz et al. European Journal of Pain 2013). In Nederland wordt de incidentie op 600.000 per jaar geschat en de prevalentie 2.4 miljoen (nationaal kompas.nl). Daarentegen is het beloop van het lumbaal radiculair syndroom wel gunstig.</p>	<p>Tijdens de stakeholderavond in februari hebben we een Sankey-diagram laten zien. Een Sankey-diagram is samengesteld op basis van declaratiedata en visualiseert verschillende zorgtrajecten. Op grond van dit diagram hebben we aangetoond dat er veel variatie is. Ook partijen hebben dit tijdens de bijeenkomsten aangegeven en met name de patiëntenvereniging heeft dit benadrukt.</p>
<p>Bij bladzijde 5: Ontbreken van verband tussen zichtbare afwijkingen en klachten vanuit de lage rug.</p>	<p>Ook in de meest recente versie van de LRS-richtlijn lezen wij dat er variatie gezien wordt bij bijvoorbeeld: verwijzen, voorschrijven van pijnmedicatie of PRF behandeling.</p>
<p>Bij een MRI van de lumbale wervelkolom kan een hernia of andere oorzaak van wortelcompressie wel degelijk rechtstreeks verband houden met de klachten van een radiculair syndroom. Wordt hier gedoeld op lumbago of lage rugpijn? In dat geval zou deze uitspraak correct zijn. Wij zijn het overigens eens met het standpunt om geen MRI's in de eerste lijn te verrichten aangezien het cruciaal is dat degene die de patiënt klinisch beoordeeld ook de beeldvorming kan beoordelen, alsook eventuele vervolgbehandeling met de patiënt kan inzetten.</p>	<p>We denken hiermee voldoende aan te tonen dat er variatie in zorg bestaat. Overigens werd dit tijdens het gesprek van 12 oktober herkend en bevestigd door de neurologen.</p>
<p>Bij bladzijde 5: Ontbreken van verband tussen zichtbare afwijkingen en klachten vanuit de lage rug.</p>	
<p>Het Zorginstituut schrijft dat klachten vanuit de lage rug een gunstig beloop hebben. Wij vragen ons af op welke literatuur u zich baseert. 80 procent van de bevolking heeft een periode van rugpijn gehad, waarbij in 65 procent na 1 jaar de pijn persisteert (Itz et al. European Journal of Pain 2013). In Nederland wordt de incidentie op 600.000 per jaar geschat en de prevalentie 2.4 miljoen (nationaal kompas.nl). Daarentegen is het beloop van het lumbaal radiculair syndroom wel gunstig.</p>	<p>De tekst is aangepast.</p>
<p>Bij een MRI van de lumbale wervelkolom kan een hernia of andere oorzaak van wortelcompressie wel degelijk rechtstreeks verband houden met de klachten van een radiculair syndroom. Wordt hier gedoeld op lumbago of lage rugpijn? In dat geval zou deze uitspraak correct zijn. Wij zijn het overigens eens met het standpunt om geen MRI's in de eerste lijn te verrichten aangezien het cruciaal is dat degene die de patiënt klinisch beoordeeld ook de beeldvorming kan beoordelen, alsook eventuele vervolgbehandeling met de patiënt kan inzetten.</p>	<p>De tekst is aangepast.</p>
<p>Bij een MRI van de lumbale wervelkolom kan een hernia of andere oorzaak van wortelcompressie wel degelijk rechtstreeks verband houden met de klachten van een radiculair syndroom. Wordt hier gedoeld op lumbago of lage rugpijn? In dat geval zou deze uitspraak correct zijn. Wij zijn het overigens eens met het standpunt om geen MRI's in de eerste lijn te verrichten aangezien het cruciaal is dat degene die de patiënt klinisch beoordeeld ook de beeldvorming kan beoordelen, alsook eventuele vervolgbehandeling met de patiënt kan inzetten.</p>	<p>Het aanvragen van beeldvormend onderzoek (röntgenonderzoek en MRI-scan) in de eerste lijn wordt niet aangeraden bij specifieke klachten vanuit de lage rug, waarbij alarmsymptomen ontbreken. Dit vanwege het ontbreken van een duidelijk verband tussen zichtbare afwijkingen en de klachten.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Reactie van het Zorginstituut
<p>Bij bladzijde 6: Inzetten van een rugconsulent.</p> <p>U geeft aan dat een oplossing voor de zorgkosten in dit traject is om een rugconsulent in te zetten in de eerste lijn. Het is ons niet geheel duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Bijvoorbeeld wat voor soort opleiding of achtergrond deze consulent zou moeten hebben en hoe deze consulent geplaatst dient te worden binnen de huidige (para)medische opleidingen en de wet BIG. En wat de daadwerkelijke winst gaat zijn. Wanneer wij de getallen zien van de doorverwijzingen vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn, zijn wij onder de indruk van het grote percentage dat de huisarts in de eerste lijn behandelt. De vraag moet zijn wat de achterliggende oorzaak is van de doorverwijzingen. Een arts kan een niet-pluis gevoel hebben zonder daar de zogenoemde red flags bij te hebben. Het vervangen van de huisarts door een specifieke rugconsulent zal daar waarschijnlijk niets in veranderen. Wij vragen ons af op welke literatuur of evidence u zich baseert?</p> <p>Wij zijn het eens met het advies minder opioïden voor te schrijven in het kader van gepast gebruik van opioïden. Zoals het invoeren van een stopdatum, 1 voorschrijver en monitoring door voorschrijver.</p>	<p>De belangrijkste taak van een ‘rugconsulent’ is het coördineren van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug. De taak is niet het vervangen van de huisarts. Als onderschreven wordt dat de coördinatie van zorg kan worden georganiseerd door het aanstellen van een rugconsulent of case manager, dan moet het profiel gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en competenties zal definitief vastgesteld moeten worden bij welke zorgverlener deze rol/taak hoort. (Zie ook onze eerder reactie over de rugconsulent.)</p> <p>Verantwoord gebruik van opiaten wordt mogelijk opgenomen in de leidraad Chronische pijn. De NVA is bezig met de campagne choosing wisely rond het thema gepast gebruik van opiaten. Het is ook verheugend te zien dat er aandacht is voor dit probleem in de nieuwe richtlijn LRS. We horen graag met welke afspraken de NVN en andere partijen de implementatie van adviezen wil realiseren. We hopen tijdens de implementatiefase tot gezamenlijke afspraken te komen over gepast opiatengebruik in de gehele keten.</p>
<p>Bij bladzijde 6: Minder anesthesiologische pijnbestrijding.</p> <p>Wij staan niet achter het streven tot minder anesthesiologische pijnbestrijding als doel op zich. Wel is het van belang om de juiste indicatie te hebben voor de juiste behandeling. Hiervoor is ook wat de NVN betreft nog meer kennis nodig zoals ook blijkt uit het geprioriteerde kennishiaat ‘Wat is de effectiviteit van een wortelblokkade bij een acuut lumbaal radiculair syndroom op pijnreductie?’ op de kennisagenda Neurologie. Wij zouden eerder adviseren om naar dit proces te kijken. Naar wat wij hebben vernomen is er op dit moment bij de NVA een project gaande voor kwaliteitsregistratie, met als doel analyseren en zo nodig verbeteren van de praktijkvariatie. Dit juichen wij toe.</p>	<p>Uiteraard moet het verminderen van anesthesiologische pijnbestrijding geen doel op zich zijn. We geven partijen nu de kans gezamenlijke afspraken in de keten te maken over welke patiënten, op welk moment in aanmerking komen voor welke behandeling (bijvoorbeeld injecties).</p> <p>We realiseren ons dat het moment van injecties nog deels een kennishiaat is. Er loopt een onderzoek naar de effecten van injecties ten opzichte van usual care in de acute fase. Ook is de NVA bezig met het opzetten van een registratie waarbij ook de effecten van injecties worden betrokken. Uitkomsten van dit onderzoek en vanuit de registratie zullen tegen die tijd moeten worden meegenomen in de multidisciplinaire afspraken in de keten hierover.</p>
<p>Bij bladzijde 8: Kwaliteit van het bewijs in richtlijnaanbevelingen.</p> <p>U schrijft over de nationale en internationale richtlijnen ‘De kwaliteit van het bewijs van de onderliggende evidence (bewijs) van de aanbevelingen is over het algemeen laag tot zeer laag.’ Deze zin lijkt niet te kloppen (kwaliteit van het bewijs van het bewijs).</p> <p>Wij willen opmerken dat het graderen van het onderliggende bewijs voor een aanbeveling een groot goed is wat zorgverleners helpt in de afweging een aanbeveling wel of niet op te volgen. We hadden graag gezien dat het zorginstituut dezelfde zorgvuldigheid zou hanteren bij het formuleren van aanbevelingen in de rapportage. Tenslotte willen we opmerken dat een lage bewijsvoering de noodzaak voor verder onderzoek onderstreept en de nodige praktijkvariatie mede veroorzaakt.</p>	<p>De tekst hebben wij als volgt aangepast.</p> <p>De kwaliteit van de onderliggende evidence (bewijs) van de aanbevelingen is over het algemeen laag tot zeer laag.</p> <p>Wij onderschrijven de opmerking over het belang van het graderen van onderliggend bewijs.</p> <p>Wij kunnen ook meegaan met de conclusie over de noodzaak van verder onderzoek en de oorzaak van praktijkvariatie.</p> <p>Uw opmerking over de zorgvuldigheid bij het formuleren van aanbevelingen in de rapportage hebben wij voor kennisgeving aangenomen.</p>
<p>Bij bladzijde 13: Zorgcoördinator.</p> <p>In de tekst staat als de coördinatie van de zorg goed verloopt Als 50 procent van de patiënten gebruik maakt van een zorgcoördinator..... Ook hier refereren we naar onze opmerkingen over bladzijde 6 betreffende de rugconsulent. De substitutie van de ene persoon door een andere zal ons inziens niet de oplossing zijn voor een lastig probleem waarvoor geen binaire regels op te stellen zijn. Wij adviseren u om één term consistent toe te passen in het Verbetersignalement voor de rol van zorgcoördinator, rugconsulent of regiehouder.</p>	<p>Afhankelijk van het profiel beoordelen we tijdens de implementatiefase welke term passend is.</p> <p>Substitutie van de ene persoon door de andere is niet de achtergrond voor het aanstellen van een zorg coördinator, rugconsulent of regiehouder. Deze persoon wordt verantwoordelijk voor taken die nu niet goed ‘geadresseerd’ zijn, zoals de coördinatie van de zorg.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)</p>	
<p>U verwijst op bladzijde 14 en 15 naar educatie van de zorgverleners. Wij denken dat daar zeker winst te behalen valt.</p>	<p>Het belang van dit onderwerp is ook besproken op 12 oktober 2020. Tijdens de implementatiefase moet dit verder uitgewerkt worden.</p>
<p>Bij bladzijde 14: Geen lichamelijke oorzaak.</p>	
<p>U geeft aan dat er in het deel onderwijs aangegeven moet worden dat er geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden voor de pijn. Wij zouden dit wat genuanceerder willen zien. Voor het LRS is er wel degelijk een lichamelijke oorzaak. Bij chronische lage rugpijn worden er doorgaans geen afwijkingen gevonden bij neurologisch onderzoek, maar is er bij een groot aandeel waarschijnlijk een chronificatie opgetreden van een mogelijk primair ontstane somatische pijn (sensitisatie). Chronische pijn is een op zichzelf staande ziekte die volgens het biopsychosociale model benaderd dient te worden. Dit zou ook in de educatie van de patiënt terecht moeten komen.</p>	<p>We hebben de tekst gewijzigd en aangegeven dat er bij specifieke klachten vanuit de lage rug vaak geen lichamelijke oorzaak is die een duidelijk relatie heeft met de pijnklachten.</p>
<p>Bij bladzijde 17: Specifieke oorzaak.</p>	
<p>U schrijft dat er maar bij een klein percentage (5 procent) sprake is van een specifieke oorzaak en raadt aanvullende diagnostiek af. Maar wat betekent dat dan voor die 5 procent? Hoe moeten wij daar mee omgaan? In de praktijk zien we dat een klein percentage doorverwezen wordt naar de tweede lijn (dus het filter is al heel erg sterk). Dan is de drempel om een specifieke oorzaak te zoeken mogelijk wat lager in de tweede lijn. Dit is ook meerdere malen opgemerkt tijdens de bijeenkomsten.</p>	<p>Het kleine percentage specifieke oorzaken onderstreept dat het aanvragen van aanvullend (beeldvormend?) onderzoek gemotiveerd moet gebeuren. Ook in de tweede lijn. De formulering is aangepast.</p>
<p>Bij bladzijde 18: Tijdens eerste bijeenkomst.</p>	
<p>Dit is door de aanwezigheid van de NVN anders ervaren. Wij waren positief gestemd over dit getal. Het is waar dat het absolute getal hoog is, maar het percentage doorverwijzingen (6 en 4,7 procent) is zeer laag.</p>	<p>De tekst is aangepast. Dat percentage is inderdaad laag, maar het gaat om grote aantallen patiënten gezien het veel voorkomen van de klacht. Het percentage is hoger dan wat we op grond van de aanbevelingen in de richtlijnen verwachten.</p>
<p>Bij bladzijde 18: Verwijzing naar de tweede lijn.</p>	
<p>Niet meegenomen in de richtlijn is de excessieve pijn die herniapatiënten ervaren en de extreme onzekerheid hierbij. Deze pijn kan alles overheersend zijn en deze groep kan mogelijk gebaat zijn bij een interventie door een pijnspecialist.</p>	<p>Op dit moment is er geen overeenstemming over de plaats van anesthesiologische pijnbehandelingen in het zorgtraject van mensen met klachten vanuit de lage rug. Het is voor iedereen van belang dat duidelijk wordt wat de uitkomsten van deze behandelingen zijn en wat de plaats is van deze behandelingen in het zorgtraject. Multidisciplinaire afspraken over het al dan niet aanbevelen van deze behandelingen moeten gemaakt worden. De behandeling met injecties is (deels) een kennishiaat waar op dit moment onderzoek naar wordt gedaan. De NVA is bezig met het opzetten van een registratie om inzicht te krijgen in de effecten van alle pijnbehandelingen.</p>
<p>Bij bladzijde 18: Ernstig onderliggend lijden.</p>	
<p>U verwijst naar een rapport van Nivel dat meldt dat bij LRS patiënten maar 1 procent ernstig onderliggend lijden heeft. Dit is waar, maar de context is niet goed. De reden van verwijzing van een LRS patiënt is vaak de behandeling van de pijn (transforaminale epidurale infiltratie). Dus de onderbouwing dat die 16 procent te hoog is moet echt vervallen. Een operatie is niet de enige optie voor een LRS patiënt.</p>	<p>Wij hebben getoetst of het aantal verwijzingen in overeenstemming is met de aanbevelingen van de NHG-standaard LRS. In de NHG-standaard LRS zijn geen aanbevelingen overgenomen over verwijzing voor een anesthesiologische pijnbehandeling. Vandaar dat wij tot dit oordeel komen. Zoals eerder opgemerkt vindt onderzoek plaats en is een registratie opgezet.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p data-bbox="274 338 790 365">Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)</p> <p data-bbox="274 371 790 398">Bladzijde 20.</p> <p data-bbox="274 421 790 584">U schrijft dat 20 procent wordt teruggestuurd naar de eerste lijn zonder diagnostiek. Wanneer we het vanuit een ander perspectief benaderen: dus 4-6 procent wordt verwezen naar de tweede lijn (daar is dus twijfel bij de huisarts of gewoon een indicatie voor verdere diagnostiek), daarbij zegt de medisch specialist in 80% "ik ben het met je eens, we gaan even verder kijken"! Dit is toch fantastisch werk van de huisartsen.</p>	<p data-bbox="790 421 1311 584">Wij onderschrijven uw mening dat het percentage verwijzingen niet heel hoog is. Zo hebben wij dat ook in het rapport aangegeven. Het percentage verwijzingen ligt nu voor patiënten met specifieke klachten op 8,4 procent (rugklachten (L02) en lage rugpijn zonder uitstraling (L03). Dit getal is hoger dan de 4,7 procent (L02) en 6,0 procent (L03) die u noemt omdat patiënten meerdere keren per jaar verwezen kunnen worden.</p> <p data-bbox="790 611 1311 660">Omdat deze percentages sinds 2015 zijn toegenomen hebben wij de indruk dat het aantal verwijzingen gereduceerd kan worden.</p>
<p data-bbox="274 667 790 694">Bij bladzijde 23.</p> <p data-bbox="274 714 790 786">U schrijft dat beeldvorming ter geruststelling als argument niet terecht is. Op welke evidence baseert u dit? We streven naar shared decision making en daar hoort dit ook bij.</p>	<p data-bbox="790 714 1311 831">Uit de recente versie van de richtlijn LRS: 'Een patiënt met verdenking LRS kan verschillende motieven hebben om een MRI te wensen bij verwijzing naar de tweede lijn. Ter bevestiging van de diagnose HNP of ter geruststelling (afwezigheid van andere afwijkingen, of geen afwijkingen).</p> <p data-bbox="790 857 1311 1122">Bij behandelaars kan daarentegen de mening bestaan dat een MRI achterwege gelaten kan worden als deze niet leidt tot behandelconsequenties'.....'Een antwoord op het voorkomen van een HNP als oorzaak van het LRS kan met lage betrouwbaarheid gegeven worden (ongeveer 65 tot 83 procent) maar het antwoord op de incidentie van een andere oorzaak (bijvoorbeeld een tumor) van het LRS kan niet gegeven worden, anders dan dat de kans hierop klein lijkt te zijn'.....Aanbeveling 3. Bespreek met de patiënt dat het aantonen van een HNP middels MRI geen meerwaarde heeft bij een conservatief beleid....</p> <p data-bbox="790 1149 1311 1361">Wij denken dat het beeld dat patiënten hebben over de waarde van een MRI bij LRS bijgesteld moet worden. Een MRI heeft beperkte diagnostische waarde. Daarmee is de geruststellende waarde beperkt. Deze boodschap zou door alle zorgverleners via goede voorlichting uitgedragen moeten worden. Een MRI leidt bij conservatief beleid niet tot behandelconsequenties. Wanneer een interventie zoals een operatie of anesthesiologische pijnbehandeling overwogen wordt, heeft een MRI meerwaarde in het proces van shared decision making.</p>
<p data-bbox="274 1368 790 1417">Bladzijde 23 Beeldvorming bij rode vlaggen of intentie tot opereren.</p> <p data-bbox="274 1440 790 1825">In de nieuwe concept-richtlijn LRS is dit aangepast. 'Shared decision making' wordt meegenomen, waarbij beeldvorming soms nodig is voor een patiënt om andere vormen van therapie te accepteren. Daarnaast is voor een transforaminale epidurale infiltratie behandeling een MRI doorgaans een vereiste. (Zie ook bladzijde 24 - Beperk het aantal MRI's in de tweede lijn.) Het omlaag brengen van het aantal MRI's moet geen doel op zich zijn. Het is van belang dat er gekeken wordt of het proces tot het maken van een MRI het juiste is. Grote kans dat, wanneer een patiënt goed geïnformeerd wordt, er bij bijvoorbeeld lage rugpijn geen beeldvorming gedaan hoeft te worden. Een MRI-scan kan helpen bij een shared decision making proces. Het kan patiënten geruststellen waardoor andere vormen van therapie meer worden geaccepteerd. Vaak volgt uit de MRI-scan of er een mogelijke indicatie is tot opereren. Alleen MRI-scans maken als de patiënt geopereerd wil worden, is te kort door de bocht.</p>	<p data-bbox="790 1440 1311 1556">Uit de recente versie van de richtlijn LRS: "Aanbeveling 4. Bespreek met de patiënt dat een MRI is geïndiceerd, indien de klachten van het LRS dusdanig invaliderend zijn of langdurig aanwezig zijn dat een operatie of andere specialistische therapie overwogen wordt."</p> <p data-bbox="790 1583 1311 1677">Wij lezen niet terug in de richtlijn dat beeldvorming nodig is voor het accepteren van andere vormen van therapie. De richtlijn geeft aan dat goede informatie over de MRI nodig is voor 'shared decision making'. Dat onderschrijven wij.</p> <p data-bbox="790 1704 1311 1825">Stakeholders denken verschillend over de plaats van de MRI in het zorgtraject van mensen met klachten vanuit de lage rug. Wij denken dat de richtlijn LRS een goede aanzet is, om tijdens de implementatiefase samen afspraken te maken over de indicatie van een MRI en de voorlichting hierover.</p>
<p data-bbox="274 1832 790 1859">Bij bladzijde 26 Tabel.</p> <p data-bbox="274 1881 790 1926">Wederom verwijzen wij naar het artikel van Koen Itz 2013 over de prognose van lage rugpijn.</p>	<p data-bbox="790 1881 1311 1926">Deze tabel is het stappenplan uit de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn'. De strekking van uw opmerking is ons niet duidelijk.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	
Bij bladzijde 29 Figuur 4.	
De NVN mist een legenda en de duiding van de X- en Y-as.	Wij zullen dit toevoegen.
Bij bladzijde 30 Figuur 5.	
Gebruik en geen gebruik van benzodiazepines hebben dezelfde kleur.	Het is inderdaad dezelfde kleur, maar geen gebruik is lichter weergegeven dan wel gebruik. Uw opmerking maakt duidelijk dat de figuur lastig is af te lezen. Deze figuur is afkomstig uit het Nivel rapport. We zullen proberen dit aan te passen.
Kostenbesparing.	
In lijn met de kritiepunten op de verbeteringen en doelen in de rapportage (inzet rugconsulent, verwijzing naar tweede lijn, minder anesthesiologische pijnbestrijding) hebben wij twijfels over de haalbaarheid van de geschetste (potentiële) kostenbesparing.	Omdat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	
Rol van MRI LWK in eerste lijn.	
Shared decision making kan resulteren in het uitvoeren van een MRI LWK bij lumbosacraal radiculair syndroom.	In de NHG-Standaarden wordt een MRI zowel bij LRS als bij specifieke klachten vanuit de lage rug niet aanbevolen in de eerste lijn. Wanneer een MRI overwogen wordt moet de patiënt verwezen worden naar de tweede lijn.
Klinische diagnostiek kent beperkingen en een groep patiënten wil zekerheid, namelijk uitsluiting van serieuze pathologie alsmede duidelijkheid over de oorzaak van de pijn en eventuele behandelmogelijkheden. Een MRI LWK kan deze duidelijkheid bieden. In de huidige richtlijnen wordt het aanvragen van een MRI vanuit de eerste lijn niet aanbevolen, wegens ontbreken van wetenschappelijk bewijs. Echter laten de cijfers zien (onder andere uit jullie rapport Zorggebruik 2019) dat dit in de praktijk wel regelmatig gebeurt, zijn ervaringen hiermee positief en is de discussie hierover actueel.	<p>Uit de recente versie (september 2020) van de richtlijn LRS (mede door u geautoriseerd):</p> <p>'Een patiënt met verdenking LRS kan verschillende motieven hebben om een MRI te wensen bij verwijzing naar de tweede lijn. Ter bevestiging van de diagnose HNP of ter geruststelling (afwezigheid van andere afwijkingen, of geen afwijkingen). Bij behandelaars kan daarentegen de mening bestaan dat een MRI achterwege gelaten kan worden als deze niet leidt tot behandelconsequenties'.....</p> <p>.....'Een antwoord op het voorkomen van een HNP als oorzaak van het LRS kan met lage betrouwbaarheid gegeven worden (ongeveer 65 tot 83 procent) maar het antwoord op de incidentie van een andere oorzaak (bijvoorbeeld een tumor) van het LRS kan niet gegeven worden, anders dan dat de kans hierop klein lijkt te zijn'.....Aanbeveling 3. Bespreek met de patiënt dat het aantonen van een HNP via een MRI geen meerwaarde heeft bij een conservatief beleid.</p> <p>Op grond van deze richtlijn LRS concluderen wij dat een MRI bij LRS beperkte diagnostische waarde heeft. Het voorkomen van een HNP kan met lage betrouwbaarheid gegeven worden. Ook de kans op het vinden van serieuze pathologie als oorzaak van de klachten is heel klein. De conclusie van de MRI moet gezien worden in het licht van deze beperkte betrouwbaarheid. Het biedt wat ons betreft geen absolute duidelijkheid over de oorzaak van de pijn en de eventuele behandelmogelijkheden. Een MRI leidt bij conservatief beleid niet tot behandelconsequenties. Wanneer een interventie zoals een operatie of anesthesiologische pijnbehandeling overwogen wordt heeft een MRI meerwaarde in het proces van shared decision making. De cijfers laten zien hoe vaak een MRI van de LWK verricht wordt. Van onze stakeholders horen wij vooral dat er veel discussie is over de juiste indicatie voor een MRI en dat hier verschillend over wordt gedacht.</p> <p>Wij willen in de implementatiefase werken aan gezamenlijke afspraken. Welke waarde heeft een MRI op welk moment in het zorgtraject van mensen met klachten vanuit de lage rug. Wat is de juiste indicatie?</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)</p>	
<p>Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van het aanvragen van MRI door de eerste lijn is derhalve een kennishiaat dat we graag zouden willen inbrengen als een nieuwe “verbeteractie” in dit verbetersignalement.</p>	<p>Het onderzoeken van kennishiaten is geen onderdeel van een Zinnige Zorg project, dat is aan partijen zelf. Laten we dit bespreken in de eerstvolgende stakeholderbijeenkomst. Als alle stakeholders dit onderzocht willen hebben kunnen we aanvragen of het mogelijk is om tijdens de implementatiefase op kosten van het Zorginstituut een review te doen.</p>
<p>“Bovendien kan de huisarts de beeldvorming zelf niet altijd beoordelen”. Dit is een juiste aanname maar dat geldt voor veel beeldvormend onderzoek. Bovendien wordt een onderzoek altijd afgerond met een verslag van de radioloog dat bij uitstek geschikt is voor interpretatie en duiding van het onderzoek door de aanvragende arts.</p>	<p>Op grond van de reacties van de stakeholders weten we dat hier door partijen verschillend over wordt gedacht. Er zijn partijen die vinden dat het beeldvormend onderzoek alleen goed beoordeeld kan worden door behandelaars die de patiënt hebben gezien en onderzocht. Dit is een goed onderwerp om te bespreken tijdens de implementatiefase.</p>
<p>Afname zorggebruik ten aanzien van beeldvormend onderzoek. Dit concept behandelt de wens tot ‘vermindering’ van de diagnostiek in zowel de eerste als de tweede lijn.</p>	<p>De wens is het terugdringen van diagnostiek en of behandeling die niet zinnig of onnodig is. Het Zorginstituut heeft naast de zorg voor kwaliteit ook een taak om het verzekerde pakket betaalbaar te houden.</p>
<p>De eerste lijn moet zich dan bedienen van een röntgenfoto (die volgens vigerende NHG standaarden en concept-LESA radiologische diagnostiek enkel ingezet dient te worden voor de indicaties fractuur en wervelinzakking), terwijl de tweede lijn daar dan van weg zou moeten blijven. Echter kan men zich afvragen waarom röntgendiagnostiek hier nog een plaats heeft, gezien de beperkte diagnostische waarde en aangezien MRI het onderzoek van eerste keus betreft.</p>	<p>In de eerste lijn wordt op grond van de NHG-standaarden specifieke lage rugpijn en LRS beeldvormend onderzoek over het algemeen niet aanbevolen (hoofdstuk 4 paragraaf 1). In ons rapport maken wij duidelijk dat volgens de standaarden en richtlijnen beeldvormend onderzoek thuis hoort in de tweede lijn. Dit doen wij op basis van de bestaande richtlijnen.</p>
<p>Wij hebben de indruk dat hier onterechte aannames een rol spelen, bijvoorbeeld over een lange duur en hoge kosten van een MRI onderzoek, dat dit te vaak zou worden aangevraagd en dat huisartsen de uitslag moeilijk kunnen interpreteren. MRI is in tegenstelling tot decennia geleden, ruim beschikbaar, toegankelijk en sneller, waarbij de tarieven sterk zijn gedaald. Daarbij, chronische rugpijn kost de maatschappij (ook) heel veel geld. Een MRI LWK is niet schadelijk, er wordt geen röntgenstraling gebruikt in tegenstelling tot een X-LWK of CT LWK, en is bovendien veel informatiever. Als je ziet dat bij slechts 1-2 procent van de nieuwe patiënten een MRI wordt aangevraagd door de huisarts (lager dan verwacht) dan is dit blijkbaar niet echt een probleem.</p>	<p>De Dutch Spine Society is van mening dat bij iedere naar hen verwezen patiënt met klachten vanuit de lage rug of een LRS een staande röntgenfoto van de wervelkolom is geïndiceerd. De plaats van de röntgenfoto van de LWK (staand of niet) is voor ons niet duidelijk. Tijdens de implementatiefase willen wij werken aan heldere afspraken over de indicatie van een röntgenfoto.</p> <p>In regel 3 hebben we aangegeven op welke momenten een MRI zinvol is en dat er nadere afspraken gemaakt moeten worden over de plaats van de MRI in het diagnostische traject.</p> <p>Aannames op gebied van lange duur, hoge kosten, beschikbaarheid en toegankelijk spelen geen rol bij ons oordeel. Wanneer een MRI zin heeft dan past deze in het diagnostisch traject, ongeacht de factoren die u noemt. Wij hebben ons oordeel gebaseerd op de aanbevelingen uit de richtlijnen van beroepsgroepen zelf. Wij zien wat betreft LRS onze conclusie bevestigd door de aanbevelingen van de richtlijn LRS. Deze is in september gepubliceerd en de NVvR werkte hieraan mee.</p>
<p>Inzet van een rugconsulent.</p>	<p>Het is ons bekend dat een MRI niet schadelijk is en meer informatief is dan een X-LWK of CT-LWK.</p>
<p>De inzet van een rugconsulent is onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd en onvoldoende uitgewerkt. Het inrichten van een nieuwe zorgmethodiek lijkt ons bij uitstek iets wat eerst in een trial moet worden uitgevoerd voordat dit kan worden uitgerold. De voorgestelde investering van deze methodiek is kostbaar, vooral omdat er geen medische urgentie is om de zorg te veranderen maar alleen een streven naar betere zorg. Onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de inzet van een rugconsulent zouden we daarom ook graag willen inbrengen als een nieuwe verbeteractie in dit verbetersignalement.</p>	<p>Het profiel van de rugconsulent of case manager moet gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en competenties zal definitief vastgesteld moeten worden bij welke zorgverlener deze rol of taak hoort.</p> <p>We laten in bijlage E zien dat invoeren van een rugconsulent of case manager geld kost. We hebben toegevoegd dat dit een mogelijke senario is. Na oplevering van de leidraad chronische pijn en het daarbij op te leveren hoofdstuk over lage rugklachten wordt duidelijk wie dit gaat doen en welke kosten dit met zich meebrengt.</p> <p>Het belangrijkste doel van een rugconsulent is het coördineren van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug.</p> <p>De urgentie voor een rugconsulent is aangegeven door verschillende stakeholders en patiëntenverenigingen. De rugconsulent wordt aanbevolen in zowel de ketenrichtlijn als de leidraad chronische pijn. Streven naar beter zorg is inderdaad ons doel. Klachten vanuit de lage rug alleen als medisch probleem zien, doet het probleem te kort.</p>
	<p>Wij hebben de suggestie genoteerd om de inzet van een rugconsulent nader te onderzoeken.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	
Kunt u zich vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug'?	
Ja, ZN onderschrijft de voorgestelde verbeteringen.	Dank u voor uw positieve reactie.
Kunt u zich vinden in de afspraken over de betrokkenheid van uw organisatie bij de verbeterafspraken?	
Ja. Bij onderdeel 2c (implementeer de aangepaste richtlijnen van de beroepsgroepen) missen we nog een overzicht van de betrokken partijen. ZN wil daarbij graag aansluiten.	Dank u voor uw positieve reactie. We zullen in de tabel aangeven dat u zich aansluit bij onderdeel 2c.
Kunt u zich vinden in de voorgestelde streefwaarden voor verwijzen, beeldvormende diagnostiek en voorschrijven van opiaten (zie paragrafen 3.2, 4.1 en 5.2.1)?	
Deze streefwaarden zijn gebaseerd op literatuur of input van partijen tijdens de bijeenkomst. Op grond van de nu beschikbare informatie onderschrijven wij de streefwaarden. Daarbij willen we echter aantekenen dat de streefwaarden mede afhankelijk zijn van de gehanteerde definities (zie verder onder 'definities en omschrijvingen'). Nieuwe definities en registraties kunnen tot andere inzichten en daarmee bijstelling van de streefwaarden leiden.	Dit onderschrijven wij.
Wat zijn realistische streefwaarden voor het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van LRS-patiënten en het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn (zie paragrafen 3.1 en 4.2)?	
Op grond van de beschikbare data is daar niet goed een uitspraak over te doen. Het ontbreken van medische gegevens of het verschillend registreren van lage rugklachten binnen de zorgtrajecten maakt het lastig om een eenduidige conclusie te trekken over het aantal zinnige verwijzingen en doelmatige diagnostiek. Een belangrijk knelpunt daarbij is dat niet de klacht tijdens de verwijzing, maar de conclusie aan het einde van het diagnostisch traject bepaalt welke diagnose wordt geregistreerd. Bij diagnostiek op verzoek van de huisarts ontbreekt een beschrijving van de indicatie. Het ligt het meest voor de hand om in eerste instantie op basis van praktijkvariatie een norm te bepalen.	De criteria om patiënten met verdenking LRS naar de tweede lijn te verwijzen zijn benoemd in de NHG-standaard LRS. De criteria voor beeldvormend onderzoek bij patiënten met LRS staan beschreven in de verschillende richtlijnen van de tweede lijn. Op grond van deze richtlijnen is het wat ons betreft mogelijk hiervoor streefwaarden vast te stellen.
Kunt u aangeven wat een passende streefdatum is voor het voltooiën van deze verbeterafspraken.	
Transparant maken van resultaten pijnrevalidatiebehandelingen, bijvoorbeeld als gedefinieerd in de dataset die in de revalidatiezorg wordt gebruikt. In 2021 dataset PROMS vaststellen voor registratie in verslagjaar 2022 Verplicht en transparant aanleveren in 2023 van door patiënt gerapporteerde uitkomsten in verslagjaar 2022.	Dank voor uw reactie. We nemen deze op in het verbeter-signalement.
Definities en omschrijvingen: In ons vorige commentaar wezen we op de verschillende diagnosecodes binnen de DBC-systematiek die worden gebruikt om lage rugpijn te registreren. Deze diagnosecodes zijn voor zorgverzekeraars de basis voor spiegelinformatie en later de monitoring van de resultaten van de verbeterafspraken. We zijn blij met het voorstel om tijdens de implementatiefase afspraken te maken over deze diagnosecodes (voetnoot 8, pagina 11), maar pleiten er nogmaals voor om in het Verbetersignalement (nog) duidelijker aan te geven welke medische problematiek onderwerp van dit document is.	Dit verbeter-signalement beschrijft de problematiek van klachten vanuit de lage rug. In bijlage C staat duidelijk beschreven om welke patiënten het gaat. We zullen dit duidelijker in het verbeter-signalement beschrijven.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Zorgverzekeraars Nederland (ZN)</p> <p>Op pagina 5 staat dat het Verbetersignalement betrekking heeft op: ‘...aspecifieke klachten vanuit de lage rug en klachten vanuit de lage rug met radiculaire (uitstralende) pijn in het been (lumbosacraal radiculair syndroom, LRS)’. In bijlage C wordt een en ander nader uitgewerkt. Met name de afbakening binnen de verschillende specialismen tussen ‘aspecifieke klachten’ en ‘specifieke klachten’ is niet altijd helder. Een lumbale hernia wordt als specifieke oorzaak aangemerkt, wat betekent dat dit verbetersignalement over zowel aspecifieke klachten als specifieke (neurogene) klachten gaat (ic Lumbale Hernia en Kanaalstenose). De anesthesiologen hanteren de term ‘aspecifieke rugpijn’ voor rugpijn waarvoor geen duidelijke oorzaak aan te wijzen valt. De oorzaak ligt volgens hen vaak in een ‘te grote spanning op verbindingen en spieren in de wervelkolom.’ Voor klachten ten gevolge van degeneratieve afwijkingen (inclusief pseudoradiculair syndroom) wordt binnen de DBC-systematiek de term ‘mechanisch rugpijn’ gebruikt.</p> <p>Naar onze mening is het belangrijk om in de inleiding en bijlage C deze beschrijvingen toe te voegen en te benadrukken dat dit Verbetersignalement betrekking heeft op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aspecifieke klachten vanuit de lage rug, zonder duidelijke objectieveerbare afwijkingen • specifieke (neurogene) klachten vanuit de rug als gevolg van een lumbale hernia of kanaalstenose. <p>Het Verbetersignalement heeft géén betrekking op andere specifieke klachten ten gevolge van: - infectie - ontsteking - fractuur - tumor.</p>	<p>In bijlage C hebben we uitgewerkt over welke patiënten met klachten vanuit de lage rug dit verbetersignalement gaat. Wij hebben in dit verbetersignalement geen onderscheid gemaakt in aspecifieke klachten door degeneratieve afwijkingen en aspecifieke klachten zonder duidelijke objectieveerbare afwijkingen. Voor dit verbetersignalement lijkt ons dat niet nodig. Op pagina 11 van het verbetersignalement kunt u lezen dat uniforme taal van zorgverleners als eerste aan de orde komt bij het opstellen van de multidisciplinaire leidraad chronische pijn. Dit onderwerp wordt in deze multidisciplinaire leidraad uitgewerkt en vastgesteld.</p>
<p>Verzekerde zorg.</p> <p>In het Verbetersignalement wordt niet altijd duidelijk gemaakt welke zorg wel of niet onder het verzekerde pakket valt. Zo wordt in het rapport gesteld dat de NVN-richtlijn en NVA-richtlijn ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’ epidurale corticosteroidinjecties bij LRS wel worden aanbevolen, maar in de NHG-Standaard ‘Lumbosacraal radiculair syndroom’ niet, vanwege het ontbreken van bewijs voor de effectiviteit van deze middelen. Het is niet duidelijk of de opmerking op pagina 31 (Volgens deze standpunten voldoen deze behandelingen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en worden daarmee niet vergoed uit de basisverzekering) ook betrekking op de aanspraak op vergoeding van epidurale (corticosteroid)injecties bij LRS. Daarnaast wordt te makkelijk voorbijgegaan aan de discrepantie tussen aanbevelingen in de richtlijnen en de aanspraken op met name paramedische zorg en zorg door een gespecialiseerde eerstelijns psycholoog. Alleen psychische stoornissen (volgens de DSM-5) kunnen op kosten van de zorgverzekering worden behandeld in de geneeskundige GGZ.</p>	<p>Het Zorginstituut heeft een standpunt ingenomen over injecties bij aspecifieke rugklachten: injecties voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is daarmee geen verzekerde zorg. Het Zorginstituut heeft geen standpunt opgenomen over injectie bij LRS. We hebben dit in het rapport verduidelijkt. Er is discrepantie tussen aanbevelingen in de richtlijnen en de afspraken op paramedische zorg en zorg door een gespecialiseerde eerstelijns psycholoog. Dit is geen onderwerp voor dit verbetersignalement. Het Zorginstituut werkt aan een systeemadvies over paramedische zorg. Het is aan de beroepsgroepen om te beoordelen of zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk opgenomen wordt in de richtlijnen.</p>
<p>Zorgcoördinator of multidisciplinair rugteam.</p> <p>In het concept wordt gepleit voor het inzetten van een zorgcoördinator of multidisciplinair rugteam voor de coördinatie van de zorg. Het lijkt ZN verstandig dat de meerwaarde van deze aanpak wordt bewezen voor het op grote schaal wordt toegepast. Wij verwachten dat er meerdere oplossingen mogelijk zijn met even goede resultaten. Daarbij is ook van belang te kijken naar de wijze van bekostigen van een dergelijke coördinatiefunctie in de eerstelijns.</p>	<p>De urgentie voor een rugconsulent is aangegeven door verschillende stakeholders en patiëntenverenigingen. De rugconsulent wordt aanbevolen in zowel de ketenrichtlijn als de leidraad chronische pijn. De suggestie de inzet van een rugconsulent nader te onderzoeken hebben wij genoteerd.</p> <p>Wij zijn geïnteresseerd in alle mogelijke oplossingen. Tijdens de implementatiefase moet dit onderzocht en uitgewerkt worden.</p>
<p>Verbeterafspraken.</p> <p>De verbeterafspraken in hoofdstuk 6 zijn algemeen geformuleerd en belegd bij meerdere partijen. Het is daarbij onduidelijk welke partij eindverantwoordelijk is voor de uitvoering, wat de tijdslijn is en wat de stappen zijn als partijen zich hier niet aan houden. Tot op heden heeft de vrijblijvendheid van de afspraken in eerdere verbetersignalen niet geleid tot een snelle aanpak van de verbetermogelijkheden.</p>	<p>Afspraken over de tijdlijn en welke partij eindverantwoordelijk of regiehouder van de afspraak is, moeten definitief worden gemaakt bij de start van het implementatietraject. Dit wordt opgenomen in het plan van aanpak van de implementatie. Wij pleiten voor een doortastende en succesvolle aanpak.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Zorgverzekeraars Nederland (ZN)</p>	
<p>Uitkomstinformatie.</p>	
<p>In het rapport wordt gesteld dat PROM's en klinische uitkomsten (waaronder complicaties) uit het NVA Kwaliteitsstelsysteem transparant gemaakt kunnen worden. Wij zouden graag willen weten op welke termijn deze informatie beschikbaar komt voor zorgverzekeraars en patiënten. ZN pleit al jaren voor meer transparantie in de uitkomstinformatie van behandelingen. Dit kan wat hun betreft niet snel genoeg opgepakt worden. Het gaat om de uitkomsten van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pijnbehandelingen; • rugoperaties; • uitkomsten van pijnrevalidatie. 	<p>Het is in het belang van de patiënt dat uitkomstinformatie beschikbaar komt. De patiënt kan deze informatie gebruiken bij de overweging tussen verschillende behandelingen. Er zijn verschillende initiatieven.</p>
<p>Uitkomstinformatie.</p>	
<p>ZN wil graag meedenken in de werkgroep die de resultaten van de Transparantiekalender gaat opnemen in thuisarts.nl. Zo kan de link tussen de Transparantiekalender en thuisarts worden versterkt.</p>	<p>Op pagina 39 (tabel 8) van het verbetersignalement staat aangegeven dat ZN één van de betrokken partijen is. Uw betrokkenheid staat genoteerd.</p>
<p>Uitkomstinformatie.</p>	
<p>Op het onderwerp monitoring opiatengebruik vanuit de eerste lijn voorgeschreven is door ZN in samenwerking met Vektis al heel veel voorwerk gedaan. Een nulmeting op basis van Vektis-gegevens kan wellicht aan het definitieve evaluatie-rapport worden toegevoegd, zoals met heup- en knie-artrose is gedaan.</p>	<p>Dank u voor deze suggestie.</p>
<p>Doorontwikkeling op de transparantiekalender is wat ons betreft een goed idee. Dit is nu nog te vrijblijvend. Er is afgesproken dat indicatoren voor 2021 niet worden doorontwikkeld in verband met corona. Dus een voorstel om op te nemen als afspraak over verslagjaar 2022, het verplicht aanleveren van de volgende door patiënt gerapporteerde uitkomsten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) noodzaak tot pijnmedicatie; 2) beperking; 3) werkstatus; 4) rug- en beenpijn; 5) gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. <p>Dat lage rughernia ook op de planning staat voor het Programma Uitkomstgerichte Zorg, betekent niet dat we met het publiceren van door patiënt gerapporteerde uitkomsten hoeven te wachten.</p>	<p>Uw voorstel en de aanbeveling niet te wachten met het publiceren van de patiënt gerapporteerde uitkomsten, geven we mee aan de werkgroep die dit onderwerp uit gaat werken.</p>
<p>GGZ:</p>	
<p>Zoals eerder opgemerkt worden ook binnen de GGZ-patiënten met chronische rugpijn behandeld. Een voorbeeld is Het Rughuis. In deze tweede lijns gespecialiseerde GGZ-instelling met 6 vestigingen worden mensen behandeld die lijden aan chronische rug-, bekken- of nekpijn volgens de richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. Dit aspect missen wij nog in het rapport, onder andere tabel D.2. pagina 54.</p>	<p>Bedankt voor uw goede suggestie. Wij nemen dit op in tabel D.2.</p>
<p>Bij bladzijde 9.</p>	
<p>Om ervoor te zorgen dat alle aangepaste kwaliteitsstandaarden (de ketenzorgrichtlijn, de 'multidisciplinaire leidraad' en de richtlijnen van de beroepsgroepen) daadwerkelijk leiden tot betere afstemming van de verschillende onderdelen van de zorg in de hele keten, moeten deze volgens u ook worden 'geautoriseerd'. Naar onze mening is de huidige werkwijze van autoriseren geen garantie voor een actieve bijdrage van patiënten en zorgverzekeraars. Wij pleiten daarom voor opname in het Kwaliteitsregister."</p>	<p>Wij hopen dat de gezamenlijke inzet van partijen zal resulteren in kwaliteitsstandaarden die opgenomen kunnen worden in het register. Eén van de eisen om in het register te komen, is dat de kwaliteitsstandaard en de bijbehorende meetinstrumenten en informatiestandaarden door zowel de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de patiëntenverenigingen gezamenlijk aan het register wordt aangeboden.</p>
<p>Bij bladzijde 10 paragraaf 1.1.1.</p>	
<p>...een goede triage (vanuit een psychosomatische biopsychosociale aanpak (conform tekst in hoofdstuk 5).</p>	<p>De tekst is aangepast.</p>
<p>Bij bladzijde 10 paragraaf 1.1.2.</p>	
<p>Vermelden dat de zorgstandaard op 11 februari 2020 is opgenomen in het Kwaliteitsregister.</p>	<p>Dit is opgenomen in de tekst.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	
Bij bladzijde 26 paragraaf 5.1.	
Formulering aanpassen conform tekst op website: https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/bewegings-apparaat/standpunt-effectiviteitfysiotherapie-en-oefentherapie-bij-lage-rugklachten	Een verwijzing naar de werkagenda is opgenomen in de tekst.
Figuur 8.	
Een duiding van deze grafiek ontbreekt in de tekst.	Figuur 8. visualiseert een analyse van het zorggebruik. Het gaat hier om het aantal patiënten met klachten vanuit de lage rug dat een anesthesiologische pijnbehandeling heeft gehad, uitgesplitst naar injectie- en denervatietechnieken in 2015-2017. De verschillende aanbevelingen uit de richtlijnen en het zorggebruik zijn in dit hoofdstuk bij elkaar gezet.
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	
In de huidige versie is de budget impactanalyse (BIA) toegevoegd. Het lijkt alsof dit niet enkel een toevoeging is, maar wekt voor de NVA de indruk alsof het doel verschoven is naar het beperken van de kosten in plaats van verbeteren van kwaliteit. Een verduidelijking van de status van de huidige BIA zou verhelderend kunnen werken.	Een impactanalyse is nooit een doel op zich, maar geeft (financiële) impact weer van de afgesproken verbeteringen. Omdat op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de potentiële verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.
Graag ook de andere financiële consequenties doorberekenen als kwaliteit als uitgangspunt genomen wordt. Hiervoor kan bijvoorbeeld een geschetst transmuraal zorgpad (zoals in België reeds bestaat) voor lage rugpijn of lumbaal radiculair syndroom als uitgangspunt genomen worden.	Het uitwerken van alle financiële consequenties is interessant, maar niet goed mogelijk.
Zoals tijdens sessies eerder is aangegeven wordt het concept-rapport gebaseerd op de ICD-10 indeling. Deze indeling gaat uit van persisterende orgaandiagnostiek terwijl de reeds geaccordeerde ICD-11 uitgaat van de genese van pijn. Een indeling die meer recht doet aan de patiënten die lijden aan chronische pijn en de daarmee gepaard gaande behandeling in het bio-psycho-sociale model. De ICD-11 indeling is daarmee toekomstgericht. Het loont de moeite het rapport zodanig te herformuleren.	De Zinnige Zorg methodiek is gebaseerd op basis van de ICD-10. Deze wordt alleen gebruikt voor het selecteren van het onderwerp. Een herformulering lijkt ons op dit moment niet nodig.
In bijlage D wordt de anesthesioloog of pijnspecialist omschreven als een professional die zich met name richt op het behandelen van pijnklachten met medicatie advies en eventueel zenuwblokkades. Deze omschrijving is erg summier. De anesthesioloog of pijnspecialist houdt zich bezig met de diagnostiek (naar genese) en behandeling van pijn in de breedste zin van het woord, alsmede de zorg voor de patiënt in de palliatieve fase. Medicatie en wortelblokkades zijn slechts enkele voorbeelden. Graag aanpassen.	De tekst is aangepast.
In de literatuurlijst mist de geüpdatete richtlijn van de NVA (https://www.anesthesiologie.nl/publicaties/praktische-richtlijnen-anesthesiologische-pijnbestrijding). Graag toevoegen aan de lijst.	De tekst is aangepast.
De preventie van chronische pijn is onderbelicht gebleven in het conceptrapport. Initiatieven op het gebied van gezonde leefstijl hebben hier een plaats. Het verminderen van diabetes mellitus (en dus ook pijnlijke diabetische polyneuropathie) door gezonde voeding wordt zo onbenut gelaten.	Tijdens een Zinnige Zorg traject wordt getoetst of de zorg overeenkomt met de bestaande afspraken over goede zorg. Preventie van chronische pijn is geen onderwerp in de richtlijnen over klachten vanuit de lage rug. Preventie van chronische pijn na klachten vanuit de lage rug kan opgenomen worden in het (verbeterde) patiëntvoorlichtingsmateriaal.
Wij missen in de BIA wat de opbrengsten kunnen zijn als een patiënt door een pijninterventie sneller aan het werk gaat en eerder pijnmedicatie kan verminderen.	De oorspronkelijke impactanalyse is aangepast. In de impactanalyse worden alleen de besparing of de verzwaringen berekend voor de kosten van de zorg. Wanneer patiënten (sneller) herstellen levert dat voor de (werkende) patiëntengroep winst op. De grootte daarvan is moeilijk te kwantificeren.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)</p>	
<p>Wij vragen ons af wat de meerwaarde is van de ketenzorg-richtlijn "klachten vanuit de lage rug" naast een multidisciplinaire leidraad "chronische pijn" en maken ons zorgen over de mogelijke verwarring die dat kan geven.</p>	<p>Wij vinden het van groot belang dat het transmurale zorgpad voor patiënten met klachten vanuit de lage rug niet multi-interpretabel is. En dat de multidisciplinaire afstemming en samenwerking goed geregeld en vastgelegd is.</p>
<p>Als eerste punt van de verbeterafspraken wordt terecht gewezen op verbetering van de afstemming in de zorgketen. Door het laten bestaan van wederom meerdere richtlijnen zonder volgorde blijft het transmurale zorgpad multi-interpretabel.</p>	<p>Als het mogelijk is alle onderwerpen van de ketenzorgrichtlijn naar tevredenheid van alle partijen onder te brengen in de leidraad, dan vinden wij dat een goede zaak.</p>
<p>Ons verzoek is een volgorde van hiërarchie aan te brengen in deze 2 documenten, danwel ze samen te voegen tot 1 document. Daarbij willen we benadrukken dat de Leidraad alle partijen in de zorg rondom lage rugklachten betreft in tegenstelling tot de ketenzorgrichtlijn. De leidraad chronische pijn kan om die reden het overkoepelende document worden waaronder de richtlijnen van andere zorgpartijen kunnen hangen.</p>	
<p>Punt 5 van de verbeterafspraken: "doe de juiste behandeling op het juiste moment" is een uitwerking van punt 1. Daarin staat: "betere afstemming van de zorg in de gehele keten". Deze punten staan niet los van elkaar en kunnen onder een noemer gezet worden, omdat als punt 1 gerealiseerd wordt punt 5 het logische gevolg zal zijn.</p>	<p>Hoofdstuk 5 laat zien dat patiënten niet altijd de juiste zorg op het juiste moment krijgen. De beide hoofdstukken vullen elkaar aan.</p>
<p>Hoofdstuk 1, paragraaf 1.1: de richtlijnen van beroepsgroepen moeten aansluiten op de ketenzorgrichtlijn en de multidisciplinaire leidraad. Dit geldt niet alleen voor richtlijnen, maar ook voor de NHG-standaarden. Wij benoemen dit expliciet omdat tweedelijnsrichtlijnen en NHG-standaarden niet altijd op elkaar aansluiten. Graag opnemen in hoofdstuk 1.</p>	<p>Dit is verwerkt in hoofdstuk 1.</p>
<p>Hoofdstuk 1, 3 en 5.3: ondanks de verschillen in de adviezen tussen de kwaliteitsdocumenten (richtlijnen, standaarden), zoals benoemd in paragraaf 5.3, zijn de conclusies in hoofdstuk 3 wel gebaseerd op de NHG-standaarden. Belangrijk is dus dat, voor de aanbeveling 'volg richtlijnen voor verwijzen naar de tweede lijn beter' opgevolgd wordt, zowel de richtlijnen als de standaarden met betrekking tot verwijzing worden aangepast op de leidraad. Deze volgorde van hiërarchie moet terugkomen in het document.</p>	<p>Wij onderschrijven het belang van een goede afstemming (over onder andere verwijzen) tussen de eerste en tweede lijn en verschillende specialismen. De volgorde van aanpassen is opgenomen in hoofdstuk 1.2. en 3. Het is altijd goed hierover in gesprek te blijven.</p>
<p>Hoofdstuk 1: in de tweede alinea wordt verwezen naar een aantal artikelen in The Lancet waarin een relatie wordt gelegd met specifieke lage rugklachten. Het lumbal radiculair syndroom (LRS) is echter geen specifieke klacht. Het is lage rugpijn met beenpijn en wordt gezien als een specifieke vorm van pijn. Hier kan geen relatie gemaakt worden met de 3 Lancet-artikelen uit 2018.</p>	<p>We realiseren ons dat de Lancet-artikelen over specifieke lage rugklachten gaan, maar vinden dat een aantal aanbevelingen ook van toepassing zijn voor patiënten met LRS. In het rapport zal waar nodig het onderscheid tussen LRS en specifieke klachten duidelijker worden gemaakt.</p>
<p>Paragraaf 2.3.</p>	
<p>Hier kunnen ook de uitkomsten van fysiotherapie en psychotherapie toegevoegd worden.</p>	<p>Het inzichtelijk maken van uitkomsten van fysiotherapie is onderdeel van het systeemadvies.</p>
<p>Paragraaf 2.4 laatste alinea op pagina 17.</p>	
<p>Waarom zou de inzet van een rugconsulent enkel gevolgen hebben voor de invasieve behandelingen? De impact van een rugconsulent kan pas worden ingeschat aan de hand van een duiding van taken en rol in het zorgpad. Dit moet onderdeel zijn van de multidisciplinaire leidraad.</p>	<p>De verbetering van de coördinatie van de zorg en de voorlichting van de patient, bijvoorbeeld door een rugconsulent te benoemen, kan op meerdere onderdelen van het zorgtraject van patienten met een lage rug invloed hebben.</p>
<p>Paragraaf 5.3.</p>	
<p>Uit de data over het zorggebruik in de tweede lijn blijkt dat deze behandelingen bij een kwart van de verwezen patiënten gedaan worden. Er wordt verwezen naar de niet geüpdatete richtlijnen, graag gebruik maken van de geüpdatete richtlijnen van de NVA (https://www.anesthesiologie.nl/publicaties/praktische-richtlijnen-anesthesiologische-pijnbestrijding)</p>	<p>Dit is aangepast.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	
Paragraaf 6.1.5.	
‘...volg de richtlijnen met betrekking tot’ het voorschrijven van pijnmedicatie in plaats van ‘beperk’.	Dit is overgenomen.
De NVA kan zich vinden in de afspraken over de betrokkenheid van de NVA bij de verbeterafspraken. Maar daadwerkelijke implementatie in de praktijk is een lokale aangelegenheid is (2b en 2c). Natuurlijk zijn er vanuit de NVA wel acties om dat te stimuleren. Daarnaast vindt de NVA betrokkenheid ook belangrijk bij actie 1 uit tabel 8: stimuleren van bewustwording van burgers en patiënten over lage rugklachten.	Wij onderschrijven dit.
Het is niet aan de NVA om uitspraken te doen over paragrafen 3.1, 3.2, 4.1.	
5.2.1. gaat over opiaat gebruik.	
NVA is bezig met de landelijk campagne choosing wisely rondom het thema gepast gebruik van opiaten. Zij zijn van mening dat eerst verdere uitwerking nodig is om een gegronde advies te kunnen geven wat de streefwaarde moet zijn voor het verlagen van opiaat gebruik. Het gebruik is zeer afhankelijk van de context en het gekozen middel. Vooralsnog is het geven van een streefwaarde te voorbarig. Zij ondersteunen van harte maatregelen die het langdurig gebruik minimaliseren.	Wij juichen het initiatief van de campagne toe en hebben dit initiatief benoemd in het rapport.
Streefdatum voor het toevoegen van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug aan de ‘Multidisciplinaire leidraad’. Dit project is gesubsidieerd door SKMS gelden met als deadline 31-5-2022.	We hebben deze datum toegevoegd.
Richtlijnen van beroepsgroepen laten aansluiten bij aangepaste kwaliteitsstandaarden.	
Ieder jaar wordt door de NVA commissie kwaliteitsdocumenten geprioriteerd welke (modules) van richtlijnen aan herziening toe zijn. Omdat de middelen beperkt zijn, is revisie een meerjarenplan. Daarbij zijn er ontwikkelingen om de revisie via clusterwerkgroepen onder de Federatie Medisch Specialisten te laten verlopen. Een exacte streefdatum kunnen wij daarom niet geven.	Bedankt voor uw reactie.
"Implementeer het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug van de ‘multidisciplinaire leidraad’: Implementatie maakt onderdeel uit van het project genoemd onder 1b.	Bedankt voor uw reactie.
Transparant maken van uitkomsten van pijnbehandelingen, waaronder injecties.	
In 2021 moet de rapportage over 2020 beschikbaar zijn.	Wij zien de rapportage met belangstelling tegemoet. We hebben deze datum toegevoegd.
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Dutch Spine Society (DSS), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)	
Stem de zorg in de hele keten beter af.	
Het is een goed initiatief om met betrokken partijen de richtlijn ketenzorg patiënten met klachten van de lage rug te actualiseren. Dit is een goede stap, maar zal veel tijd en energie vergen van de kartrekkers. Er zijn zeer veel zorgverleners betrokken bij deze patiëntengroep en er zal dus een vorm van overeenstemming moeten zijn over het beste behandeltraject. Zoals aangegeven zullen dan ook de richtlijnen van de beroepsgroepen hierop aan moeten sluiten aangezien deze leidend zijn. Ook dit zal tijd kosten. De gemiddelde richtlijn van start tot accordering duurt toch gauw 1,5 jaar. Wij vragen ons af of dit binnen de gestelde termijn van zinnige zorg van 3 jaar haalbaar is.	We onderschrijven dit. Het opstellen van op elkaar afgestemde richtlijnen is een intensief en complex traject, waar veel zorgverleners bij betrokken zijn. Het is daarbij belangrijk om met elkaar in gesprek te gaan en te blijven. Dit kost inderdaad tijd. Wij denken dat dit een essentieel onderdeel is voor een goed resultaat. Een werkgroep met een vertegenwoordiging van bijna alle stakeholders is inmiddels gestart met het opstellen van de multidisciplinaire leidraad.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Dutch Spine Society (DSS), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)</p> <p>Verbeter de voorlichting en keuze-informatie voor patiënten.</p> <p>Het voorstel wordt gedaan om een 'rugconsulent' te gaan inzetten. Tijdens de bijeenkomsten is dit kort ter sprake gekomen, maar zeker niet zo definitief zoals nu in het rapport gemeld wordt. De DSS heeft nog veel vragen hierover. Onder wiens verantwoordelijkheid valt deze consulent, hoe wordt deze geschoold, door wie gefinancierd etc. Wij denken dat het een zeer interessante gedachte is en een meerwaarde kan hebben, echter dit dient eerst verder onderzocht te worden. Bijvoorbeeld met een regionale pilot. Ook de kosten-baten analyse van de rugconsulent is nauwelijks onderbouwd.</p>	<p>Het concept rugconsulent moet verder uitgewerkt worden. Het belangrijkste doel van een rugconsulent is het coördineren van de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug. Als onderschreven wordt dat de coördinatie van zorg kan worden georganiseerd door het aanstellen van een rugconsulent of case manager, moet het profiel gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en competenties zal definitief vastgesteld moeten worden bij welke zorgverlener deze rol of taak hoort.</p> <p>We laten in bijlage E zien dat invoeren van een rugconsulent of case manager geld kost. We hebben toegevoegd dat dit een mogelijke scenario is. Na oplevering van de leidraad chronische pijn en het daarbij op te leveren hoofdstuk over lage rugklachten wordt het duidelijk wie dit gaat doen en welke kosten dit met zich meebrengt.</p> <p>Ook wij denken dat dit een rugconsulent meerwaarde kan hebben, de effecten van het invoeren van een rugconsulent moeten onderzocht worden.</p>
<p>Volg richtlijnen naar de tweede lijn beter.</p> <p>Wat in het rapport regelmatig door elkaar gebruikt wordt zijn patiënten met acute of chronische lage rugklachten en patiënten met lage rugklachten met en zonder uitstraling. Dit zijn heel verschillende patiëntencategorieën die nu in één adem genoemd worden in dit rapport. De DSS wil benadrukken dat hier onderscheid in gemaakt moet worden, dit is medisch-inhoudelijk een groot manco. Aan de hand van deze indeling kan ook beter bepaald worden wie wel en wie niet naar de tweede lijn moet worden verwezen.</p>	<p>Wij realiseren ons dat rugklachten complex zijn en het concept verbetersignalement gaat over een diverse groep. Wij begrijpen dat jullie hier aandacht voor vragen. Misschien is de complexiteit onderbelicht. Tijdens de implementatiefase moet deze complexiteit zo goed mogelijk worden ontrafeld en de diagnostiek en het behandeltraject hierop worden aangepast.</p>
<p>Tevens willen wij benadrukken dat niet alle patiënten met rugklachten zonder uitstraling specifiek naar een neuroloog verwezen dienen te worden. De orthopedisch chirurg is gespecialiseerd in het bewegingsapparaat en kan juist bij patiënten met lage rugklachten van betekenis zijn. Regio-afhankelijk worden hernia-operaties door zowel neurochirurgen als orthopedisch chirurgen verricht. Beide chirurgische specialismen zullen dus ook patiënten met rug- en beenklachten zien. Daarnaast hebben wij niet het idee dat er veel onnodige verwijzingen naar de tweede lijn komen. Dit betreft namelijk veelal chronische patiënten (>3 maanden klachten), patiënten met uitstraling of patiënten waarbij een specifieke oorzaak voor de klachten wordt vermoed waarbij osteoporotische inzakkingsfracturen frequent voorkomen gezien de toenemende vergrijzing.</p>	<p>Pagina 22.</p> <p>'Als patiënten met specifieke klachten vanuit de lage rug naar de tweede lijn worden verwezen, wordt geen verwijzing naar een neuroloog of anesthesioloog aanbevolen. En een verwijzing naar de orthopedisch chirurg wordt alleen gedaan bij vermoeden van een specifieke oorzaak van de klachten.'</p> <p>Afspraken over verwijzen naar de tweede lijn moeten tijdens de implementatiefase duidelijk worden. Het kan dat deze afspraken regionaal verschillend worden uitgewerkt.</p>
<p>Op pagina 21 wordt genoemd dat minder verwijzingen leiden tot minder operaties. Met deze aanname zijn wij het ernstig oneens aangezien dat suggereert dat er onnodige operaties worden verricht bij deze patiëntencategorie. Dit is niet gebaseerd op enige evidence.</p>	<p>Wij kunnen deze opmerking inderdaad niet met evidence onderbouwen. Onze opmerking is onder ander gebaseerd op uitspraken van hoogleraar neurochirurgie Wilco Peul (LUMC).</p> <p>'Volgens een van de andere Nederlandse coauteurs (The Lancet Low Back Pain Series Working Group), hoogleraar neurochirurgie Wilco Peul (LUMC), is er slechts een zeer kleine groep patiënten bij wie lagerugpijn een specifieke oorzaak heeft, zoals een wervelafschuiving of een ontsteking aan de wervelkolom. 'Het opereren van lagerugpijn zonder anatomisch substraat noem ik daarom low value care.' Niet dat er geen consensus is over de aanpak, zoals in de betreffende richtlijnen, maar de dagelijkse praktijk blijkt weerbarstig, aldus de neurochirurg. 'Een bepaalde groep neurochirurgen en orthopedisch chirurgen ziet positieve resultaten van hun operaties. Maar dat geldt alleen voor de patiënten die ze terugzien. Daardoor kijken ze met een gekleurde bril; mensen bij wie het niet goed gaat, komen niet meer op consult. Realiseer je goed dat het enige syndroom dat door chirurgie zelf wordt veroorzaakt failed back surgery syndrome heet.'</p> <p>https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/stop-medicalisering-lagerugklachten.htm</p> <p>Goede en transparante registratie kan dit inzichtelijk maken. De tekst in het rapport is aangepast.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Dutch Spine Society (DSS), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)</p>	
<p>Met betrekking tot verwijzing naar de pijnspecialist moet ook onderscheid gemaakt worden in acuut en chronisch en met en zonder radiculaire uitstraling. Het zou zo kunnen zijn dat patiënten met een acuut radiculair syndroom juist gebaat zouden zijn met snellere verwijzing en een wortelblock in de acute fase en deze groep juist eerder verwezen zou moeten worden om zorggebruik te verminderen. Dit is onvoldoende onderzocht.</p>	<p>Afspraken over verwijzen naar de tweede lijn moeten tijdens de implementatiefase duidelijk worden. De verwijzing naar een pijnspecialist moet daarbij ook aan de orde komen.</p> <p>De meerwaarde van een pijnblokkade in de acute fase is op dit moment een kennishiaat.</p>
<p>Volg richtlijnen voor beeldvormend onderzoek beter. De DSS is van mening dat indien een patiënt vanuit de eerste lijn wordt doorverwezen met lage rugklachten of een LRS, een staande röntgenfoto van de wervelkolom geïndiceerd is. De behandelend specialist is met name degene die de röntgenfoto zelf kan beoordelen en ook kan relateren aan de klachten van de patiënt. Een huisarts kan in de regel een röntgenfoto van de LWK niet goed beoordelen. De huisarts krijgt een uitslag van de röntgenfoto die is opgesteld door een radioloog die de patiënt zelf ook niet heeft beoordeeld. Op een röntgenfoto kan vervolgens een onderscheid gemaakt worden in lage rugklachten zonder specifieke oorzaak en met een specifieke oorzaak. Een MRI is van meerwaarde om dit verder te onderzoeken of in te zetten bij patiënten met uitstralende klachten. Wij zijn het oneens met de stelling dat een röntgenfoto zorgt voor meer ongerustheid bij de patiënt. MRI's aangevraagd in de eerste lijn hebben wat de DSS betreft geen meerwaarde. Dit kan juist wel een bron voor ongerustheid zijn mede weer doordat een goede beoordeling van de beelden niet door de aanvrager (de huisarts) wordt verricht en niet goed gerelateerd kan worden aan de klachten.</p>	<p>Tijdens de consultatie is gebleken dat partijen verschillend denken over beeldvormend onderzoek. De waarde van een X-LWK (al dan niet staande), de waarde van een MRI, op welk moment beeldvormend onderzoek moet plaatsvinden, wie de foto moet aanvragen en beoordelen: het zijn allemaal onderwerpen waar partijen verschillend over denken. Het is goed daarover met elkaar in gesprek te gaan en gezamenlijk afspraken te maken. Dat schept duidelijkheid voor patiënten en voorkomt onnodige aanvragen.</p>
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p>	
<p>Het uitgangspunt van deze stelling onderschrijven wij van harte. In dit hoofdstuk dient ten eerste een duidelijker onderscheid te worden gemaakt tussen acute of chronische klachten. Dit moet ons inziens in het stappenplan duidelijker worden aangegeven omdat het een andere aanpak vergt van de patiënt.</p>	<p>Misschien kan het stappenplan van de NHG-Standaard 'aspecifieke lagerugpijn' aangescherpt worden en kan er onderscheid gemaakt worden in acute en chronische patiënten. De implementatie van dit verbetersignalement is een goede gelegenheid om daar met elkaar over in gesprek te gaan.</p>
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p>	
<p>Tijdens de bijeenkomst is gesproken om een screeningstool in te zetten om risicofactoren te bepalen die mogelijk de inzet van een gedragsmatige cognitieve aanpak nodig maken. Wij missen dit voorstel in dit rapport en zijn van mening dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren om te voorkomen dat patiënten chronische pijn gaan ontwikkelen.</p>	<p>Uit onze richtlijnanalyse is gebleken dat de evidence voor screeningstool (onder andere Start-Back tool) beperkt is. Uit de bijeenkomst bleek dat er wel al regionaal mee gewerkt wordt en dat dit leidde tot positieve ervaringen. We denken dat het goed is om te onderzoeken of er nieuwe evidence is, of te werken aan de ontwikkeling van een valide instrument. Dit zou ook een plaats moeten krijgen bij de ontwikkeling van de leidraad.</p>
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p>	<p>De NHG heeft tijdens de bijeenkomst in februari 2020 aangegeven dat zij bereid is om samen met de NOV de evidence hierover in kaart te brengen.</p>
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p>	
<p>Tevens missen wij in dit hoofdstuk de inzet van de bedrijfsarts bij patiënten in het arbeidsproces. Wij denken dat het belangrijk is dat die vroeg wordt betrokken in en ook wordt meegenomen in het stappenplan. Ook dit werd besproken tijdens de bijeenkomst en onderschreven door aanwezigen.</p>	<p>Voor werkenden is het inderdaad van belang dat de bedrijfsarts vroeg betrokken wordt. De bedrijfsartsen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de leidraad chronische pijn en daarmee ook bij het toe te voegen hoofdstuk over rugklachten. In deze leidraad kan dit worden opgenomen.</p>
<p>De NOV/DSS/Nvvn kan zich niet vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug'. Wij kunnen ons in deze vorm niet vinden in de voorgestelde verbeteringen.</p>	<p>Wij blijven graag in gesprek met u over de verbeterafspraken.</p>
<p>De NOV/DSS/Nvvn kan zich zoals de verbeteringen nu geformuleerd zijn niet vinden in de afspraken over de betrokkenheid van onze organisatie bij de verbeterafspraken.</p>	<p>Wij blijven graag in gesprek met u over de verbeterafspraken.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Dutch Spine Society (DSS), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)	
<p>De NOV/DSS/NvN kan zich niet vinden in de voorgestelde streefwaarden voor verwijzen, beeldvormende diagnostiek en voorschrijven van opiaten (zie paragrafen 3.2, 4.1 en 5.2.1.). Wij hebben bezwaar tegen de onvoldoende onderbouwde streefwaarden voor verwijzen en beeldvormende diagnostiek. Het (chronisch) voorschrijven van opiaten wordt meestal niet door behandelend orthopedisch chirurgen of neurochirurgen gedaan. Hierover kunnen zij geen goed onderbouwde mening geven.</p>	<p>Omdat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p>
<p>Wij zijn van mening dat we niet moeten streven naar specifieke waardes, maar met alle stakeholders moeten zorgen voor de beste en betaalbare zorg voor deze patiënten.</p>	<p>Omdat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p>
<p>Wat betreft een passende streefdatum voor het voltooiën van deze verbeterafspraken: wij zien graag een aangepast voorstel terug om dan een concreet antwoord te kunnen geven op deze vraag.</p>	<p>Dit is gedaan.</p>
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	
<p>De NVAB geeft aan zich in de voorgestelde verbeteringen en de afspraken over de betrokkenheid bij de verbeterafspraken te kunnen vinden. De streefwaarden lijken meer van toepassing op professionals in de verzekerde zorg, daar kunnen wij geen uitspraken over doen.</p>	<p>Dank u voor uw reactie.</p>
<p>De NVAB vraagt aandacht voor financieringsproblemen die een belemmerende factor kunnen zijn in de arbocuratieve samenwerking.</p>	<p>Wij hebben dit bij partijen onder de aandacht gebracht en afgesproken dat vergoeding van zorg onderdeel moet zijn van de verbeterafspraken. In tabel 7 (hoofdstuk 6) is dit expliciet opgenomen.</p>
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	
<p>Bezwaren bij de verbeterafspraken.</p>	
<p>Allereerst zijn de verbeterafspraken, zoals zij genoemd worden in bijlage E, gefocust op de eerste lijn. Wij herkennen dat er op het gebied van beeldvormende diagnostiek en verwijzingen naar de tweede lijn winst te behalen is, maar hebben de indruk dat in het voorliggende stuk de tweede lijn wordt ontzien.</p>	<p>De verbeterafspraken zijn opgenomen in hoofdstuk 6. In bijlage E zijn de consequenties hiervan op kosten en besparingen in beeld gebracht. Dit is geprobeerd zo goed mogelijk te onderbouwen met literatuur. We hebben in beeld gebracht dat als extra tijd in de eerste lijn nodig is, dit gepaard zal gaan met extra kosten. Dit aspect moet ook bij de implementatie worden opgenomen. Daarom worden ook Zorgverzekeraars Nederland en NZa betrokken bij de ontwikkeling multidisciplinaire afspraken in de keten.</p>
<p>De kosten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn, onnodige verwijzingen binnen de tweede lijn en onnodige behandelingen (operaties, anesthesiologische behandelingen) worden slechts beperkt genoemd en zijn geen onderwerp van verbeterafspraken. Afgezien van het kostenaspect, zal het voor de huisarts, zodra deze interventies minder plaatsvinden in de tweede lijn, ook makkelijker zijn om de patiënt te overtuigen dat verwijzing niet zinvol is.</p>	<p>Dit is een terechte opmerking. Het profiel van de rugconsulent moet gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en de competenties moet definitief vastgesteld worden bij wie die rol hoort. Op regionaal niveau kan worden bekeken wie deze rol het beste kan invullen.</p>
<p>In bijlage E wordt gesuggereerd dat de huisarts de rol van rugconsulent op zich kan nemen. Dit heeft grote implicaties voor de huisarts en de haalbaarheid hiervan zal onderzocht moeten worden.</p>	<p>Omdat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Reactie van het Zorginstituut
<p>De NHG-standaard Lumbosacraal radiculair syndroom wordt foutief geciteerd voor wat betreft het voorschrijven van opiaten. (Op pagina 27 staat niets over de indicatie voor opiaten bij een lumbosacraal radiculair syndroom, op pagina 59 staat dat het NHG opiaten bij een LRS ontraadt.)</p> <p>Het NHG ziet wél een indicatie voor opiaten bij een LRS: 'Overweeg bij hevige pijn en/of contra-indicaties voor NSAID's direct te starten met (zwakwerkende) opiaten, in combinatie met paracetamol en NSAID's (tenzij gecontra-indiceerd). Hoog de medicatie bij hevige pijn snel op.'</p> <p>Wij zien dan ook graag dat er bij het opstellen van de verbeterafspraken ten aanzien van het beperken van het voorschrijven van opiaten onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met specifieke lagerugpijn en patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom.</p>	<p>Dit is aangepast in het rapport.</p>
<p>Stem de zorg in de hele keten beter af.</p> <p>Wij onderschrijven het belang van afstemming van de zorg en het verstrekken van eenduidige informatie aan de patiënt. Wij hebben echter twijfels over de doelmatigheid van de inzet van een rugconsulent en of dit zal leiden tot minder onnodige verwijzingen en behandelingen. Dit is niet onderzocht. De rol van de rugconsulent, zoals uitgewerkt op pagina 59, verschilt weinig van de dagelijkse praktijk. Indien toch besloten wordt tot het opnemen van de rol van rugconsulent als verbeterafpraak, adviseren zij om de implementatie en effectiviteit hiervan in projectvorm te onderzoeken. Daarvoor zal extra financiering nodig zijn.</p>	<p>Zie ook de eerdere opmerking over de rugconsulent. Het profiel van de rugconsulent moet gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en competenties moet definitief vastgesteld worden bij wie die rol hoort. De suggestie om de effectiviteit van de implementatie te onderzoeken nemen we mee naar de implementatiefase.</p>
<p>Reduceren beeldvormende diagnostiek.</p> <p>Wij onderschrijven het belang van deze afspraak. Het is echter onze ervaring dat in de tweede lijn vrijwel altijd (in strijd met de samenwerkingsafspraken die wij met de NOV en NVN maakten bij de NHG-standaard specifieke lagerugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom) beeldvormende diagnostiek verricht wordt. De uitleg van de huisarts dat beeldvormende diagnostiek niet zinvol is bij specifieke klachten of bij afwezigheid van een operatie-indicatie bij een LRS, wordt teniet gedaan als er direct in de tweede lijn wel een foto en MRI wordt gemaakt. Daarnaast is de ervaring dat bij verwijzen via Zorgdomein de optie wordt geboden om voorafgaand aan het consult bij de specialist al beeldvormende diagnostiek te verrichten. Deze aanvragen worden geregistreerd als aanvraag door de huisarts. Onze wens is dan ook dat ook hierbij de rol van de tweede lijn prominenter naar voren komt met als insteek dat binnen de tweede lijn ook geen beeldvormende diagnostiek wordt verricht, tenzij hier een duidelijke indicatie voor is (en niet alleen 'ter geruststelling'). Daarnaast zou kritisch gekeken kunnen worden naar de aanvraag van beeldvormende diagnostiek, gekoppeld aan een consult bij een medisch specialist, via Zorgdomein.</p>	<p>Tijdens de implementatiefase moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over beeldvormende diagnostiek in zowel de eerste als in de tweede lijn en bij het verwijzen van patiënten. Zowel in de eerste als in de tweede lijn moet het duidelijk zijn wanneer beeldvormende diagnostiek ingezet wordt. Dit is in het belang van de patiënt en zal ervoor zorgen dat verschillende zorgverleners dezelfde boodschap uitdragen.</p>
<p>Doe de juiste behandeling op het juiste moment.</p> <p>De NHG-standaard lumbosacraal radiculair syndroom wordt foutief geciteerd voor wat betreft het voorschrijven van opiaten (op pagina 27 staat hier niets over, op pagina 59 staat dat het NHG opiaten bij een lumbosacraal radiculair syndroom ontraadt, dit klopt niet: bij een lumbosacraal radiculair syndroom zijn in de acute fase soms hoge doseringen opiaten nodig).</p>	<p>Dit is aangepast in het rapport.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)</p> <p>Concrete afspraken voor wat betreft onnodige behandelingen in de tweede lijn (operaties, pijninjecties) ontbreken. Het aan banden leggen van het laagdrempelig inzetten van anesthesiologische behandeltechnieken en operaties bij LRS waar (nog) geen echte indicatie voor is (bijvoorbeeld in zelfstandige behandelcentra) zal afgezien van een directe kostenbesparing ook leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn.</p>	<p>Uit de richtlijnanalyse blijkt dat er tussen verschillende monodisciplinaire richtlijnen verschillende aanbevelingen worden gegeven over injecties. We geven nu partijen de kans om hier gezamenlijke afspraken in de keten over te maken welke patiënten en op welk moment een patiënt in aanmerking komt voor injecties. Dit is deels een kennishiaat: er loopt een onderzoek naar de effecten van injecties vergeleken met usual care in de acute fase. Ook is de NVA bezig met het opzetten van een registratie waarbij ook de effecten van injecties worden betrokken. Uitkomsten van dit onderzoek en van de registratie moeten dan worden meegenomen in de multidisciplinaire afspraken in de keten hierover. De NOV en NVvVN hebben de Dutch Spine registry opgezet. Registratie in het kader hiervan en het transparant maken van de resultaten kunnen bijdragen bij de juiste indicatiestelling van operaties.</p>
Tabel D.2.	
De huisarts ontbreekt als zorgverlener in de eerste lijn.	Dit is toegevoegd.
Pijnpatiënten naar één stem	
<p>Pijnpatiënten naar een stem kan zich in algemene zin goed vinden in het conceptrapport. Op onderdelen hebben we een aanvullende reactie op hetgeen door ons is ingebracht in de sessies die aan het rapport vooraf gingen. Pijnpatiënten naar een stem heeft meegewerkt aan de recente update van de richtlijn voor het lumbosacraal radiculair syndroom door de Nederlandse Vereniging van Neurologie. In die update zijn als behandeling toegevoegd steróide injecties. We raden aan deze update ook te vermelden in dit rapport.</p>	<p>De update van de richtlijn LRS is verschenen na het uitkomen van dit concept verbetersignalement. We zullen waar mogelijk de tekst aanpassen.</p>
<p>Het SWP stelt het erg op prijs dat de Zorgstandaard Chronische pijn een van de uitgangspunten is voor dit conceptrapport. Vooral het multidisciplinaire aspect krijgt daarbij voldoende aandacht. Het SWP heeft tijdens het wordingsproces van de Zorgstandaard Chronische pijn gemerkt dat veranderingen in de zorg vaak weerstand oproepen. Met de aanpassingen van de genoemde kwaliteitsrichtlijnen zal dat niet anders zijn. Wij bevelen daarom aan dat het Zorginstituut daarbij blijvende pushkracht inzet.</p>	<p>We blijven de implementatie volgen en zullen de resultaten evalueren.</p>
<p>In de eerste plaats komt er één beleid voor patiënten met chronische klachten vanuit de lage rug. In de tweede plaats krijgen patiënten door beter afgestemde zorg en betere communicatie tussen zorgverleners een uniforme uitleg over de klachten en de prognose. Deze uitgangspunten waardeert het SWP. Tegelijkertijd mag niet vergeten worden dat er veel digibeten in Nederland zijn en dat ook laaggeletterden soms moeite hebben met het begrijpen van informatie. Daarom bevelen we van harte aan dat de centraal beschikbare digitale informatie ook (qua inhoud) identiek in schriftelijke vorm beschikbaar moet zijn. De schriftelijke variant kan zich gemakkelijk lenen tot "eigen" informatie van de behandelaar, maar die mag inhoudelijk niet afwijken van de centraal beschikbare informatie.</p>	<p>Wij onderschrijven het belang van schriftelijke informatie voor patiënten met beperkte taal- en digitale vaardigheden. Dat informatie van verschillende zorgverleners éénduidig en uniform moet zijn komt aan bod in hoofdstuk 2.</p>
<p>Wij hebben gemerkt dat onze inbreng in de vergaderingen goed terug te vinden is in het conceptrapport. Onze vaststelling dat patiënten verschillende informatie krijgen en onvoldoende zijn geïnformeerd over hoe omgegaan wordt bij klachten vanuit de lage rug. Dat betrouwbare informatie beschikbaar moet zijn, is terug te vinden in het conceptrapport. In deze reactie willen wij daar aan toevoegen dat op alle behandelplekken in essentie ook dezelfde informatie beschikbaar moet zijn en dat het dus niet uitmaakt van welke behandelaar je als patiënt de informatie ontvangt.</p>	<p>Er zijn veel behandelopties mogelijk. De patiënt moet voorgelicht worden over de voor- en nadelen van de verschillende behandelopties. Met deze informatie kan samen met de zorgverlener besloten worden voor de op dat moment passende zorg.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Pijnpatiënten naar één stem	
<p>In de zorgstandaard wordt aangegeven dat veel mensen zeggen baat te hebben van complementaire en alternatieve zorg. Maar in het doorverwijsverhaal van de huisarts zal deze zorg niet aan bod komen. Om te voorkomen dat patiënten toch naar deze andere weg gaan, lijkt het ons een goed idee als er op thuisarts.nl tenminste minimale informatie komt te staan over deze andere weg. En ook waar betrouwbare informatie over deze andere behandelweg te vinden is, zonder dat dit afbreuk doet aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.</p>	<p>Uw suggestie kan meegenomen worden door de werkgroep die zich bezig gaat houden met de patiënteninformatie.</p>
<p>Bij voorlichting aan de patiënt is het van belang dat er ook informatie komt over het feit dat operaties niet altijd slagen. Zo zou een gesprek hierover onderdeel moeten zijn van de plicht tot gezamenlijk beslissen.</p>	<p>Transparantie en informatie over de effecten van behandelingen vinden wij heel belangrijk.</p>
<p>In deze paragraaf staat: beeldvormend onderzoek heeft verder als nadeel dat patiënten worden blootgesteld aan röntgenstraling in het gebied van de geslachtsorganen. Komt deze informatie ook aan bod in het gesprek van de huisarts met de patiënt? Ik denk dat deze informatie van belang is voor de patiënt. Het is daarmee een belangrijk onderdeel van de educatie en voorlichting aan de patiënt over de nadelen van een bepaalde behandeling, in combinatie met het ervaringsfeit dat vaak geen oorzaak gevonden wordt van de lage rugpijn.</p>	<p>Wij onderschrijven het belang dat de patiënt voorgelicht wordt over eventuele schadelijke gevolgen van beeldvormend onderzoek.</p>
<p>In het Nivel-onderzoek werd geen enkele patiënt met aspecifieke rugklachten doorverwezen naar een psycholoog. Een gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog werd niet ingezet. Daar laat dit conceptrapport het bij. Wij hadden toch tenminste verwacht dat er een aanbeveling bij zou staan om hier veel meer aandacht aan te geven. Hoe kun je anders in voorkomende gevallen de biopsychosociale aanpak van chronische pijn verantwoordt zoals die in de Zorgstandaard chronische pijn staat.</p>	<p>We voegen hierover een opmerking toe aan het verbeter-signalement.</p>
Opiaten.	
<p>Op 18 oktober 2018 hield het IVM een hoorzitting over opiaten en dan vooral over oxycodon. Daar vertelde een specialist van een ziekenhuis dat de inspectie Volksgezondheid boetes oplegde aan het ziekenhuis als niet tenminste Oxycodon werd gegeven bij een hoge Vas-score. Vanuit huisartsenkant werd verteld dat er onvoldoende tijd was om bij herhaalrecepten voor Oxycodon altijd per patiënt te kijken of die herhaling wel nodig was.</p>	<p>We zijn blij met zoveel aandacht voor het gepast inzetten van opiaten. We zullen de onderzoeken met interesse volgen. We hebben dit onderzoek benoemd in het rapport.</p>
<p>Dit brengt ons ertoe om aan te geven dat er mogelijk mechanismes zijn in de praktijk van de zorg die het voorschrijven van zware opiaten bevorderen, zonder dat men zich daarvan bewust is.</p>	
<p>Het Academisch Huisartsen Netwerk van het UMC Amsterdam heeft een subsidie verworven om het voorschrijfgedrag door huisartsen van zware pijnstillers te gaan onderzoeken. Het onderzoek is nu aan het opstarten. Het SWP neemt deel aan de projectgroep.</p>	
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	
<p>In een aantal gevallen wordt niet altijd duidelijk omschreven waarom bepaalde zaken nu minder goed lopen. Dat betreft bijvoorbeeld de constatering dat de NHG-standaard in de praktijk niet of onvoldoende wordt gevolgd. De reden daarvan blijft onzeker. Het signalement zou aan waarde winnen als dit nog zou worden aangepast.</p>	<p>Ook voor ons is het niet duidelijk waarom de NHG-standaard in de praktijk niet of onvoldoende wordt gevolgd. De kwantitatieve analyse geeft daar geen inzicht in. Mogelijk dat dit tijdens de implementatiefase meer duidelijk wordt.</p>
<p>Het KNGF is het niet eens met de conclusies die op pagina 26 worden getrokken over de inzet van fysiotherapie. De aanbeveling in de NHG-standaard over de inzet van fysiotherapie na 6 weken is helder en niet voor meerdere uitleg vatbaar. Het feit dat fysiotherapie bij lage rugklachten niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering is wat ons betreft onvoldoende reden om deze aanbeveling niet op te volgen. Zoals ze ook al in diverse andere overleggen hebben aangegeven wijkt het Zorginstituut hiermee sterk af van wat nationaal en internationaal gebruikelijk is. Het Zinnige Zorg advies zou dan ook wat ons betreft moeten luiden dat de aanbevelingen van de NHG-standaard beter worden opgevolgd.</p>	<p>Het is niet helemaal duidelijk wat bedoeld wordt met de conclusies over fysiotherapie.</p> <p>In het verbeter-signalement hebben we de aanbevelingen uit het stappenplan van de NHG-Standaard 'Aspecifieke lagerugpijn' niet ter discussie gesteld.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	
De KNGF mist de ontwikkeling van hun eigen richtlijn bij lage rugklachten in de verbeterplannen.	De revisie van de KNGF-richtlijn lage rugpijn is opgenomen in de richtlijnanalyse waarnaar verwezen wordt in het verbeter-signalement.
De KNGF kan zich vinden in de afspraken over de betrokkenheid van het KNGF bij de verbeterafspraken.	Wij zijn verheugd met de betrokkenheid van het KNGF.
Het KNGF kan zich vinden in de voorgestelde streefwaarden voor verwijzen, beeldvormende diagnostiek en voorschrijven van opiaten (zie paragrafen 3.2, 4.1 en 5.2.1).	Bedankt voor de kennisgeving.
Wat betreft realistische streefwaarden voor het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van LRS-patiënten en het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn (zie paragrafen 3.1 en 4.2):	
Uit het rapport blijkt dat een groot deel van de verwijzingen niet tot een inhoudelijk medisch specialistisch vervolgtraject leidt. De verwijfsredenen zijn niet bekend. In onze opvatting zou een reden kunnen zijn dat deze zorg door de fysiotherapeut voor de patiënt slecht verzekerd en slecht toegankelijk is, terwijl er voor de toegang tot de medisch specialist geen drempels gelden. Streefwaarden voor verminderen van het aantal verwijzingen zou onderwerp moeten zijn van voortgezet overleg tussen de betrokken partijen. Op basis van de gegevens in het signalement zijn wel cijfermatige benaderingen te construeren, maar een gezamenlijk overleg over die cijfers en de interpretatie zal tot betere uitkomsten leiden.	Op grond van dataonderzoek kunnen we niet constateren wat de reden van verwijzing naar de tweede lijn is. Omdat op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de potentiële verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.
KNGF wordt in het document aangewezen als trekker voor actualiseren en implementeren van de ketenzorgrichtlijn specifieke lage rugklachten. Op dit moment geven wij prioriteit aan actualiseren en ontwikkelen van de richtlijn fysiotherapie bij lage rugklachten. Daarmee volgen we de afspraken in het plan van aanpak voor de uitwerking van het zogenoemde systeemadvies. Uiteraard nemen wij onze rol bij de ketenzorgrichtlijn, maar op de korte termijn ontbreekt het aan menskracht om daarbij als primaire trekker op te treden.	Wij noteren voor nu dat het KNGF geen trekker wordt voor het actualiseren en implementeren van de ketenzorgrichtlijn specifieke lage rugklachten, maar later een rol op zich zal nemen bij de uitwerking hiervan.
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)	
Bij bladzijde 12, paragraaf 1.1.3 wordt de volgende verbeter-suggestie gegeven.	
Naast de genoemde KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn' is er tevens een VVOCM-richtlijn 'Aspecifieke lage rugpijn' beschikbaar. Graag deze benoemen, ondanks dat dit een voorbeeld is.	Dit is toegevoegd.
Bij bladzijde 26: de standaard beveelt de mogelijkheid voor begeleiding door een fysio- en oefentherapeut aan, hoewel de effecten klein zijn. Hier wordt de volgende verbetersuggestie gegeven.	
In de standaard "Aspecifiek lage rugpijn" wordt het woord gering genoemd in plaats van klein. Graag vervangen.	Dit is aangepast.
Bij bladzijde 29, figuur 4, wordt de volgende verbetersuggestie gegeven.	
Geen x-as labels te zien in het figuur.	Dit is toegevoegd.
Bij bladzijde 52, noot 8, wordt de volgende verbetersuggestie gegeven.	
Monodisciplinaire fysio- en oefentherapie worden vergoed vanuit het aanvullend pakket en is dus afhankelijk van hoe de patiënt verzekerd is. Daarnaast lijkt het door de toevoeging dat de tweede lijn wel effectieve zorg levert of de eerste lijn geen effectieve zorg levert.	Er is toegevoegd dat dit gaat om vergoeding vanuit de basis-verzekering. Wat er staat is juist. Fysio- en oefentherapie in een multidisciplinaire setting in de tweede lijn wordt wel als effectieve zorg aangemerkt.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)	
Bladzijde 54.	
Naast de gespecialiseerde psychosomatische fysio- en oefentherapeut, zijn ook de chronisch pijn oefentherapeut en de gespecialiseerde rug-netwerk oefentherapeut van belang hier te noemen.	Dit is toegevoegd.
Bladzijde 59.	
Onderaan de bladzijde: dat de patiënt nog 2 keer naar de fysiotherapeut gaat. Graag vervangen door fysio- of oefentherapeut.	Dit is aangepast.
Bladzijde 59.	
Eerstelijns fysiotherapie. Graag vervangen door fysio- of oefentherapeut.	Dit is aangepast.
Daarnaast wordt hier beschreven dat dit slechts 2 keer mogelijk is. Dat is alleen geïndiceerd bij een SBT uitkomst profiel 1 (1-5 behandelingen). Is er sprake van profiel 2, dan wordt 12 weken begeleiding geadviseerd. Profiel 3 start met 12 weken. En deze zorg wordt nu dus betaald vanuit het aanvullende pakket of door de patiënt zelf.	Dit onderdeel gaat over het geven van voorlichting en gaat niet over behandeling.
Bij bladzijde 60, Impactbeschrijving.	
2 sessies fysiotherapie graag vervangen door 2 sessies fysio- of oefentherapie.	Dit is aangepast.
Wij kunnen ons vinden in de afspraken met de partijen en de betrokkenheid van onze organisatie bij de verbeterafspraken. Deze voorstellen behoren echter niet tot onze competenties vanuit beroepsprofiel, waardoor wij hier geen gerichte uitspraak over kunnen doen. Dat geldt ook voor het onderdeel "wat zijn realistische streefwaarden".	Bedankt voor uw antwoord.
Wat betreft een passende streefdatum voor het voltooien van deze verbeterafspraken.	Bedankt voor uw antwoord.
Wij vinden het lastig om een passende streefdatum te noemen voor het voltooien van deze verbeterafspraken. Aanpassingen van kwaliteitsstandaarden, implementatie van kwaliteitsstandaarden, alsmede het realiseren van het aanbieden van zorg op een centrale plek of het transparant maken van uitkomst-informatie zijn processen die moeilijk te voorspellen zijn in de vorm van een datum.	
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	
ICD-10 vervangen door ICD-11?	De Zinnige Zorg methodiek is gebaseerd op basis van de ICD-10. Deze wordt alleen gebruikt voor het selecteren van het onderwerp. Een herformulering lijkt ons op dit moment niet nodig.
In de kostenberekeningen wordt arbeid gemist, terwijl dat de belangrijkste kostenpost is voor deze patiëntengroep en behandelingen daar ook veel winst op kunnen leveren.	We onderschrijven dat wanneer patiënten (sneller) herstellen dat winst oplevert. De grootte daarvan is moeilijk te kwantificeren en maakt geen onderdeel uit van een impactanalyse.
Kunt u zich vinden in de voorgestelde verbeteringen voor het zorgtraject 'Klachten vanuit de lage rug'? Antwoord: ja.	
Kunt u zich vinden in de afspraken over de betrokkenheid van uw organisatie bij de verbeterafspraken? Antwoord: ja.	

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)</p> <p>Kunt u zich vinden in de voorgestelde streefwaarden voor verwijzen, beeldvormende diagnostiek en voorschrijven van opiaten (zie paragrafen 3.2, 4.1 en 5.2.1)? Deze streefwaarden zijn gebaseerd op literatuur of input van partijen tijdens de bijeenkomst. Antwoord: 3.2: Ja, wel explicieter benoemen dat het hier om verwijzingen met een diagnostische vraagstelling gaat. Voor wat betreft de revalidatie is dit aantal minder substantieel en bij complexe problematiek zijn deze verwijzingen wel reëel.</p> <p>4.1: “In hoogstens 1 procent van de gevallen sprake is van ernstig onderliggend lijden” Dit getal betreft alleen maligniteiten. In 5 tot 15 procent van de gevallen is er een specifieke oorzaak. Het getal 1 procent is dus niet juist, dus in die zin is de voorgestelde afbouw op een onjuist getal gebaseerd en lijkt dus laag. De betekenis van de rode vlaggen (specificiteit en sensitiviteit) is nog erg onduidelijk, dat maakt het lastig.</p> <p>Wat zijn realistische streefwaarden voor het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van LRS-patiënten en het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn (zie paragrafen 3.1 en 4.2)? Antwoord: 3.1: Uit het rapport wordt niet duidelijk wat de complexiteit is van de onderzochte patiënten. Bij WPN niveaus 3 en 4 zouden wij wel zeker een verwijzing naar pijnrevalidatie aanbevelen. De kosten worden vooral bepaald door arbeidsverzuim en productieverlies en deze bedragen veel meer dan de medische kosten. Het getal 2 procent lijkt daardoor gering, maar is moeilijk in te schatten. 4.2: zie vraag 3. Dit lijkt gebaseerd op onjuiste getallen.</p> <p>Kunt u aangeven wat een passende streefdatum is voor het voltooiën van deze verbeterafspraken? Antwoord: dat zal afhangen van de mate waarin partijen hierin ondersteund gaan worden. En ook van andere ontwikkelingen en de snelheid waarmee die tot stand komen, zoals de leidraad, richtlijn pijnrevalidatie et cetera.</p>	<p>Omdat op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de potentiële verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p> <p>Omdat op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de potentiële verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.</p> <p>De streefdata maken een belangrijk onderdeel uit van de implementatiefase.</p>
<p>Stichting Keurmerk Fysiotherapie</p> <p>De inzet van een rugconsulent komt een beetje uit de lucht vallen. Dit is wat ons betreft niet besproken tijdens de bijeenkomsten. Hoe komt deze functie er ongeveer uit te zien en vanuit welke professie? Ik vermoed dat dit nog niet bekend is. Wat mij betreft ligt hier een voorname rol voor een professie die specialistische kennis heeft en niet te duur is. Huisarts bezit vaak te generalistische kennis en een specialist in de tweede lijn is relatief duur. Een sleutelrol voor de fysiotherapeut hierin lijkt mij evident.</p> <p>We blijven wat moeite houden met de nomenclatuur: ‘Klachten vanuit de lage rug’, omdat het juist vaak niet aan te tonen is dat deze klachten vanuit de lage rug komen.</p> <p>Stichting Keurmerk Fysiotherapie geeft de volgende reactie op de vraag: kunt u zich vinden in de afspraken over de betrokkenheid van uw organisatie bij de verbeterafspraken?</p> <p>Graag SKF als regiehouder opschrijven in 1a (‘Ketenzorg-richtlijn ‘Aspecifieke lage rugklachten’ uit 2010 actualiseren) en 2a (Implementeer de geautoriseerde ‘Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten’).</p>	<p>Tijdens de bijeenkomst is besproken dat er behoefte is aan coördinatie van zorg. Dit zou georganiseerd kunnen worden door een rugconsulent. Dit is conform de aanbevelingen in de nooit geautoriseerde ketenzorgrichtlijn. Mogelijk sluit een andere term beter aan bij het nog vast te stellen profiel of kan deze coördinatie op een andere manier worden gerealiseerd. We suggereren niet dat dit een nieuwe (aparte) functie moet zijn. Het profiel van de rugconsulent moet gezamenlijk opgesteld worden. Afhankelijk van de taken en de competenties zal definitief vastgesteld moeten worden bij wie die rol hoort. Op regionaal niveau kan worden bekeken wie deze rol het beste kan invullen.</p> <p>De suggestie de effectiviteit van de implementatie te onderzoeken nemen we mee naar de implementatiefase. Bij de implementatie is het goed initiatieven in regio’s te betrekken en effecten zichtbaar te maken.</p> <p>Onder deze term valt het meeste onder te brengen. Eenheid van taal is onderwerp van verbetering (pagina 11).</p> <p>Wij zullen dit opnemen in het document. Nu er meerdere regiehouders staan genoteerd is het raadzaam daar goede afspraken over te maken.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Stichting Keurmerk Fysiotherapie	
Stichting Keurmerk Fysiotherapie kan zich vinden in de voorgestelde streefwaarden voor verwijzen, beeldvormende diagnostiek en voorschrijven van opiaten (zie paragrafen 3.2, 4.1 en 5.2.1).	Bedankt voor uw antwoord.
Wat zijn realistische streefwaarden voor het verminderen van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn van LRS-patiënten en het verrichten van beeldvormende diagnostiek in de tweede lijn (zie paragrafen 3.1 en 4.2)?	
Doorverwijzingen naar tweede lijn voor LRS halveren. Röntgenfoto's bij lage rugklachten lijken alleen zinvol voor het uitsluiten of bevestigen van ernstige pathologie of rode vlaggen. Toch ontvangt 46 procent van de patiënten met lage rugklachten in de tweede lijn een röntgenfoto (vaak routinematig voor consult specialist zelfs). Indien röntgen niet uitsluitend worden ingezet om ernstige pathologie of rode vlaggen uit te sluiten, kan dit mogelijk leiden tot nocebo-effecten, zoals: "uw rug is versleten, er is niets meer aan te doen." Streefwaarde zeker naar minder dan 10 procent MRI in de tweede lijn: slechts 17 procent van de lage rug patiënten uit de tweede lijn die een MRI ontvangen, wordt geopereerd. Een ander percentage zal wel anesthesiologische behandeling ontvangen. Van de 100.000 jaarlijkse MRI's (2017) leidt er wellicht slechts zo'n 30 procent (schatting omdat ze anesthesiologische percentage niet kennen) tot een daaruit voortvloeiende behandeling. De 100.000 MRI's per jaar kunnen dan als streefwaarde mogelijk met 50 procent worden gehalveerd.	Het is van belang de waarde van beeldvormend onderzoek helder te hebben en met alle partijen afspraken te maken over wanneer beeldvormend onderzoek ingezet kan worden en door wie het kan worden aangevraagd. Gezien de opmerkingen van andere partijen lijkt het zinvol hierover met elkaar in gesprek te gaan. Omdat er op dit moment geen overeenstemming bestaat over de streefwaarden van de verbetermogelijkheden en de onderbouwing hiervoor onvoldoende is, zijn voor dit moment geen streefwaarden vastgesteld. Daardoor is geen goede inschatting te maken van de impact op kosten. De impactanalyse is hierop aangepast.
Een passende streefdatum voor het voltooiën van deze verbeterafspraken?	
Voor 1a ('Ketenzorgrichtlijn 'Aspecifieke lage rugklachten' uit 2010 actualiseren) lijkt medio 2021 een passende streefdatum voor het eerste concept.	Bedankt voor uw antwoord.

Tabel F.2 | Overzicht reacties na de tweede consultatieronde

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VVOCM)	
Het is correct dat de fysiotherapeut en oefentherapeut nu steeds gezamenlijk genoemd worden m.b.t. bewegen en het geven van oefentherapie. Op pagina 60, in het blokje (Psychosomatische) fysiotherapeut of oefentherapeut, is dit echter niet consequent doorgevoerd. Kunt u dit corrigeren?	Dit is aangepast.
Op pagina 13 in de 3de alinea wordt bij de 5de bullet vermeld: "vanuit een biopsychosociale 8 aanpak". Bij noot 8 staat een toelichting op biopsychosociaal, maar de toelichting verklaart de psychosomatische aanpak. Dat scheidt bij ons verwarring. Kunt u dit verhelderen/corrigeren?	Dit is aangepast.
In tabel 7 (pagina 47) ontbreekt de VVOCM als betrokken partij in het laatste item. Wat is de reden daarvoor?	Dit is aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	
2.4: "educatie voorkomt dat patiënten blijven zoeken naar een lichamelijke oorzaak van de klachten. Bij aspecifieke klachten vanuit de lage rug kunnen we met de huidige kennis en diagnostiek geen oorzaak vinden." Wellicht kunt u dat herformuleren. Wij weten dat het ontstaan en het continueren van aspecifieke lage rugpijn multifactorieel is, waarbij enerzijds de psychosociale factoren van belang zijn en anderzijds ook de centrale sensitatieprocessen.	De toevoeging is opgenomen in de tekst.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)</p>	
<p>3.1 en 3.2: zoals eerder aangeven is er sprake van essentiële denk- en interpretatiefouten. Allereerst wordt bij uw onderzoek uitgegaan van gegevens afkomstig uit de uiteindelijke DOT-registraties. Daarmee wordt de complexiteit van de materie onterecht gereduceerd tot enkele diagnosecodes en DOT-trajecten. Daarnaast worden juist patiënten verwezen met een verdenking op een diagnose en dus niet met een op voorhand bekende (DOT-)diagnose.</p>	<p>Deze aanbeveling is niet gebaseerd op DOT, maar op een vergelijking van de aanbevelingen uit de NHG-Standaarden en data uit de eerste lijn (Nivel Zorgregistratie Eerste lijn).</p> <p>De diagnosecodes van de huisartsen zijn niet heel specifiek. Ze doen recht aan de complexiteit van de materie. De codes beschrijven klachten vanuit de lage rug met of zonder uitstraling of LRS. De diagnosecodes beschrijven ook niet waar de verdenking zich op richt. De afspraken van dit verbetersignalement richten zich op een gezamenlijke visie en betere afstemming tussen eerste en tweede lijn.</p>
<p>4.1 en 4.2: ook hier zien wij een denk- en interpretatiefout aangaande de aantallen MRI's. U stelt dat 17% van de patiënten die een MRI hebben gekregen wordt geopereerd. Uw tekst suggereert dat (vrijwel) elke MRI bij een niet-geopereerde patiënt er één te veel is. Ook dat gaat voorbij aan de complexiteit van de materie en het diagnostische karakter van dergelijke beeldvorming.</p>	<p>Wij hebben de MRI-aantallen geplaatst naast de aanbevelingen van de NVN-richtlijn en geconstateerd dat er meer MRI's worden gemaakt dan verwacht. We hebben beschreven dat we niet weten wat daarvoor de motivatie is. Ons inziens is in de tekst voldoende recht gedaan aan de complexiteit van de materie.</p> <p>De afspraken van dit verbetersignalement richten zich op een gezamenlijke visie en betere afstemming tussen eerste en tweede lijn. Deze afspraak doet recht aan de complexiteit.</p>
<p>Na het lezen van hoofdstuk 5 willen wij u verder nog meegeven dat op het moment dat een huisarts uiteindelijk een patiënt verwijst, de werkdiagnose 'aspecifieke lage rugklachten' niet altijd meer terecht is. Voor een deel van de patiënten zal een 'specifieke oorzaak voor de rugklachten' aangetoond/uitgesloten moeten worden.</p>	<p>Het is een semantisch vraagstuk of aspecifieke klachten specifiek kunnen worden genoemd wanneer een specifieke oorzaak aangetoond/uitgesloten moet worden. Wij spreken over aspecifieke klachten zolang er geen specifieke oorzaak bekend is.</p>
<p>Impactanalyse: ondanks dat de financiële getallen uit het concept-verbetersignalement zijn gehaald, zien wij nog een té sterke focus op minder zorg. Wij vinden het zorgelijk dat u in de rapportage blijft sturen op minder interventies, minder verwijzingen naar de tweede lijn en minder beeldvormend onderzoek. Dat, terwijl er nog geen overeenstemming is over wat de juiste zorg op de juiste plek is en door welke juiste zorgverlener die gegeven dient te worden. Tevens zijn de meetpunten niet gespecificeerd, waardoor een impactanalyse over enkele jaren moeilijk uitvoerbaar is.</p>	<p>Wij vinden dat de focus op het afstemmen van aanbevelingen in de keten ligt. Bij het opstellen van het plan van aanpak in de implementatiefase stellen we de meetmomenten en de uitkomsten vast.</p>
<p>Aanbevelingen: met betrekking tot de aanbeveling 'Richtlijnen van beroepsgroepen laten aansluiten bij aangepaste kwaliteitsstandaarden' verzoeken wij u om expliciet te noteren om welke kwaliteitsstandaarden het precies gaat. Doorgaans wordt een kwaliteitsstandaard gebaseerd op een richtlijn en niet andersom. In het algemeen geldt wel dat bij de ontwikkeling van richtlijnen gekeken wordt of aansluiting bij andere documentatie mogelijk is. Wij voorzien dat de tijdslijnen die u noemt in de aanbevelingen niet haalbaar zijn. De procedure om te komen tot een richtlijnherziening (goedkeuring op een subsidie aanvraag, herziening, commentaarfase en autorisatiefase) duurt meestal enkele jaren. Tevens zijn wij afhankelijk van externe financiering voor de herziening van een richtlijn.</p>	<p>In paragraaf 1.1.3 hebben we deze richtlijnen genoteerd. De leidraad wordt in 2022 opgeleverd. We hebben 2023 aangehouden voor de mogelijke aanpassing van de richtlijn aan de leidraad. Dit lijkt ons een redelijke termijn.</p>
<p>Verbinding stimuleren tussen de betrokken zorgverleners. Zoals in het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' wordt weergegeven zijn ambitie, vertrouwen en samenwerken van groot belang. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie wil hier nog een aspect aan toevoegen en dat is verbinding. En dat laatste aspect is juist wat de NVN mist in de aanbevelingen. In het gehele Zinnige Zorg-traject 'Klachten vanuit de lage rug' is duidelijk geworden dat alle betrokken partijen ambitie hebben om deze zorg te verbeteren. Het heeft ook reeds geleid tot de wil tot samenwerken. Elke partij heeft echter op dit moment zijn eigen visie en richtlijnen. Ook tijdens de verschillende bijeenkomsten en vergaderingen is het duidelijk geworden dat de visies van de verschillende partijen nog helemaal niet op één lijn liggen.</p>	<p>Fijn dat ook u hebt geconstateerd dat alle betrokken partijen de ambitie hebben om de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug te verbeteren en dat de wil tot samenwerken er is. We verwachten dat partijen wel op één lijn komen door gezamenlijk aan afstemming te werken. Dit is in het belang van de patient.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)</p> <p>Ons verlangen is om één landelijke discipline-overstijgende richtlijn te ontwikkelen, met en door alle partijen, en deze te koppelen aan patiëntinformatie. We zouden één systeem kunnen maken dat ondersteund wordt door een <i>clinical decision support system</i>, waarbij de patiënt centraal staat en waarin de patiënt gepersonaliseerde informatie krijgt. Het creëren van een transparant systeem is van groot belang en de gegevens hiervan kunnen gebruikt worden om de zorg te optimaliseren. Dit zou een landelijke, discipline-overstijgende aanpak zijn, die idealiter gesteund zou moeten worden door de koepelpartijen (VWS, ZIN, V&VN, patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars, FMS) en door de besturen van de verschillende wetenschappelijke beroepsverenigingen betrokken bij de zorg voor patiënten met klachten vanuit de lage rug. We hopen dat het verbeter-signalement mede kan resulteren in de beweging naar een discipline-overstijgende aanpak.</p>	<p>Met dit Zinnige Zorg-traject willen wij met partijen werken aan één landelijk discipline-overstijgend beleid. De vorm waarin dit wordt vastgelegd laten wij over aan partijen. Als het mogelijk is dit beleid op te nemen in één discipline-overstijgende richtlijn juichen wij dit toe. Ondersteunende materialen, zoals een decision support system, patiënteninformatie en een landelijke registratie van uitkomsten horen hier ons inziens bij.</p>
<p>Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)</p>	
<p>Bijlage 6a - DB 3-3-2021, pag. 9. In de laatste alinea wordt genoemd dat er geen literatuur over dit onderwerp bestaat, maar die is er wel, zoals de <i>STaRT back tool trial</i> van de University of Keele. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay. EM. <i>Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STaRT Back): a randomised controlled trial</i>. Lancet. 2011 Oct 29;378(9802): 1560-71. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60937-9. Epub 2011 Sep 28. PMID: 21963002; PMCID: PMC3208163. Dit kan in de overwegingen meegenomen worden.</p>	<p>De literatuur over de <i>STaRT back tool trial</i> is ons bekend, maar we begrijpen niet waarom er op deze pagina naar wordt verwezen.</p>
<p>Pag. 12. Er wordt gesproken over de noodzaak tot autoriseren van richtlijnen en leidraad. Het is uitdrukkelijk benoemd door meerdere partijen dat het Zorginstituut een taak heeft om partijen zoals de LHV ertoe over te halen om deze richtlijnen en leidraad mede te autoriseren. De huisarts is een zeer belangrijke speler bij deze problematiek, maar de LHV is moeilijk te bewegen stukken zoals dit te autoriseren. Dat wordt in het verbeter-signalement gemist.</p>	<p>Wij dringen aan op autorisatie door alle partijen. Op voorhand één specifieke partij aanspreken lijkt ons niet nodig.</p>
<p>Pag. 13 halverwege bij 1.1.1. vijfde bullet. Beter en vroeger onderkennen van bijdragende psychosociale factoren wordt door een aantal partijen aangegeven als een groot hiaat. In de eerste lijn ontbreekt het in de regel aan tijd en kennis om dit goed te doen. Wij vinden het van belang dat dit wordt aangemerkt als een belangrijk probleem. Het is niet voldoende om dit te benoemen bij de educatie van professionals omdat dit punt een belangrijk probleem is in de huidige medische praktijk.</p>	<p>We hebben een voetnoot toegevoegd, waarin voor dit probleem aandacht wordt gevraagd.</p>
<p>De Nederlandse Dataset Pijn is vanuit het kenniscentrum Adelante i.c.m. vakgroep revalidatiegeneeskunde UM ontwikkeld. De Fastguide is de programma-ontwikkelaar en heeft geen rol in de ontwikkeling zelf gehad. Dit zal in de tekst aangepast moeten worden. De implementatie is via de Werkgroep Pijn Nederland van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen uitgevoerd. Er is openbare informatie beschikbaar: Kôke AJA, Smeets RJEM, Schreurs KM, van Baalen B, de Haan P, Remerie SC, Schiphorst Preuper HR, Reneman MF. <i>Dutch Dataset Pain Rehabilitation in daily practice. Content, patient characteristics and reference data</i>. European Journal of Pain 2017;21:434-444</p>	<p>Tekst is gewijzigd.</p>
<p>Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN), Dutch Spine Society (DSS)</p>	
<p>Het blijft opmerkelijk dat vanuit het zoeken naar projecten voor zinnige zorg rond centrale zenuwstelsel uiteindelijk via lumboradicaal syndroom is uitgekomen bij specifieke lage rugklachten. Enerzijds begrijpelijk vanwege de omvang en kosten van het probleem, maar met een afwijking aan het centrale zenuwstelsel heeft het niets meer te maken. Het door elkaar gebruiken van rugklachten, specifiek dan wel specifiek, en radicaire/stenose klachten maakt het interpreteren van de gegevens niet gemakkelijker.</p>	<p>Hervan hebben we kennisgenomen.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NvN), Dutch Spine Society (DSS)	
Op blz. 39 wordt onder punt 5 opgemerkt dat in de richtlijnen voor ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie en geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie de aard en duur van conservatieve behandeling niet staan beschreven. Dat is waarschijnlijk bewust gedaan, aangezien er geen evidence is over wat een juiste conservatieve behandeling is en hoe lang deze moet zijn. Daarbij geldt het uitgangspunt dat indicatie en timing voor operatie individueel maatwerk zijn.	Voetnoot toegevoegd.
Pijnpatiënten naar één stem	
Opmerkingen bij hoofdstuk 1	Behoeft geen aanpassing.
Pijneducatie door gemengde groepen van behandelaars en patiëntenorganisaties op basis van gelijkwaardigheid.	Dit is voor in de implementatiefase.
Een breed toegankelijke website vindbaar.	Dit is voor in de implementatiefase.
Vermijd hierbij Engelse termen.	Dit is voor in de implementatiefase.
Pijneducatie is relevant bij uitstel van verwijzen.	Pijneducatie moet aansluiten bij de behoeften van de individuele patiënt.
Door ZonMw is onlangs een voorbereidende studie gehonoreerd van UMC Amsterdam naar een patiëntgericht aanbod voor mensen met chronische pijn. De essentie van deze studie is om in plaats van of voorafgaand aan een consult door een anesthesioloog een gesprek met een medisch psycholoog in de polikliniek aan te bieden. In een dergelijk consult staat pijneducatie centraal. Het project heet 'Het vroegtijdig verbreden van de pijngeneeskundige poliklinische patiëntenzorg van medisch-technisch naar biopsychosociaal om de doelmatigheid van pijninterventies te vergroten'.	Aan de tekst in hoofdstuk 5.1 toegevoegd. Deze studie volgen we met interesse.
Hoofdstuk 5: naar onlangs is gebleken, is Pijnpatiënten naar één stem door de betreffende vertegenwoordiger van het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC niet juist geïnformeerd. Er was nog geen subsidie verworven. Er was alleen een subsidieaanvraag gedaan. Die aanvraag is in eerste instantie afgewezen. Het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC heeft nu een hernieuwde aanvraag gedaan.	Dit hebben we aangepast.
In hoofdstuk 5 van het verbetersignalement wordt een passage aangehaald uit een eerdere brief van Pijnpatiënten naar één stem. "Het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC heeft een subsidie verworven om het voorschrijfgedrag van huisartsen van zware pijnstillers te gaan onderzoeken. Het onderzoek is nu aan het opstarten. Het Zorginstituut zal dit onderzoek met interesse volgen." Naar onlangs is gebleken, is Pijnpatiënten naar één stem door de betreffende vertegenwoordiger van het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC niet juist geïnformeerd. Er was nog geen subsidie verworven. Er was alleen een subsidieaanvraag gedaan. Die aanvraag is in eerste instantie afgewezen. Het Academisch Huisartsen Netwerk van het Amsterdam UMC heeft nu een hernieuwde aanvraag gedaan.	Dit is aangepast.
In het kader van hoofdstuk 5 is mogelijk relevant dat het Kennisinstituut van de Medisch Specialisten een project is gestart om te komen tot een algemene richtlijn voor het verstrekken van zware pijnstillers. Die richtlijn wordt opgesteld in het kader van het project 'Verstandig kiezen bij de behandeling van pijn met opioïden', gericht op het voorschrijven van opioïden bij ontslag uit het ziekenhuis. Vanuit het Samenwerkingsverband Pijnpatienten naar één stem neemt een vertegenwoordiger deel aan de kerngroep van dit project.	Dit hebben we toegevoegd.

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
<p>Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)</p> <p>Ad. bijlage F: overzicht consultatiereacties</p> <p>Het belangrijkste punt van commentaar van de NVvR betreft de rol van MRI LWK in de eerste lijn. Zoals door het Zorginstituut bij dit punt wordt geantwoord, wordt in de huidige richtlijnen het aanvragen van een MRI vanuit de eerste lijn niet aanbevolen wegens ontbreken van wetenschappelijk bewijs. De NVvR merkt echter op dat dit in de praktijk wel regelmatig gebeurt, dat zorgverzekeraars dit toestaan en dat ervaringen hiermee positief zijn. De NVvR is van mening dat wetenschappelijk onderzoek nodig is om de (kosten)effectiviteit van het aanvragen van MRI door de eerste lijn goed te kunnen bepalen. Dit kan niet worden geadresseerd met een review, zoals het Zorginstituut voorstelt (boven aan pagina 7), aangezien het onderzoek bij deze patiëntenpopulatie nog moet worden uitgevoerd en dus nog niet is terug te vinden in een literatuurreview.</p> <p>Op basis van nieuwe evidence uit onderzoek kunnen de aanbevelingen in de huidige richtlijnen worden aangepast of juist verder worden aangescherpt en ontstaat meer duidelijkheid over de plaats van MRI in de eerste lijn. Het voorstel van het Zorginstituut om nadere afspraken te maken over de indicatie van MRI vindt de NVvR een goed voornemen, maar dit dient ons inziens niet alleen te gebeuren op basis van de bestaande richtlijnen, vanwege bovengenoemde beperkingen, maar mede op basis van de resultaten van het voorgestelde wetenschappelijk onderzoek en de daaruit voortvloeiende (nieuwe) aanbevelingen in de richtlijnen. Dit is helaas niet op korte termijn te realiseren.</p> <p>Ad. verbeterafspraken</p> <p>De NVvR heeft kennisgenomen van de genoemde verbeterafspraken. We bevestigen hierbij dat de NVvR niet wordt genoemd als regiehouder of betrokken partij bij een concrete verbeteractie. Bij de verbeterpunten ‘richtlijnen van beroepsgroepen laten aansluiten bij aangepaste kwaliteitsstandaarden’ en ‘bovengenoemde leidraad en richtlijnen in de praktijk implementeren’ worden ‘relevante beroepsgroepen’ als verantwoordelijke partij genoemd. In een eerdere reactie hebben we opgemerkt dat voor de NVvR geldt dat zij bij nieuwe richtlijnen en leidraden oog heeft voor de aansluiting bij andere richtlijnen en de implementatie in de praktijk. We kunnen deze verantwoordelijkheid echter alleen nemen bij richtlijnen waar we actief bij betrokken zijn.</p>	<p>Dit is een goed onderwerp om uit te zoeken tijdens de implementatiefase.</p> <p>Uiteraard vindt het Zorginstituut dat richtlijnen aangepast moeten worden als er nieuwe evidence is die pleit voor verandering van de aanbevelingen. In dit verbetersignalement dringen we aan op afstemming van de richtlijnen door alle partijen. Tijdens de implementatiefase zal dit aan de orde moeten komen.</p> <p>Deze reactie begrijpen wij en lijkt ons op zijn plaats. We nodigen de NVvR van harte uit om mee te werken aan overige verbeterpunten, zoals het ontwikkelen van patiënteninformatie.</p>
<p>Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)</p> <p>Zoals aangegeven is het doel van de leidraad om in afstemming met alle betrokkenen heldere afspraken te maken voor patiënten met chronische pijn. Lage rugklachten zijn hier uiteraard een belangrijk onderdeel van. Dit thema wordt dan ook geadresseerd in de leidraad en deze klachten worden als voorbeeld gebruikt voor het beschrijven van een transmuraal zorgpad. Wat betreft de vorm is het geen apart hoofdstuk in de leidraad. We gaan ervan uit dat we hiermee voldoen aan het actiepunt, gezien niet de vorm maar het doel leidend is, conform eerder besproken in de overleggen op 3 december 2020 en 24 februari 2021.</p> <p>In ons eerdere schrijven hebben wij onze zorgen uitgesproken over het laten bestaan van een ‘Ketenzorrichtlijn Klachten vanuit de lage rug’ naast een ‘Multidisciplinaire leidraad Chronische pijn’. Zeker gezien de wens voor betere afstemming en eenduidige afspraken. In de commentarentabel geeft u aan het een goede zaak te vinden wanneer alle onderwerpen van de ketenzorrichtlijn naar tevredenheid van alle partijen onder te brengen zijn in de leidraad. Wij zouden dit streven graag terugzien in de tekst van het verbetersignalement en zien dit als een aandachtspunt in de ontwikkeling van de multidisciplinaire leidraad. Het is belangrijk dat andere partijen hun energie, inspanning en capaciteit ook kunnen richten op de leidraad in plaats van een update van de richtlijn. Het heeft dan ook onze voorkeur dit actiepunt niet op te nemen.</p>	<p>Het doel is inderdaad leidend. De vormgeving is onderwerp voor de implementatie.</p> <p>Dit is niet aangepast.</p>

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	
<p>Uitkomsten van pijnbehandelingen, waaronder injecties, openbaar maken.</p> <p>Zoals u bekend zijn we vanuit de NVA actief bezig met het inrichten en vullen van een kwaliteitsregistratie voor de chronische pijngeneeskunde, inclusief neuromodulatie. Conform de afspraken die zijn gemaakt in het kader van het standpunt neuromodulatie is neuromodulatie tot op heden onze focus geweest. Op dit moment zijn 52 pijncentra aangesloten bij de kwaliteitsregistratie Chronische pijngeneeskunde en moet de eerste batch gegevens nog volgen. Daarmee is dit nog te weinig om te rapporteren over 2020. De eerste jaarrapportage over de uitkomsten van pijnbehandelingen, inclusief injecties, zal plaatsvinden over 2021 en verschijnt dus in 2022. Dit zien wij graag terug in de actiepunten.</p>	Dit is aangepast.
<p>Eventueel kan in paragraaf 5.2.1. naast de <i>Choosing Wisely</i> campagne ook verwezen worden naar de Taakgroep gepast gebruik van opioïden van VWS, onder leiding van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (zie ook www.opiaten.nl).</p>	Tekst is toegevoegd.
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	
<p>Zoals eerder aangegeven is er vanuit de medisch adviseurs binnen ZN (i.c.m. het Kenniscentrum MSZ) veel kritiek op de verbeterafspraken. Met name bestaat het gevoel dat we stappen terug zetten t.o.v. standpunten van het Zorginstituut en de ZE&GG implementatieagenda, waar nu al een aantal (de)implementatie onderwerpen op staan. Implementatieagenda Gepast Gebruik - Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) (zorg-evaluatiegepastgebruik.nl)</p>	Dit verbetersignalement verandert niets aan de implementatie-agenda van ZE&GG. Volgens ons is dit verbetersignalement geen stap terug en is het ook niet de reden van het stoppen van de DSSR. Dat er veranderingen nodig zijn om de zorg voor mensen met klachten vanuit de lage rug onderschrijven wij.
<p>Er valt heel veel te verbeteren in de behandeling van lage rugpijn, maar het lijkt erop dat we met dit verbetersignalement weer terug gaan naar de tekentafel.</p>	Zie bovenstaande reactie.
<p>Nóg een stap terug: de registratie van de rugoperaties is helaas per eind vorig jaar gestopt (https://dica.nl/dssr/home). Zie p. 19 van jullie rapport.</p>	Zie bovenstaande reactie.
<p>Wat betreft de kwaliteitsinformatie van de NVA ligt er volgens ons al voldoende op de plank. De NVA is enkele jaren geleden gestart met de pijnregistratie en koppelt die per 1-1-2021 aan de certificering als Pijncentrum Uitkomstregistratie pijngeneeskunde Kwaliteit Voor leden Anesthesiologie.nl. Voor de neuromodulatie wordt die registratie zelfs gekoppeld aan een vergoeding: Neuromodulatie Uitkomstregistratie pijngeneeskunde Kwaliteit Voor leden Anesthesiologie.nl Dat kan dus ook!</p>	Deze registratie is tot stand gekomen dankzij grote inspanning van meerdere partijen.
<p>Ook de 'Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie' wordt al enige tijd geregistreerd, maar niet transparant gemaakt. In 2013 was de juichende conclusie in het Eindrapport Implementatie Dataset Pijn maart 2013 (adelante-zorggroep.nl): Dankzij de inzet en het enthousiasme van alle betrokken partijen (professionals en patiënten) binnen de deelnemende instellingen is het gelukt om in amper 2 jaar tijd, in een zeer groot aantal instellingen in Nederland systematisch data te verzamelen bij patiënten met chronische pijn. Daarmee onderscheidt de pijnrevalidatie zich in positieve zin en kan er op landelijk niveau samengewerkt worden om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met chronische pijn verder te verbeteren.</p>	Wij vinden het wenselijk dat deze data zo snel mogelijk transparant worden gemaakt, maar realiseren ons ook dat dit voorbereiding vergt.
<p>Wat ons betreft moet het dus mogelijk zijn dat de PROMS dit jaar worden vastgesteld en al per 2022 op de Transparantiekalender komen.</p>	

Geconsulteerde partij en consultatiereactie	Reactie van het Zorginstituut
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	
<p>Het belangrijk om spiegelinformatie te ontwikkelen. Daar waar declaratiedata een aanknopingspunt bieden kunnen we als verzekeraars een rol vervullen. Voor een gedragen spiegel is samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen belangrijk. Vanuit ZN denken we n.a.v. het verbetersignalement dan aan spiegels over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verwijzing naar 2e lijn; • beeldvormend onderzoek; • voorschrijven van (pijn)medicatie; • anesthesiologische pijnbehandelingen; • conservatieve behandeling. <p>Zelfs zonder expliciete norm of scherp geformuleerd verbeterpunt kan inzicht in de praktijkvariatie hier de discussie wel voeden, en is ook relevant voor monitoring en evaluatie.</p>	<p>We juichen de ontwikkeling van spiegelinformatie toe. We denken dat deze informatie belangrijk is. We nemen dit voorstel mee naar de implementatiefase en trekken graag op met ZN en de wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling van spiegelinformatie.</p>
<p>ZN wijst op een recente publicatie over ongewenste uitkomsten na een herniaoperatie. Dit artikel is een voorbeeld van hoe declaratiedata inzicht kunnen geven over de uitkomsten van effecten van behandeling. ZN is bereid om mee te denken over de inzet van declaratiedata als bron voor spiegelinformatie. ZN wil dit graag met wetenschappelijke verenigingen oppaken in 2021.</p>	<p>We juichen dit toe. We nemen dit voorstel mee naar de implementatiefase en trekken graag op met ZN en de wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling van spiegelinformatie.</p>
<p>In de verbeterafspraken mis ik nog de rol van ZN i.v.m. de voetnoot op pagina 13: bij de ontwikkeling van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug zal de definitie en de eenheid van taal als eerste worden opgepakt. Dit heeft gevolgen voor de diagnosecodes. Tijdens de implementatiefase zullen afspraken worden gemaakt over deze diagnosecodes. ZN en de NZa worden hierbij betrokken.</p>	<p>In het verbetersignalement (hoofdstuk 6) staat dat ZN en de Nza tijdens de implementatiefase hierin een rol hebben.</p>
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	
<p>Pagina 46, tabel, punt 2: instellen werkgroep die informatie op Thuisarts.nl uitbreidt met o.a. informatie over medisch-specialistische zorg. Regiehouder: NHG. Dit hebben we niet toegezegd. Graag weghalen. Niet dat we niet mee willen denken als het zover komt.</p>	<p>Aangepast.</p>
<p>Pagina 47, 6.1.4: alleen de eerste lijn wordt genoemd bij de doelstelling minder aanvragen van röntgenfoto's. Dit is voor ons onacceptabel, graag weghalen. Voor deze verbetermogelijkheden is afgesproken dat de nieuwe inzichten worden meegenomen in het actualiseren van de 'Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten' en het ontwikkelen van het hoofdstuk over klachten vanuit de lage rug in de 'Multidisciplinaire leidraad'. Het is juist niet de bedoeling om in de multidisciplinaire leidraad inhoudelijke punten uit te werken.</p>	<p>Uw opmerking is niet duidelijk. Tijdens de implementatiefase zal dit onderwerp aan de orde komen.</p>

Begrippenlijst

Analgetica	Pijnstillers.
Antidepressiva	Medicatie die de symptomen van een depressie tegengaat.
Anti-epileptica	Medicatie tegen epilepsie.
Aspecifieke rugklachten	Rugklachten zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak.
Benzodiazepinen	Medicatie met kalmerende, spierverslappende, slaapbevorderende en gevoelens van angst verminderende eigenschappen.
CT-scan	Computer Tomogram-scan. Met een CT-scan kun je foto's maken van doorsneden van het lichaam. Bij een CT-scan wordt gebruikgemaakt van röntgenstraling.
DSSR	Dutch Spine Surgery Registry.
Evidence	Bewijs voor de effectiviteit van diagnostiek of behandeling.
MRI	Magnetic Resonance Imaging. Met een MRI-scan kun je foto's maken van doorsneden van het lichaam. De MRI-scan werkt met sterke elektromagnetische straling.
LRS	Lumbosacraal radiculair syndroom.
Medicaliseren	Niet-medische zaken onterecht benoemen en behandelen als een gezondheidsprobleem, met overbodig en nutteloos medisch handelen als gevolg.
Neuropatische pijnmedicatie	Pijnstillers specifiek voor pijn met een neuropathische oorsprong.
NSAID	Niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen.
Opiaten	Uit opium bereide middelen.
Parese	Gedeeltelijke of onvolledige verlamming.
PROMs	Patient Reported Outcome Measures. PROMs meten de effecten van zorg zoals patiënten die ervaren.
Radiculaire pijn	Uitstralende pijn in het been.
Rode vlaggen	Red flags: rugklachten op basis van ernstige pathologie.
Tijdcontingente aanpak	Een aanpak die uitgaat van opbouw van activiteiten in de tijd (in tegenstelling tot opbouw aan de hand van de klachten).
X-LWK	Röntgenfoto van de lumbale wervelkolom.
Zelfmanagement	De patiënt bepaalt hoe de behandeling eruitziet. Bijvoorbeeld voor wat betreft medicijngebruik en leefstijlveranderingen.

Literatuurlijst

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health. 2016. Geraadpleegd op via <https://icd.who.int/browse10/2016/en>.
2. ZIN. Zinnige Zorg - Systematische analyse ziekten van het zenuwstelsel. 2018. Geraadpleegd op via <https://tinyurl.com/urbllyv>.
3. IQ-healthcare. Analyse van richtlijnen voor lage rugpijn met of zonder uitstralende pijn in het been. 2019. Geraadpleegd op via <https://tinyurl.com/sryq39g>.
4. Nivel. Behandeling van klachten vanuit de lage rug in de eerste lijn. 2019. Geraadpleegd op 17-02-2020 via <https://tinyurl.com/sprs26q>.
5. ZIN. Zorggebruik van patiënten met klachten vanuit de lage rug in de tweedelij. 2020.
6. ZIN. Analyse van digitale patiënteninformatie voor patiënten met klachten vanuit de lage rug. 2020.
7. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, et al. Low back pain: a call for action. The Lancet 2018; 391: 2384-8.
8. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet 2018; 391: 2368-83.
9. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet 2018; 391: 2356-67.
10. CBO. Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke lage rugklachten. 2010.
11. implementatieagenda. Implementatieagenda Zorgstandaard Chronische Pijn. 2019.
12. Suman A, Schaafsma FG, Buchbinder R, et al. Implementation of a Multidisciplinary Guideline for Low Back Pain: Process-Evaluation Among Health Care Professionals. J Occup Rehabil 2017; 27: 422-33.
13. Smeets RJ. De Lancet series over Low Back Pain; en nu moet het roer echt om. Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding 2018; 37: 24-7.
14. FMS. Visiedocument Medisch Specialist 2025. 2017.
15. VRA. Behandelkader Pijnrevalidatie. 2012. Geraadpleegd op via <https://tinyurl.com/twhbq8j>.
16. Nivel. <Nivel-6-Transparantiemonitor-2018-Thuisartsnl.pdf>. 2018.
17. Patiëntenfederatie. Vanaf nu medisch-specialistische informatie op [Thuisarts.nl](https://www.patiëntenfederatie.nl) 2019. Geraadpleegd op via <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/nieuw-medisch-specialistische-informatie-op-thuisarts-nl>.
18. Oosterveld MN, J.; Rademakers, J. <Nivel-Samen beslissen in de spreekkamer.pdf>. 2019.
19. NHG. Standaard Aspecifieke lagerugpijn. Tweede herziening. 2017. Geraadpleegd op 03-12-2019 via <https://tinyurl.com/wcqoedt>.
20. NHG. Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom. Tweede herziening. 2015. Geraadpleegd op 03-12-2019 via <https://tinyurl.com/svbspxr>.
21. Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, et al. Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. Eur Spine J 2019; 28: 937-50.
22. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373: 463-72.
23. Ash LM, Modic MT, Obuchowski NA, et al. Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. AJNR Am J Neuroradiol 2008; 29: 1098-103.
24. Webster BS, Bauer AZ, Choi Y, et al. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2013; 38: 1939-46.
25. Webster BS, Choi Y, Bauer AZ, et al. The cascade of medical services and associated longitudinal costs due to nonadherent magnetic resonance imaging for low back pain. Spine (Phila Pa 1976) 2014; 39: 1433-40.
26. Roland M and van Tulder M. Should radiologists change the way they report plain radiography of the spine? The Lancet 1998; 352: 229-30.
27. Hofstee D.J. MDGJMM, M.D.; PETER H. HOOGLAND, M.D., HANS C. VAN HOUWELINGEN, PH.D.; ALFRED KLOET, M.D.; FREEK LÖTTERS; AND JOSEPH TH. J. TANS, PH.D. Spine Westeinde Sciatica Trial_ randomized controlled study of bed rest and physiotherapy for acute sciatica.pdf>. J Neurosurg (Spine 1) 2002; 96:45-49, 2002.

28. Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Richtlijn Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie. 2017. Geraadpleegd op 03-12-2019 via <https://tinyurl.com/qvhsjxt>.
29. Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie. Richtlijn Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie. 2018. Geraadpleegd op 03-12-2019 via <https://tinyurl.com/sjyuaty>.
30. Taylor JB, Goode AP, George SZ, et al. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J 2014; 14: 2299-319.
31. Nivel. Nivel jaarcijfers incidenties en prevalenties. 2020. Geraadpleegd op via <https://tinyurl.com/ybnnsyep>.
32. Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, et al. The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings. Phys Ther 2013; 93: 321-33.
33. Cherkin D, Balderson B, Wellman R, et al. Effect of low back pain risk-stratification strategy on patient outcomes and care processes: the match randomized trial in primary care. J Gen Intern Med 2018; 33: 1324-36.
34. George SZ and Beneciuk JM. Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. BMC Musculoskelet Disord 2015; 16: 49.
35. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. The Lancet 2011; 378: 1560-71.
36. Bogaart EvdTQMKMSNHDWDR. Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen. 2019. Geraadpleegd op via <https://tinyurl.com/upl8lg5>.
37. Fleuren MAH and Wijkel D. Ketenzorg voor patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom: samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, neurologen, orthopeden en radiologen in de regio Geldrop. 2003.

Colofon

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Afdeling

Zorg Sector Zorg
Programma Zinnige Zorg

Contact

Programmasecretariaat Zinnige Zorg
zinnigezorg@zinl.nl
www.zorginstituutnederland.nl

Volgnummer

2020007146