

Publieke indicatoren eerstelijnszorg voor mensen
met specifieke lage-rugpijn

Hilly Calsbeek
Irma Maassen
Jozé Braspenning



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

Auteurs

Hilly Calsbeek

Irma Maassen

Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding (Calsbeek H, Maassen I, Braspenning J. Publieke indicatoren eerstelijnszorg voor mensen met aspecifieke lage-rugpijn. Deel 8 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg. Nijmegen: IQ healthcare, november 2009).

Deze uitgave is te downloaden via www.iqhealthcare.nl

ISBN: 978-90-76316-49-9

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SET INDICATOREN	7
SAMENVATTING.....	11
ABSTRACT	12
INLEIDING	13
METHODE	15
Definiëring van te leveren prestaties	15
Search beschikbare indicatoren	16
Selectie kernset.....	17
Consultatie experts.....	17
Praktijktest.....	18
RESULTATEN	18
Definitie prestaties.....	18
Beschikbare indicatoren	18
Selectie kernset.....	19
Resultaat na consultatierondes	20
Resultaat praktijktoets	21
DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	23
Discussie	23
Conclusie.....	26
REFERENTIES.....	27
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren	29
BIJLAGE 2 Functionele omschrijving van eerstelijnszorg bij specifieke lage-rugpijn.....	31
BIJLAGE 3 Leden projectgroep	39
BIJLAGE 4 Lijst van experts	39

VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol

SET INDICATOREN

Diagnostiek	
1	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie alarmsignalen of ‘rode vlaggen’ voor specifieke rugpijn zijn geïnventariseerd¹.
	<p>Toelichting¹: ‘Rode vlaggen’ kunnen een aanwijzing zijn voor een specifieke oorzaak van lage-rugpijn. Bij de eerste klachten van lage-rugpijn, of aan het begin van een nieuwe episode, moet een specifieke oorzaak van de klachten worden uitgesloten omdat dan een andere, specifieke behandeling vereist is. Enkele voorbeelden van rode vlaggen voor specifieke lage-rugpijn zijn: eerste begin van rugpijn optredend voor het 20e of na het 55e jaar, onverklaard gewichtsverlies, een infectieuze aandoening.</p> <hr/> <p>Afgeleid van¹: ProKwaF (herformulering conform LESA)</p>
2	Percentage patiënten met lage-rugpijn zonder alarmsignalen of ‘rode vlaggen’ waarbij geen beeldvormende diagnostiek is uitgevoerd.
	<p>Toelichting: Volgens de richtlijnen is beeldvormende diagnostiek bij aspecifieke lage-rugpijn niet zinvol.</p> <hr/> <p>Afgeleid van: NHG/WOK, ICSI, RAND (herformulering conform LESA)</p>
3	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie psychosociale risicofactoren (voor een chronisch beloop) of ‘gele vlaggen’ zijn geïnventariseerd.
	<p>Gele vlaggen: in de richtlijnen worden verschillende uitingen of risicofactoren genoemd, in ieder geval dienen de twee belangrijkste factoren te zijn geïnventariseerd: ‘catastroferende gedachten over pijn’ en ‘bewegingsangst’.</p> <p>Toelichting: Psychosociale risicofactoren kunnen wijzen op een verhoogde kans dat de lage-rugpijn langer aanhoudt of chronisch wordt. Voorbeelden zijn: inadequaat ziektegedrag, (bewegings)angst, catastroferende gedachten over pijn, problemen op het werk.</p> <hr/> <p>Afgeleid van: ProKwaF (herformulering conform LESA)</p>
Behandeling	
4	<p>a. Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met het advies om actief te blijven.^I b. Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met een tijdcontingent bewegingsadvies.^{II} c. Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met dat het advies heeft gekregen (ook) het werk weer zo snel mogelijk te hervatten.^{III} d. Percentage patiënten met (sub)acute aspecifieke lage-rugpijn met geruststelling.^{IV}</p> <p>^I Noemer: alle patiënten met aspecifieke lage-rugpijn. ^{II} Noemer: patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met afwijkend beloop. ^{III} Noemer: patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met (gedeeltelijk) ziekteverzuim van werk, inclusief vrijwilligerswerk. ^{IV} Uitgelegd is dat de pijn meestal vanzelf verdwijnt.</p> <p>Bij 4a, c en d: voorbeeld operationalisatie: een voorlichtingsfolder is verstrekt (en bij voorkeur samen met de patiënt doorgenomen).</p>
	<p>Toelichting: Voorlichting en advies vormen een belangrijk onderdeel van de behandeling van aspecifieke lage-rugpijn, met name bij aanvang van de klachten, maar ook in latere stadia. Blijven bewegen, maatschappelijke participatie en geruststelling zijn hierin kernelementen. Bij een afwijkend beloop van de rugklachten wordt de voorkeur gegeven aan een tijdcontingent bewegingsadvies (in plaats van pijncontingent).</p> <hr/> <p>4b afgeleid van NHG/WOK (herformulering conform LESA, NHG, KNGF) 4a, c en d toegevoegd na consultatie experts</p>

5	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie volgens een stappenplan analgetica.
<p>Toelichting: In de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn wordt aanbevolen dat - indien de patiënt daar behoefte aan heeft – de huisarts pijnstillers voorschrijft volgens een stappenplan (uitgewerkt in de Standaard). De patiënt wordt geadviseerd om het middel op vaste tijden in te nemen, dus onafhankelijk van de intensiteit van de pijn en gedurende een van tevoren afgesproken periode.</p>	
<p>Afgeleid van: NHG/WOK (herformulering conform NHG)</p>	
6	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie maar geen benzodiazepine.
<p>Toelichting: Volgens de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn is “voor benzodiazepinen, indien een spierverslappend effect wordt beoogd, gezien de daarvoor benodigde hoge dosering en de daarmee gepaard gaande bijwerkingen (vooral sufheid en duizeligheid), bij de behandeling van aspecifieke lage-rugpijn geen plaats. Als voor de nacht ondanks adequate pijnbestrijding een slaapmiddel of (ook) voor de dag enige sedatie of anxiolyse gewenst is, kan de huisarts voor een korte periode een benzo-diazepine voorschrijven. (...). De nadelige effecten op de terugkeer naar het normale functioneren als gevolg van de bijwerkingen van deze middelen moeten worden afgewogen tegen de te verwachten voordelen.” Wegens het gevaar voor chronisch gebruik of afhankelijkheid direct bij het eerste recept wordt in de Standaard aanbevolen om afspraken te maken over het gebruik in termen van vaste doses op vaste tijdstippen en over de afbouw binnen twee weken. De genoemde uitzonderingen maken individuele scores op deze indicator lastig interpreteerbaar; interpretatie is alleen zinvol in vergelijking met andere praktijken of een gemiddelde score.</p>	
<p>Afgeleid van: NHG/WOK</p>	
7	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het beleid in samenspraak met de patiënt is vastgesteld.
<p>Toelichting: De motivatie en individuele leefstijl van de patiënt (bijvoorbeeld actief blijven, werkhervatting) zijn van invloed op het verloop van de rugklachten. Het is daarom van belang om te investeren in de betrokkenheid van de patiënt. In de richtlijnen wordt dan ook aanbevolen dat het beleid in samenspraak met de patiënt wordt vastgesteld.</p>	
<p>Afgeleid van: ProKwaF, IGZ (herformulering conform LESA/NHG)</p>	
8	Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het behandelresultaat is behaald, subjectief of objectief bepaald.
<p>Toelichting: Het vaststellen van het behandelresultaat is onderdeel van de evaluatie van de behandeling. Deze uitkomstindicator kan opgevat worden als evaluatie van het behandelbeleid.</p>	
<p>Afgeleid van: IQ/CEBP</p>	
Monitoring	
9	Het percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie op de in het behandelplan aangegeven momenten wordt geëvalueerd.
<p>Toelichting: Op basis van een regelmatige (en systematische) evaluatie van de behandelresultaten kan eventueel bijstelling van het behandelplan plaatsvinden. Dit is van belang voor het uiteindelijke behandelresultaat.</p>	
<p>Afgeleid van: ProKwaF</p>	

Afstemming tussen betrokken zorgverleners

10 Binnen de regio zijn de informatie en adviezen van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd.

Toelichting:

De verschillende betrokken zorgverleners bij specifieke lage-rugpijn hebben hun eigen informatiemateriaal. Zo heeft de huisarts NHG-Patiëntenbrieven en hebben de fysiotherapeut, manueel therapeut en oefentherapeut C/M elk hun eigen patiëntenfolder die zij aan de patiënt kunnen meegeven. Het is belangrijk dat de informatie en adviezen van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd.

Afgeleid van: LESA

11 Binnen de regio zijn geformaliseerde afspraken gemaakt over onderlinge afstemming (huisartsen en therapeuten) van de werkwijze en verantwoordelijkheden.

Geformaliseerde afspraken: afspraken in lijn met de richtlijnen.

Toelichting:

Bij de zorg voor patiënten met lage-rugpijn zijn vaak meerdere disciplines betrokken, met name wanneer de klachten chronisch (dreigen te) worden. Het moet zowel voor de patiënt als voor de verschillende betrokken zorgverleners duidelijk zijn wie waar verantwoordelijk voor is. Dit bevordert de continuïteit en veiligheid van de zorg.

Afgeleid van: LESA

12 Het is bekend wat de expertise is van de beschikbare therapeuten (fysiotherapeuten, manueel therapeuten, oefentherapeuten C/M) in de regio.

Toelichting:

Voor een adequate verwijzing (door de huisarts en onderling) is het van belang dat bekend is welke therapeuten er beschikbaar zijn en wat de expertise van deze therapeuten is. In de LESA Aspecifieke lagerugpijn wordt aanbevolen dat dit op regionaal niveau wordt geregistreerd.

Afgeleid van: LESA

¹ Voor een nadere specificering van de indicatoren (noemers) en achtergrondinformatie wordt verwezen naar de bijlagen bij dit rapport op de website van IQ healthcare (www.iqhealthcare.nl). De indicatoren hebben verder betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Voor met name de uitkomstindicator (8) geldt bovendien dat deze slechts correct geïnterpreteerd kan worden als rekening gehouden wordt met contextuele informatie, zoals samenstelling van de populatie (case-mix). Ten slotte is indicator 7 waarschijnlijk beter meetbaar via de patiënt dan via de zorgverlener of een geautomatiseerd registratiesysteem en is een aantal indicatoren beter uit te vragen op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger, zoals de indicatoren 10, 11 en 12.

SAMENVATTING

Doel Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn.

Design Systematische inventarisatie en selectie.

Methode Op basis van (inter)nationale richtlijnen en een functionele omschrijving van eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn zijn te leveren prestaties geformuleerd. Vervolgens werd een search naar (inter)nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden bovendien te voldoen aan nationale aanbevelingen (in richtlijnen). Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. De geselecteerde set van indicatoren is vervolgens in twee schriftelijke rondes voorgelegd aan experts met als doel inhoudsvalidatie. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen.

Resultaten Op basis van de functionele zorgomschrijving werden de volgende zorgaspecten onderscheiden: diagnostiek, behandeling, monitoring en samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners. In totaal bleken 61 indicatoren beschikbaar. Relatief veel indicatoren hadden betrekking op diagnostiek en behandeling (respectievelijk 41% en 30%). Ten aanzien van monitoring (zoals terugkeerafspraken en evalueren van de effecten van de behandeling) bleken relatief weinig indicatoren voorhanden (7%). Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van 11 indicatoren. Naar aanleiding van de consultatierondes werd één indicator toegevoegd en werden drie indicatoren aangepast. Uit de praktijktoets bleek dat een aantal indicatoren qua registratie en beschikbare data (mogelijk) haalbaar zijn, voor vijf indicatoren dient nader onderzocht te worden of en in welke mate deze haalbaar zijn.

Conclusie Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van 12 publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn. Door de systematische aanpak en de betrokkenheid van experts wordt deze set gekenmerkt door een hoge inhoudsvaliditeit en is de set gereed om voorgelegd te worden aan de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Na vaststelling door de betrokken partijen kan implementatie in de praktijk worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Eén van de stappen is een pilot test in een aantal praktijken (huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck) om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat voor een aantal indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd systematisch verzameld, terwijl voor de andere indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

ABSTRACT

Objective To identify public indicators of professional quality of primary care for people with non-specific low back pain.

Design Systematic search and selection.

Method We formulated the requirements of primary care for people with nonspecific low back pain on the basis of national and international guidelines and a functional description of such care. Then we searched for nationally and internationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance, which were taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The selected indicators also had to satisfy national agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. The selected set of indicators was then submitted to a panel of independent experts in the field of nonspecific low back pain for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, and added indicators as they saw fit in two consultation rounds recorded in writing. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registers.

Results Performance was divided into four categories: diagnostics, treatment, monitoring, and care coordination among the care providers involved. In total, 61 indicators were found. Most indicators appeared to be related to diagnostics and treatment. Relatively few indicators for monitoring became available. Systematic selection resulted in a set of 11 indicators. After the experts' consultation, one indicator was added and 3 indicators were adapted. We expect that future availability of data will make the assessment of some indicators possible, but computerised registration is currently inadequate. Five indicators need more investigation.

Conclusion This study has produced a core set of 12 public indicators of professional quality of primary care for people with nonspecific low back pain. The set has a high degree of content validity due to the systematic approach and the experts' consultation. The indicators are ready to be presented to the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties involved approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in various primary care practices (of general practitioners, physical therapists, manual therapists, and Cesar or Mensendieck therapists) to test the feasibility of using the indicators. The practice test in this study showed that most required data have not yet been registered or systematically collected. Reliable quality information starts with complete and professional reliable data registration.

INLEIDING

Lage-rugpijn komt veel voor. In epidemiologische bevolkingsonderzoeken rapporteert 60-90% van de bevolking wel eens last van lage-rugpijn te hebben gehad. [1] Uit een Nederlands bevolkingsonderzoek in 1998 onder mensen van 25 jaar en ouder [2] bleek lage-rugpijn de meest genoemde klacht van alle klachten aan het bewegingsapparaat: 44% gaf aan in het afgelopen jaar wel eens last van lage-rugpijn te hebben gehad en 21% rapporteerde klachten te hebben (gehad) die langer dan drie maanden aanhielden. Ook in een recentere studie [3] gaf bijna een kwart van de ondervraagden aan lage rugklachten te hebben gehad in de afgelopen 14 dagen. Van de klachten die aan de huisarts gepresenteerd worden, zit lage-rugpijn in de top-5. [4] Ook bij de fysiotherapeuten en oefentherapeuten zitten de klachten met betrekking tot (lage) rugpijn in de top-6 (verwijsdiagnosen in 2007). [5]

Hiermee vormt lage-rugpijn ook een groot sociaal-economisch probleem. Van alle klachten van het houdings- en bewegingsapparaat veroorzaakt lage-rugpijn de hoogste kosten ten gevolge van verminderd arbeidsvermogen en ziekteverzuim. [6] In het bevolkingsonderzoek van Picavet en Schouten [2] leidde bij 10% van de werkende mensen de rugklachten tot een ziekteverzuim van 1-4 weken, bij 6% zelfs langer dan 4 weken. In de KNGF-richtlijn is het uitgangspunt, gebaseerd op internationale studies, dat driekwart van de mensen die verzuimen binnen vier weken het werk weer hervat. Het is niet bekend of deze groep wel of geen behandeling heeft gehad en of alle activiteiten binnen het werk weer zijn hervat. [7,8] In Nederland worden de totale kosten van lage-rugpijn geschat op 1,7% van het bruto nationaal product. [9]

Lage-rugpijn wordt doorgaans ingedeeld naar specifieke en aspecifieke rugpijn. Bij aspecifieke lage-rugpijn (90-95%) heeft de patiënt pijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. Er is geen specifieke lichamelijke (anatomische) oorzaak aanwijsbaar die voldoende verklarend is voor de pijn / klachten. In de meeste gevallen wordt specifieke lage-rugpijn veroorzaakt door een lumbosacraal radiculair syndroom. [10] Gezien de relatief lage prevalentie van specifieke lage-rugpijn en omdat specifieke lage-rugpijn andere, specifieke zorg vereist, betreft dit rapport de eerstelijnszorg voor mensen met aspecifieke lage-rugpijn. Waar in het vervolg kortweg wordt gesproken van lage-rugpijn wordt aspecifieke lage-rugpijn bedoeld.

Bij aspecifieke lage-rugpijn kunnen de fasen van acute, subacute en chronische rugpijn worden onderscheiden. Dit onderscheid is gebaseerd op de duur van de klachten (respectievelijk 0-6 weken, 6-12 weken en >12 weken), waarbij chroniciteit ook als zodanig gekwalificeerd kan worden bij een hoge frequentie van recidieven. In alle fasen spelen de huisarts en paramedici zoals de fysiotherapeut en oefentherapeut een grote rol. Een meer recentere indeling in richtlijnen over lage-rugpijn is die naar normaal en afwijkend beloop. Bij een normaal beloop nemen de klachten binnen drie weken af en nemen activiteiten en participatie (deelname aan het maatschappelijk leven) toe. Dit beloop is het te verwachten beloop van lage-rugpijn. Van een afwijkend beloop is sprake als binnen drie weken de pijn niet afneemt, de beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten niet verminderen en de

participatie in werk achterblijft. Van de patiënten die de huisarts consulteren – dat is bijna een derde van de patiënten met lage-rugpijn [2] - is tweederde na 12 weken klachtenvrij. [8] Aspecifieke lage-rugpijn recidiveert echter in bijna driekwart van de gevallen binnen een jaar. [11,12] Psychosociale factoren worden verondersteld een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan en vooral bij het voortbestaan van langdurige klachten. [13-15]

Sinds de invoering van de directe toegang fysiotherapie (DTF) per 1 januari 2006 en de directe toegang oefentherapie (DTO) per 1 juli 2008 vindt er een verschuiving plaats van de patiëntenpopulatie; steeds meer mensen worden zonder tussenkomst van de huisarts behandeld door de fysiotherapeut of oefentherapeut. Van de patiënten met 'lage rugklachten' die in 2007 door de fysiotherapeut werden behandeld, ging bijna de helft rechtstreeks naar de fysiotherapeut. [16] Bij de oefentherapeuten maakte tussen 1 juli en 1 oktober 2008 ongeveer een kwart van de patiënten met 'rugklachten' of 'lage rugpijn zonder uitstraling' gebruik van de mogelijkheid om rechtstreeks naar de oefentherapeut te gaan. [17] De patiënten die gebruik maken van DTF of DTO zijn over het algemeen jonger, hoger opgeleid en hebben kortdurende of recidiverende klachten ten opzichte van patiënten die eerst de huisarts raadplegen.

Ondanks dat lage-rugpijn in meer of mindere mate een belemmering vormt voor de dagelijkse activiteiten, is de behandeling volgens de verschillende richtlijnen van betrokken zorgverleners juist gericht op het zo veel mogelijk (normaal) blijven functioneren voor wat betreft het werk, huishouden, en hobby's, omdat bewegen en geleidelijke belasting van de wervelkolom het herstel bevorderen [18].

Uit een weliswaar gedateerd onderzoek naar het handelen van de huisarts in vergelijking met de NHG-Standaard (destijds van 1996), bleek dat er nog veel ruimte was voor verbetering, bijvoorbeeld op het gebied van vervolgspraken. [19] Ook de studies van Bekkering et al. [20] en Rutten et al. [21] naar de mate van handelen van fysiotherapeuten volgens de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) laten zien dat er ruimte is voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Zo varieerden de percentages *adherence* van 1,2% tot 96,5% voor de verschillende stappen in het zorgproces¹, terwijl de gemiddelde mate van *richtlijnadherence* als ruim voldoende werd gekwalificeerd (bijna 66%). [21]

Met behulp van kwaliteitsindicatoren kunnen variaties in prestaties van zorgverleners zichtbaar worden gemaakt. Publieke informatie over de kwaliteit van zorg is van belang voor de zorgaanbieders zelf (onder andere ter verbetering van het eigen handelen) en voor beroepsorganisaties, voor patiënten en consumenten (om geïnformeerd te kunnen kiezen), voor verzekeraars en andere inkopers van zorg, voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor de overheid. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van het professionele handelen. Het doel van dit onderzoek is om

¹ Percentage van 1,2% betreft verwijzing: bij onvoldoende informatie op de verwijzing wordt informatie gevraagd bij de verwijzer (minimale vereisten zijn: verwijzreden, aanvullend onderzoek, indicatie).
Percentage van 96,5% betreft profielbepaling: profiel vastgesteld op basis van de uitkomsten van de anamnese; bij specifieke rugklachten contact opgenomen met de verwijzer.

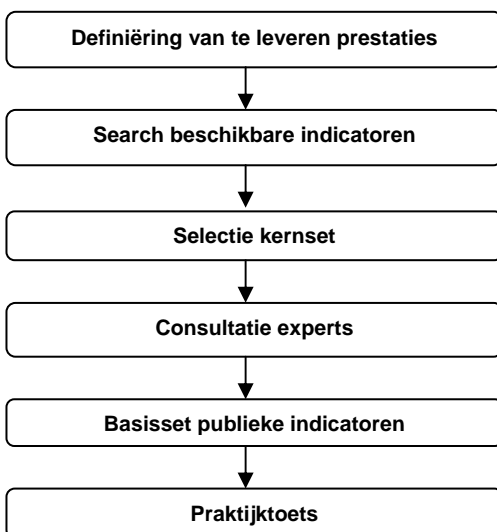
op basis van beschikbaarheid publieke indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare en vergelijkbare informatie te genereren over de geleverde prestaties van zorgaanbieders en professionals ten aanzien van de eerstelijnszorg bij specifieke lage-rugpijn. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

- (1) Hoe ziet het zorgproces eruit en wat zijn de te leveren prestaties bij specifieke lage-rugpijn?
- (2) Welke indicatoren zijn (inter)nationaal beschikbaar om deze prestaties te meten?
- (3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?
- (4) Hoe ziet de geselecteerde set eruit na consultatierondes onder experts?
- (5) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

METHODE

Om tot een onderbouwde selectie van indicatoren en vervolgens een door experts gedragen basisset van indicatoren te komen, is een aantal stappen gevolgd. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

Figuur 1: Schematische weergave van de totstandkoming van de basisset van publieke indicatoren:



Hierna worden de verschillende stappen nader toegelicht.

Definiëring van te leveren prestaties

De te leveren prestaties zijn afgeleid van het zorgproces in de eerste lijn voor mensen met specifieke lage-rugpijn. De basis hiervoor is een functionele omschrijving van de zorg. Hiermee wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken rond specifieke rugpijn zijn beschreven en de (professionele) uitvoerders daarvan zijn benoemd. Hiertoe zijn de beschikbare nationale richtlijnen bestudeerd, aangevuld met een selectie van internationale richtlijnen voor *non-specific low back pain*. Deze selectie is gebaseerd op

richtlijnen die op Europees niveau tot stand zijn gekomen of door gerenommeerde instituten zijn ontwikkeld of verspreid.

Bestudeerde nationale richtlijnen zijn afkomstig van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) [22], de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) [23], het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) [10], het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) [6,7] en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg [24]. Daarnaast zijn de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) voor Aspecifieke lage-rugpijn [25], de Verzekeringsgeneeskundige protocollen voor aspecifieke lage-rugpijn van de Gezondheidsraad [26], het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland [27] en het vervolg daarop, namelijk de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie [28], en de Werkwijzer lage rugklachten en arbeidsomstandigheden van 'STECR' Platform Reïntegratie [29] geraadpleegd.

Bestudeerde internationale richtlijnen zijn de European guidelines for the management for prevention in low back pain, and the management of acute and chronic non-specific low back pain [30-32], richtlijnen afkomstig van het KCE Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg in België waarin veel nadruk is gelegd op evidence based handelen, preventie en begeleiding van patiënten met chronische lage-rugpijn in de arbeidssituatie [33], van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Groot Brittannië [34], van het Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) verspreid via het National Guidelines Clearinghouse (opgericht door het Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [35], de Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group [36] verspreid via de 'National Health and Medical Research Council' (NHMRC) en de 'New Zealand Guidelines Group' (NZGG) [37].

Met het definiëren van eerstelijns prestaties bij lage-rugpijn komen bepaalde aspecten van het zorgtraject naar voren die relevant zijn voor publieke informatie, zoals preventie van lage-rugpijn of secundaire preventie in termen van het voorkómen van chroniciteit. Bij de selectie van indicatoren zal daar rekening mee worden gehouden.

Search beschikbare indicatoren

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van bovengenoemde organisaties die richtlijnen hebben ontwikkeld dan wel verspreid. Daarnaast zijn het internet (zoekmachine Google), en de Ovid Databases (Medline) geraadpleegd met de trefwoorden: indicator(s), lage-rugpijn/-klachten/low back pain, kwaliteit/quality en zorg/care. Vanwege het multidisciplinaire karakter van de zorg bij lage-rugpijn is bovendien gezocht naar indicatoren op het gebied van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (trefwoorden: ketenzorg/care chains, netwerkzorg/shared care, continuïteit van zorg/continuity of care en geïntegreerde zorg/integrated care). Gestreefd werd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking terwijl internationale sets als aanvullend werden beschouwd; deze zijn enkel geïnccludeerd wanneer afkomstig van gerenommeerde instituten of wanneer informatie voorhanden was over de inzet van expert panels en de wetenschappelijke waarde van geselecteerde indicatoren. De gevonden

indicatoren zijn vervolgens geordend naar de zorgaspecten analoog aan de functionele omschrijving.

Selectie kernset

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo dient de totale set die zorgaspecten te bestrijken die relevant zijn voor publieke informatie. Deze zorgaspecten vloeien voort uit de te leveren prestaties. Dit betekent dat alleen indicatoren zijn geselecteerd die betrekking hebben op deze zorgaspecten, zoals preventie van lage-rugpijn, diagnostiek, behandeling en monitoring. Verder is per zorgaspect rekening gehouden met het type indicator: ten aanzien van de structuur of organisatie van de zorg (structuurindicator), het handelen van de zorgverleners (procesindicator) en uitkomsten van het zorgproces (uitkomstindicator). Bij de keuze tussen proces- en uitkomstindicatoren is gestreefd naar een mix van beide; procesindicatoren maken het zorgproces transparant, terwijl uitkomstmaten opgevat kunnen worden als een evaluatie van het zorgproces. Omdat coördinatie en continuïteit van zorg belangrijke aspecten van eerstelijnszorg zijn [38], en bovendien van toepassing zijn bij de multiprofessionele zorg voor patiënten met lage-rugpijn, zijn deze eveneens in kaart gebracht. Hiervoor zijn met name structuurindicatoren geschikt. Een derde voorwaarde is dat met de set van indicatoren een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gelijke verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten, bijvoorbeeld naar leeftijd, of tussen regio's. Ten slotte dient de set uit oogpunt van haalbaarheid en interpretatie uit maximaal 15 tot 20, bij voorkeur op validiteit en betrouwbaarheid geteste, indicatoren te bestaan.

De selectie van individuele indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van zes relevantiecriteria, afgeleid van het NQMC [39]: geschiktheid voor publiek domein, geschiktheid voor verschillende doelgroepen, impact op de ziekte of de ziektelast, toepasbaarheid op verschillende groepen patiënten, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en beïnvloedbaarheid van de zorg. Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria zijn daarna beoordeeld op nationale aanbevelingen (zoals omschreven in richtlijnen), klinimetrische eigenschappen (betrouwbaarheid en validiteit), richting en inspanningen voor de gegevensverzameling. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria en de selectieprocedure is opgenomen in bijlage 1. De selectiecriteria zijn door twee leden van de projectgroep onafhankelijk van elkaar toegepast. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschillpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

Consultatie experts

De geselecteerde set is vervolgens in twee schriftelijke ronden voorgelegd aan experts op het gebied van specifieke lage-rugpijn (zie bijlage 4) met als doel inhoudelijke validering. Daarbij is aandacht gevraagd voor de definiëring van prestaties, het overzicht van de beschikbare indicatoren en de voorgestelde set van indicatoren. Ten aanzien van de voorgestelde set is specifiek aandacht gevraagd voor de geschiktheid van de indicator voor het publieke domein en de haalbaarheid in de praktijk.

Praktijktest

De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data uit bij voorkeur geautomatiseerde registratiesystemen. Hiertoe is zowel de literatuur als de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) geraadpleegd². Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld worden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig te scoren lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen of geregistreerd wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn.

RESULTATEN

Definitie prestaties

Op basis van de functionele omschrijving (zie bijlage 2) kunnen de prestaties van eerstelijnszorg voor patiënten met specifieke lage-rugpijn als volgt gedefinieerd worden. De zorg is allereerst gericht op herstel en sociaal-maatschappelijke participatie door te bevorderen dat de patiënt in beweging blijft of weer in beweging komt, actief blijft of wordt en taken uitvoert overeenkomend met de frequent voorkomende taken in activiteiten en participatie; de patiënt blijft functioneren voor wat betreft de dagelijkse activiteiten als werk, huishouden en hobby's, in het begin met een aangepast niveau van belasting. Wanneer de rugklachten aanhouden (langer dan drie weken) of frequent terugkeren, is een bijkomend doel van de behandeling het voorkómen van langdurige rugpijn door opnieuw te stimuleren dat de patiënt blijft bewegen en/of zijn activiteitsniveau stapsgewijs verhoogt. Indien de rugklachten chronisch (dreigen te) worden is de zorgverlening erop gericht dat de patiënt adequaat leert om te gaan met zijn lage-rugpijn en zodoende tot een optimaal niveau van functioneren komt. Vanwege het multiprofesionele karakter van de zorg bij met name chronische rugpijn houdt goede zorg tevens in dat de betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid en hun zorgverlening daarop afstemmen. Hiermee worden de zorgaspecten diagnostiek, behandeling, monitoring en samenwerking en afstemming van zorg als relevant voor publieke informatie beschouwd.

Beschikbare indicatoren

Er bleken in totaal 61 indicatoren beschikbaar voor de relevante zorgaspecten (gepubliceerd via de website www.iqhealthcare.nl). Vier internationale indicatoren, alle op het gebied van diagnostiek, zijn afkomstig van RAND (Research and Development) en ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement). [40,35] Nationale indicatoren zijn afkomstig van ProKwaF (Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie) [21], NHG in samenwerking met de WOK (thans IQ healthcare) [19,41] en IQ healthcare in samenwerking met het Centre for Evidence based Physiotherapy (CEBP) [42]. Op het gebied van samenwerking en afstemming van zorg bij specifieke lage-rugpijn bleken geen indicatoren beschikbaar. Daarom zijn andere bronnen geraadpleegd, zoals Stichting Ketenkwaliteit COPD, het Landelijk Dementie Programma, EasyCare (eerstelijns

² Zie www.nivel.nl/lipz en www.linh.nl

dementiezorg) en een werkconferentie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg [43-46]; in combinatie met de LESA Aspecifieke lage-rugpijn [25] bleek het mogelijk om enkele generieke indicatoren aan deze bronnen te ontlenu en in het selectieproces te betrekken. De meeste beschikbare indicatoren zijn procesindicatoren. Slechts twee indicatoren geven uitdrukking aan uitkomsten op het niveau van de patiënt (“beoogde behandelresultaat is behaald, subjectief of objectief bepaald door de fysiotherapeut”). Voor een uitgebreide beschrijving van deze bronnen wordt op deze plaats verwezen naar www.iqhealthcare.nl. Tabel 1 laat zien dat ruim 40% van de verzamelde indicatoren betrekking heeft op diagnostiek. Ook blijken relatief veel indicatoren beschikbaar ten aanzien van de zorgaspecten behandeling en uiteindelijk ook voor samenwerking en afstemming. Specifiek voor het zorgaspect monitoring (zoals terugkeerafspraken en evalueren van de effecten van de behandeling) zijn relatief weinig indicatoren beschikbaar gebleken.

Selectie kernset

Toepassing van de relevantiecriteria leidde tot een eerste reductie van tweederde van de beschikbare indicatoren (zie tabel 1). De 22 resterende indicatoren werden vervolgens getoetst op nationale aanbevelingen zoals omschreven in de richtlijnen. Dit resulteerde in een verdere reductie van vier indicatoren. Toepassing van de overige selectiecriteria alleen leidde niet meteen tot de uiteindelijke kernset; overwegingen op basis van klinimetrische eigenschappen en meetbaarheid, in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren leidde tot een kernset van elf indicatoren. Dit selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze kernset is te vinden via de website www.iqhealthcare.nl.

Tabel 1: Resultaten selectieproces naar zorgaspect

Zorgaspecten	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Selectie na relevantie-criteria	Selectie na criterium ‘nationale aanbevelingen’	Selectie na overige criteria	Samenstelling kernset
Diagnostiek	25 (41%)	6	6	6	3 (27%)
Behandeling	18 (30%)	7	6	6	5 (45%)
Monitoring	4 (7%)	2	1	1	1 (9%)
Afstemming tussen zorgverleners	14 (23%)	7	5	4	2 (18%)
Totaal aantal indicatoren	61 (100%)¹	22	18	17	11 (100%)¹

¹ Door afronding is dit percentage niet precies 100%.

Tabel 1 laat zien dat alle zorgaspecten met ten minste één indicator zijn vertegenwoordigd in de kernset. De samenstelling van de kernset kenmerkt zich door relatief veel indicatoren ten aanzien van de zorgaspecten diagnostiek (30%) en behandeling (40%). Het zorgaspect monitoring is met één indicator vertegenwoordigd, terwijl de kernset twee indicatoren bevat die uitdrukking geven aan de samenwerking en afstemming tussen huisartsen therapeuten.

In tabel 2 worden de geselecteerde indicatoren gepresenteerd. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen is een aantal indicatoren geherformuleerd.

Uit tabel 2 blijkt dat uit bijna alle bronnen ten minste één indicator is geselecteerd of afgeleid. De set bestaat uit twee structuurindicatoren, te weten nummer 10 en 11, één

uitkomstindicator (nummer 8) en acht procesindicatoren. De helft van de indicatoren, afkomstig of afgeleid van ProKwaF, RAND, ICSI en IQ/CEBP, kunnen inhoudelijk als valide worden beschouwd. Of tegemoet wordt gekomen aan andere klinimetrische eigenschappen, zoals de discriminante validiteit en betrouwbaarheid, zal een praktijktest uitwijzen. Indicator nummer 8 (IQ/CEBP) is wat dit betreft verder ontwikkeld. De overige indicatoren dienen hiervoor nog een praktijktoets te ondergaan.

Tabel 2: Overzicht van de geselecteerde indicatoren naar zorgaspect en bron

Diagnostiek	Bron
(1) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie alarmsignalen of 'rode vlaggen' zijn geïnventariseerd.	ProKwaF (herformulering conform LESA)
(2) Percentage patiënten met lage-rugpijn zonder alarmsignalen of 'rode vlaggen' waarbij geen beeldvormende diagnostiek is uitgevoerd.	NHG/WOK ¹ , ICSI, RAND (herformulering conform LESA)
(3) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie psychosociale risicofactoren (voor een chronisch beloop) of 'gele vlaggen' zijn geïnventariseerd.	ProKwaF (herformulering conform LESA)
Behandeling	
(4) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met een tijdcontingent bewegingsadvies.	NHG/WOK (herformulering conform LESA, NHG, KNGF)
(5) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie volgens een stappenplan analgetica.	NHG/WOK (herformulering conform NHG)
(6) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie maar <i>geen</i> benzodiazepine.	NHG/WOK
(7) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het beleid in samenspraak met de patiënt is vastgesteld.	ProKwaF, IGZ (herformulering conform LESA/NHG)
(8) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het behandelresultaat is behaald, subjectief of objectief bepaald.	IQ/CEBP
Monitoring	
(9) Het percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie op de in het behandelplan aangegeven momenten wordt geëvalueerd.	ProKwaF
Afstemming tussen betrokken zorgverleners	
(10) Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt over onderlinge afstemming (huisartsen en therapeuten) van de werkwijze en verantwoordelijkheden.	LESA
(11) Het is bekend wat de expertise is van de beschikbare therapeuten (fysiotherapeuten, manueel therapeuten, oefentherapeuten C/M) in de regio.	LESA

¹ De naam 'WOK' (Centre for Quality of Care Research) is veranderd in 'IQ healthcare' (IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen)

Resultaat na consultatierondes

Naar aanleiding van de consultatierondes werd één indicator toegevoegd en werden drie indicatoren aangepast:

- Indicator 1 werd verduidelijkt met een toevoeging van "voor specifieke rugpijn".
- Bij indicator 3 waren de meningen verdeeld: handhaven, aanpassen of verwijderen (één expert). Een reden om de indicator te verwijderen zou zijn dat de contacten met een zorgverlener vaak eenmalig en afdoende zijn en het dus bij een grote groep patiënten niet nodig is om gele vlaggen te inventariseren. Data uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) laten echter zien dat 80% van alle patiënten met rugpijn vaker dan twee maal door een fysiotherapeut worden gezien. Patiënten met klachten korter dan een maand bij aanvang van de behandeling

hadden in 2008 gemiddeld ruim zes behandelingen; 65% had meer dan twee behandelingen. Volgens de LESA zouden bij aanhoudende klachten langer dan drie weken psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop geïnventariseerd moeten worden. Verder stelde een aantal experts voor om alleen de belangrijkste risicofactoren te meten, bijvoorbeeld de mate van bewegingsangst en catastroferende gedachten over pijn. In de richtlijnen worden verschillende voorbeelden genoemd. Zo staan in de LESA nog twee andere voorbeelden, te weten: inadequaat ziektegedrag en problemen op het werk. Vanwege de discussie op dit vlak is besloten de voorgestelde indicator te handhaven en ten behoeve van de operationalisatie te vermelden dat ten minste de twee belangrijkste risicofactoren geïnventariseerd dienen te zijn (bewegingsangst en catastroferende gedachten over pijn).

- Indicator 4 werd uitgebreid met drie deelindicatoren over advies op het gebied van actief blijven (4a), het zo mogelijk hervatten van het (vrijwilligers)werk (4c) en geruststelling (4d). Een tijdcontingent bewegingsadvies (4b, originele formulering) geldt alleen voor patiënten met een afwijkend beloop van de rugpijn. Het verstrekken van een informatiefolder, en deze bij voorkeur samen met de patiënt doornemen, zou een voorbeeld van operationalisatie van 4a, c en d kunnen zijn (gebaseerd op een advies van een van de experts over voorlichting en advisering).
- Bij indicator 10 speelde de discussie om afstemming tussen de betrokken zorgverleners nader te specificeren op het gebied van informatie en advies. Tijdens het selectieproces was een aparte indicator over voorlichting en advies afgevalen vanwege overlap met de uiteindelijk geselecteerde indicator over algemene afstemming (indicator 10). Een meerderheid van de experts vond algemene afstemming van de werkwijze en verantwoordelijkheden echter dermate belangrijk, mede in het kader van toekomstige ontwikkelingen op het gebied van ketenzorg, dat besloten is om indicator 10 te handhaven en een extra indicator over afstemming op het gebied van informatie en advies toe te voegen. Aan de oorspronkelijke indicator 10 is de term 'geformaliseerd' toegevoegd om te benadrukken dat de afspraken in lijn met de richtlijnen moeten zijn.

Ten slotte werd opgemerkt dat de indicatoren 5 en 6 vooral betrekking hebben op huisartsenpraktijken en dus in tegenstelling tot de andere indicatoren minder generiek van aard zijn. Omdat dit meer met het aanbod van zorg te maken heeft dan met de vraag naar zorg (alleen huisartsen mogen medicatie voorschrijven terwijl in principe iedere patiënt met medicatie te maken kan krijgen) en medicatiebeleid een belangrijk onderdeel is van de kwaliteit van zorg, is besloten deze indicatoren te handhaven.

Resultaat praktijktoets

Uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) zijn de meeste indicatoren vooralsnog niet af te leiden. Wel zou bekeken kunnen worden of patiënten met lage-rugklachten advies hebben gekregen (indicator 4, LiPZ), in hoeverre benzodiazepines worden voorgeschreven (indicator 6, LINH) en of het behandelresultaat is behaald (indicator 8, LiPZ). Voor een deel van de indicatoren waren direct gegevens voorhanden uit het Project

Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie (ProKwaf) en het Project Prestatie-indicatoren fysiotherapie (tabel 3).

Tabel 3: Beschikbare gegevens voor indicatoren van de kwaliteit van eerstelijnszorg aspecifieke lage-rugpijn

	% en bron	Opmerkingen
Diagnostiek		
(1) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie alarmsignalen of 'rode vlaggen' voor specifieke rugpijn zijn geïnterpreteerd.	100% ¹	
(2) Percentage patiënten met lage-rugpijn zonder alarmsignalen of 'rode vlaggen' waarbij geen beeldvormende diagnostiek is uitgevoerd.		e
(3) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie psychosociale risicofactoren (voor een chronisch beloop) of 'gele vlaggen' ^I zijn geïnterpreteerd.	91% ¹	
Behandeling		
(4a) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met het advies om actief te blijven. ^{II}		c
(4b) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met een tijdcontingent bewegingsadvies. ^{III}		
(4c) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met dat het advies heeft gekregen (ook) het werk weer zo snel mogelijk te hervatten. ^{IV}		
(4d) Percentage patiënten met (sub)acute aspecifieke lage-rugpijn met geruststelling. ^V		
Bij 4a, c en d: voorbeeld operationalisatie: een voorlichtingsfolder is verstrekt en deze is (bij voorkeur) samen met de patiënt doorgenomen.		
(5) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie volgens een stappenplan analgetica.		e
(6) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met voorgeschreven medicatie maar <i>geen</i> benzodiazepine.		d
(7) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het beleid in samenspraak met de patiënt is vastgesteld.	66% ¹	a
(8) Percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie het behandelresultaat is behaald, subjectief of objectief bepaald.	73-79% ²	b,c
Monitoring		
(9) Het percentage patiënten met aspecifieke lage-rugpijn bij wie op de in het behandelplan aangegeven momenten wordt geëvalueerd.	86% ¹	
Afstemming tussen betrokken zorgverleners		
(10) Binnen de regio zijn de informatie en adviezen van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd.	-	e
(11) Binnen de regio zijn geformaliseerde ^{VI} afspraken gemaakt over onderlinge afstemming (huisartsen en therapeuten) van de werkwijze en verantwoordelijkheden.	-	e
(12) Het is bekend wat de expertise is van de beschikbare therapeuten (fysiotherapeuten, manueel therapeuten, oefentherapeuten C/M) in de regio.	-	e

^I In de richtlijnen worden verschillende uitingen of risicofactoren genoemd, in ieder geval dienen de twee belangrijkste factoren te zijn geïnterpreteerd: 'catastroferende gedachten over pijn' en 'bewegingsangst'.

^{II} Noemer: alle patiënten met aspecifieke lage-rugpijn.

^{III} Noemer: patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met afwijkend beloop.

^{IV} Noemer: patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met (gedeeltelijk) ziekteverzuim van werk, inclusief vrijwilligerswerk.

^V Uitgelegd is dat de pijn meestal vanzelf verdwijnt.

^{VI} Dat wil zeggen afspraken in lijn met de richtlijnen.

¹ ProKwaf. Data zijn in 2005 verzameld bij 242 patiënten via 109 fysiotherapeuten. [21]

² IQ healthcare en Centre for Evidence based Physiotherapy (CEBP). Gemiddelde indicatorscores van respectievelijk een objectieve en subjectieve beoordeling. De percentages hebben betrekking op respectievelijk 45 en 49 praktijken en 1192 en 1148 patiënten. Data werden handmatig verzameld door getrainde fysiotherapeuten. [42]

- ^a Zelfrapportage fysiotherapeut.
- ^b Percentage betreft de totale patiëntenpopulatie van fysiotherapeuten, dus niet alleen patiënten met specifieke lage-rugpijn.
- ^c Mogelijk (deels) uit LiPZ te extraheren.
- ^d Mogelijk uit LINH te extraheren.
- ^e (Nog) geen data beschikbaar.

Geconcludeerd kan worden dat voor een aantal indicatoren (indicator 1, 3, 4 en 6-9) de gegevensverzameling haalbaar lijkt, echter met de kanttekening dat de hier gepresenteerde data alle handmatig verzameld zijn uit (elektronische) dossiers van enkel fysiotherapeuten. Mogelijk is een beperkt aantal indicatoren (ook) te extraheren uit het LiPZ en LINH. Nader onderzoek om de benodigde gegevens op een relatief eenvoudige manier te kunnen verzamelen, bij voorkeur middels geautomatiseerde registratiesystemen, is wenselijk. Alleen bij volledige registratie van de gegevens door alle betrokken zorgverleners kan op een betrouwbare manier informatie over de kwaliteit van zorg verstrekt worden. Daarbij moet opgemerkt worden dat indicator 4 mogelijk lastig uitvoerbaar is omdat registratie van verstrekte adviezen nog onvoldoende plaatsvindt, de gegevens van indicator 7 vermoedelijk ook verkrijgbaar zijn via de patiënt en dat de indicatoren 10-12 wellicht beter te meten zijn via een praktijkvertegenwoordiger.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Discussie

Op het gebied van eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn zijn verschillende indicatoren beschikbaar. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 61 indicatoren ten aanzien van de zorgaspecten diagnostiek, behandeling, monitoring en samenwerking en afstemming van zorg. In dit aantal is rekening gehouden met overlap tussen dezelfde indicatoren. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op diagnostiek en behandeling. Relatief weinig indicatoren zijn geformuleerd over monitoring. Waarschijnlijk omdat samenwerking en afstemming weinig belicht worden in de (beroepsgebonden) richtlijnen, bleken er nauwelijks indicatoren voorhanden op het gebied van specifieke lage-rugpijn. Vanwege de eerstelijnsbrede insteek van het Voorhoedeproject is naast het zorginhoudelijk, patiëntgebonden handelen expliciet aandacht besteed aan continuïteit van zorg. De zorg voor mensen met (chronische) specifieke lage rugpijn leent zich prima voor een dergelijke benadering gezien de verschillende disciplines die bij de zorg betrokken kunnen zijn. Daarom werden algemene ketenindicatoren of indicatoren ontwikkeld voor een andere aandoening, maar mogelijk ook van toepassing op de zorg voor mensen met specifieke lage rugpijn, meegenomen in dit project. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren, leidde uiteindelijk tot identificatie van 11 indicatoren voor de kernset. Na consultatie van experts werd een indicator toegevoegd en werden drie indicatoren aangepast.

Bij de selectie van de indicatoren kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn de relevantiecriteria met betrekking tot geschiktheid voor publieke informatie en voor de

verschillende doelgroepen subjectief van aard. Dit probleem werd zo veel mogelijk ondervangen door de indicatoren door twee personen onafhankelijk van elkaar te laten scoren. Toch is het mogelijk dat hierdoor een aantal indicatoren onterecht is afgevalen of doorgesluist naar de volgende criteria. Het is echter de vraag in hoeverre dit van invloed is geweest op de uiteindelijke samenstelling van de set.

Een tweede kanttekening betreft de relatief zware rol die tijdens de selectie aan nationale richtlijnen is toegekend. Hier is voor gekozen omdat publieke informatie onder andere opgevat kan worden als verantwoordingsinformatie. Dergelijke informatie dient gebaseerd te zijn op (evidence-based) aanbevelingen en afspraken die professionals zelf verwoorden in 'eigen' richtlijnen. Bovendien komt de toepassing van richtlijnen de inhoudsvaliditeit van de set ten goede. Een beperking echter die het gebruik van richtlijnen met zich meebrengt is de selectie van zorgtaken; in richtlijnen ligt de nadruk op het (para)medisch handelen rondom een bepaalde aandoening, zoals specifieke lage-rugpijn. Zo is er minder aandacht voor (zorg)taken op het gebied van comorbiditeit, patiëntinbreng of –betrokkenheid en praktijkmanagement. Ook vormt primaire preventie van lage-rugpijn over het algemeen geen onderdeel van de richtlijnen. Alleen de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft in haar richtlijn voor bedrijfsartsen een paragraaf aan preventie gewijd. Hierin staat advisering van werknemers centraal. Zo wordt bij bewegingsarmoede geadviseerd om meer te bewegen, bij een lage belastbaarheid wordt geadviseerd middels gerichte oefeningen de belastbaarheid te vergroten en bij het vóórkomen van werkgerelateerde rugklachten op een afdeling worden ergonomische en organisatorische maatregelen geadviseerd. Dat er weinig aandacht is voor primaire preventie wordt veroorzaakt door het nagenoeg ontbreken van bewijs voor gunstige effecten van preventieve maatregelen. [31,47,48] Ten slotte zijn richtlijnen onderhevig aan veroudering, hetgeen de noodzaak van regelmatig onderhoud en updaten van de hier gepresenteerde set onderstreept.

Een derde kanttekening bij de selectie betreft (het scoren van) de klinimetrische eigenschappen; dit criterium is steeds coulant beoordeeld; wanneer slechts informatie voorhanden was over de inhoudsvaliditeit of over de gevolgde procedure van ontwikkelen waardoor de betreffende indicator als inhoudsvalide kon worden beschouwd, werd het criterium positief gescoord. Andere klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, zullen in de praktijk getest moeten worden. De praktijktest in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens, terwijl tevens gestreefd werd naar een zo volledig mogelijk beeld van referentiegegevens.

Ten slotte kan bij de selectie van indicatoren als mogelijke beperking worden aangevoerd dat uitgegaan is van reeds bestaande en beschikbare indicatoren. Nu zijn er op het gebied van specifieke lage-rugpijn diverse indicatoren ontwikkeld waardoor er in zorginhoudelijke zin een compleet beeld van de kwaliteit van zorg verkregen kan worden. Zoals eerder aangegeven waren er echter op het gebied van specifieke lage-rugpijn geen indicatoren voorhanden die uitdrukking geven aan de samenwerking en afstemming tussen professionals. Wellicht zijn in de wetenschappelijke literatuur meer indicatoren te vinden in de vorm van effectmaten (gerelateerd aan het primaire zorgproces) maar deze zijn enkel aangehaald wanneer er binnen de betreffende discipline geen indicatoren voorhanden waren, zoals de 'indicatoren' in het onderzoek van Schers et al. [19] Het is

evenwel aannemelijk dat met de hier gepresenteerde selectie uit de huidige beschikbare indicatoren (aangevuld met algemene ketenindicatoren of aangepaste indicatoren, oorspronkelijk bedoeld voor een ander zorgproduct), een inhoudelijk valide indicatie gegeven kan worden van de kwaliteit van eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn.

De hier gepresenteerde set kan aldus beschouwd worden als een inhoudelijk valide set van indicatoren voor publieke informatie; middels de gehanteerde selectiemethodiek, waarbij zwaar geleund is op nationale aanbevelingen in de diverse richtlijnen, in combinatie met de consultatie van experts, is gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit van de set. De set is nu gereed om voorgelegd te worden aan de betrokken partijen voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer hierover consensus is bereikt en de set eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test in een aantal praktijken (huisartsen, fysiotherapeuten, manueel therapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck) om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De haalbaarheid heeft dan zowel betrekking op de beschikbaarheid van de gegevens als (voldoen)de aantallen patiënten voor betrouwbare informatie. Beperkingen hierin kunnen eveneens gevolgen hebben voor de samenstelling van de set. Uit de praktijktoets in dit project bleek dat voor een aantal indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd systematisch verzameld en alleen met betrekking op fysiotherapeuten. Voor deze en enkele andere indicatoren werd registratie en dataverzameling echter wel realiseerbaar geacht. Bij de overige indicatoren (nummers 2, 5, 10-12) dient nader onderzocht te worden of en op welke manier de gegevens verzameld kunnen worden; een deel van de indicatoren is mogelijk beter uitvraagbaar via de patiënt of op praktijkniveau via een praktijkvertegenwoordiger dan via een (geautomatiseerd) registratiesysteem. De qua meetbaarheid meer complexe indicator 4 (advisering) is vanuit inhoudelijke overwegingen in de set gehandhaafd; voor implementatie behoeft deze echter een nadere specificering. Overigens is ook na vaststelling en implementatie van de set van indicatoren regelmatig onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd. Zo zijn op het moment van schrijven de richtlijnen van het CBO en KNGF in herziening [6,7,25] en is een nieuwe multidisciplinaire richtlijn in het kader van het nationale richtlijnenprogramma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) van ZonMw in de maak.

De 'ruwe' indicatorpercentages, ten slotte, zouden niet zonder beschouwing van andere factoren geïnterpreteerd moeten worden als maat voor goede zorg. Bij onderlinge vergelijking dient rekening te worden gehouden met verschillen in case-mix. Dit is met name van belang bij uitkomstmaten omdat bijvoorbeeld patiëntkenmerken (zoals leeftijd) of therapietrouw de resultaten beïnvloeden, terwijl procesindicatoren uitdrukking geven aan het handelen zelf waarbij over het algemeen verwacht mag worden dat deze plaatsvinden volgens de richtlijn, ongeacht bijvoorbeeld het geslacht of de leeftijd van de patiënt. Ten aanzien van hier geselecteerde uitkomstindicator (indicator 8, behalen van

behandeldoel) is door de ontwikkelaars onderzocht welke kenmerken van invloed zijn op de kwaliteitsscores. [42] Geadviseerd werd om geen case-mixcorrectie toe te passen voor leeftijd en wijze van aanmelding (verwijzing of DTF) omdat het subjectief of objectief vaststellen van het behandelresultaat volgens de richtlijn zou moeten plaatsvinden ongeacht de leeftijd van de patiënt en de wijze van aanmelding. Ook werd geadviseerd om geen case-mixcorrectie toe te passen voor het aantal behandelingen, maar referentiewaarden te presenteren voor de verschillende groepen (bijvoorbeeld voor patiënten met 0-9 behandelingen en patiënten met een hoger aantal behandelingen). Nadeel hiervan is dat de aantallen per praktijk mogelijk te laag uitvallen om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. [42]

In dit project werd gefocust op de directe patiëntenzorg en de continuïteit ervan. Voor informatie over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn, onder andere ten aanzien van aanvullend onderzoek, verwijsbeleid, medicatiebeleid en dossiervoering, wordt verwezen naar het afzonderlijke rapport dat in dezelfde reeks als dit rapport is verschenen. Behalve de professionele kwaliteit van het zorginhoudelijk handelen en de organisatie daarvan, kan de kwaliteit van zorg afgemeten worden aan de hand van ervaringen van patiënten. Vanwege mogelijke overlap met het traject van de Consumer Quality Index (CQ-index), waarmee de ervaringen van patiënten met de gezondheidszorg worden gemeten, zijn deze hier buiten beschouwing gelaten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van *patient reported outcomes*, zoals pijn en participatie [49] kunnen echter, naast indicatoren die uitdrukking geven aan de professionele kwaliteit, de kwaliteit van de praktijkorganisatie en de CQ-index, een zinvolle aanvulling zijn binnen het totale concept van de kwaliteit van zorg.

Conclusie

Op basis van systematische selectie en consultatie van experts konden 12 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het eerstelijns zorgproces voor mensen met specifieke lage-rugpijn in beeld brengen. De meeste indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf, als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; op basis van de praktijktoets in dit project werden enkele indicatoren qua (mogelijk) beschikbare data haalbaar geacht, echter, (geautomatiseerde) registratie in de praktijk is nog onvoldoende adequaat. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

REFERENTIES

- 1 Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine* 1995;20:1889-94.
- 2 Picavet HS, Schouten JS, Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMS(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.
- 3 Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, een kwestie van verschil. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 4 Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 5 LiPZ website www.nivel.nl/lipz geraadpleegd 29 juli 2009.
- 6 Heijmans WFGJ, Hendriks HJM, Esch M van der, Pool-Goudzwaard A, Scholten Peeters GGM, Tulder M van, Wijer A de, Oostendorp RAB. KNGF-richtlijn manuele therapie bij Lage-rugpijn. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2003;6(Suppl):1-46.
- 7 Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen J, Tulder MW van. KNGF-richtlijn Lage-rugpijn. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2005;3(Suppl):1-28.
- 8 Waddell G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. Manual therapy rounds. *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 1998;6:151-3.
- 9 Tulder MW van, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62:233-240.
- 10 Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn, eerste herziening. *Huisarts Wet* 2005;3:113-123.
- 11 Hestbaek L, LeBoeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003;12:149-165.
- 12 Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327:323-328.
- 13 Borkan J, Tulder MW van, Reis S, Schoene ML, Croft P, Hermoni D. Advances in the field of low back pain in primary care. A report of the fourth international forum. *Spine* 2002;5:E128-132.
- 14 Swinkels-Meewisse IEJ, Roelofs J, Oostendorp RAB, Verbeek ALM, Vlaeyen JWS. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain* 2006;120:36-43.
- 15 Pincus T, Santos R, Breen A, Burton AK, Underwood M for the Multinational Musculoskeletal Inception Cohort Study Collaboration. A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: a consensus statement. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 2008;1:14-24.
- 16 Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijfsbrief. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 17 Kooijman MK, Swinkels ICS, Leemrijse CJ. Eén op de vijf patiënten vindt oefentherapie zonder verwijzing. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
- 18 Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 4.
- 19 Schers H, Drijver R, Kastein M, Doremalen J van, Hoogen H van den, Braspenning J. Aspecifieke lage rugklachten in de huisartsenpraktijk. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), 1998.
- 20 Bekkering GE, Hendriks HJM, Tulder MW van, Knol DL, Hoeijenbos M, Oostendorp RAB, Bouter LM. Effect on the process of care of an active strategy to implement clinical guidelines on physiotherapy for low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2005;14:107-112.
- 21 Rutten G, Degen S, Oostendorp R. Project Kwaliteitsindicatoren Fysiotherapie - Aspecifieke lage-rugpijn (Eindrapport). Nijmegen: Centre for quality of care research (WOK), UMC St Radboud, 2006.
- 22 Bredero-Cohen AB, Meijer OG, Luijnenburg-Kroes PE, Martin L, Van Tulder MW, Hendriks HJM. Conceptrichtlijn oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck bij patiënten met aspecifieke lage-rugklachten. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2006.
- 23 Verbeek JHAM, Lebbink M (red.). Richtlijnen Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met rugklachten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), 2006.
- 24 Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO). Richtlijn Aspecifieke lage rugklachten. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 2003.
- 25 Faber E, Custers JWH, Van Ederen C, Bout J, Cinjee G, Kolnaar BGM, Schotsman R, Spinnewijn WEM, Staal JB, Ten Cate A, Wildervanck-Dekker Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Aspecifieke lagerugpijn. *CMJ. Huisarts Wet* 2008;51(9):S5-S9.

- 26 Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen specifieke lagerugpijn (herziening 2008). Den Haag, Gezondheidsraad, 2008.
- 27 Pijn Kennis Centrum Maastricht. Consensus Rapport "Pijnrevalidatie Nederland". Maastricht: Pijn Kennis Centrum, 2005.
- 28 Engers AJ, Köke A, Torenbeek M (projectleiders). Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie. ISBN 90-9017422-2.
- 29 STECR Platform Reintegratie. Werkwijzer lage rugklachten & arbeidsomstandigheden. Hoofddorp: STECR, 2004.
- 30 Airaksinen O, Hildebrandt J, Mannion AF, Ursin H, Brox JI, Klüber-Moffett J, Reis S, Zanoli G, Cedraschi C, Kovacs F, Staal JB, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. www.backpaineurope.org, 2004.
- 31 Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, Beek AJ van der, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain. European Guidelines for Prevention in Low Back pain. www.backpaineurope.org, 2004.
- 32 Tulder MW van, Becker A, Bekkering GE, Breen A, Gil del Real MT, Hutchinson A, Koes BW, Laerum E, Malmivaara A, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. www.backpaineurope.org, 2004.
- 33 Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Chronische lage rugpijn. Good Clinical practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48 A (D/2006/10.273/63).
- 34 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain. Early management of persistent non-specific low back pain. NICE clinical guideline 88. London: NICE, may 2009.
- 35 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult low back pain. Bloomington (MN): ICSI, 2006.
- 36 Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group (AAMPGG). Evidence-Based Management of Acute Musculoskeletal Pain. Bowen Hills: Australian Academic Press Pty. Ltd., 2004.
- 37 New Zealand Guidelines Group. New Zealand Acute Low Back Pain Guide. New Zealand, Wellington: NZGG, 2004.
- 38 VWS Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie VWS. 2004
- 39 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. www.qualitymeasures.ahrq.gov, geraadpleegd 25 juni 2008.
- 40 McGlynn EA. Low back pain (acute). In: Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA (Eds.). Quality of care for general medical conditions. A review of the literature and quality indicators. Santa Monica: RAND Health, 2000.
- 41 Schers HJ, Romeijnders ACM. Bewegingsapparaat. In: Braspenning JCC, Pijnenborg L, Veld CJ in 't, Grol RPTM (Red.). Werken aan kwaliteit in de huisarstenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 42 Neeleman-Van der Steen K, Ven G van de, Krol M, Bie R de, Oostendorp R, Braspenning J. Prestatie-indicatoren Fysiotherapie. Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare/CEBP, 2009.
- 43 Stichting Ketenkwaliteit COPD. Discussiestuk Intern Kwaliteitskader- en indicatoren Ketenzorg COPD. Leusden: Stichting Ketenkwaliteit COPD, 2007.
- 44 Plexus Medical Group. Netwerkindicatoren en registratie instructie Programma Ketenzorg Dementie. Werkdocument, november 2008.
- 45 Perry M, Drašković I, Achterberg T van, Eijken MIJ van, Lucassen P, Vernooij-Dassen MJFJ, OldeRikkert MGM. Development and validation of quality indicators for dementia in primary care. Submitted.
- 46 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Werkverslag naar aanleiding van de Invitational Conference ketenzorg en toezicht op 5 juni 2007. Utrecht: IGZ, juni 2007.
- 47 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Primary care interventions to prevent low back pain in adults. www.ahrq.gov, 2004.
- 48 Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Takaa EP, Kuijer PPFM, Jauhiainen MJ, Viikari-Juntura E. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ online publication* 31 Jan 2008;doi:10.1136/bmj.39463.418380.BE.
- 49 Lauridsen HH, Claus Manniche C, Korsholm L, Grunnet-Nilsson N, Hartvigsen J. What is an acceptable outcome of treatment before it begins? Methodological considerations and implications for patients with chronic low back pain. *Eur Spine J online publication* 23 June 2009; DOI 10.1007/s00586-009-1070-1.
- 50 ICF International Classification of Functioning, Disability, and Health. Een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn (brochure). Bilthoven: RIVM, 2002.

BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren

Ten aanzien van elk zorgaspect heeft systematische selectie plaatsgevonden aan de hand van onderstaande selectiecriteria. Deze zijn in de genoemde volgorde toegepast en beoordeeld met “ja”, “nee”, “?” of “niet van toepassing”:

(1) Relevantie (afgeleid van NQMC) [39]

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld verschillende typen oefentherapieën - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk, zorggroep, of thuiszorgorganisatie);
- Doelgroep: inschatting dat de informatie relevant is voor patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en inspectie, en voor professionals zelf;
- Impact op de gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant, bijvoorbeeld in termen van een hoge prevalentie of incidentie, en heeft effect op de ziektelast, zoals mortaliteit en morbiditeit;
- Toepasbaarheid op verschillende groepen van patiënten binnen de totale doelgroep: de indicator is stratificeerbaar; met de indicator kan de mate van (gelijke) verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten gemeten worden;
- Ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg: het is in zijn algemeenheid bekend dat de kwaliteit van zorg zoals uitgedrukt met de indicator laag is of dat er variatie is tussen professionals of organisaties;
- Beïnvloedbaarheid van de zorg: de resultaten van de indicator kunnen omgezet worden in acties of interventies in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op de relevant bevonden indicatoren - een indicator dient daarbij aan alle genoemde criteria voor relevantie te voldoen, met hooguit twee keer een “?” - vindt verdere selectie plaats:

(2) Nationale aanbevelingen

Bij keuze tussen verschillende indicatoren geven nationale aanbevelingen de doorslag. Indien alleen indicatoren beschikbaar zijn die afwijken van Nederlandse richtlijnen, wordt gekeken of deze aangepast kunnen worden. Dit selectie criterium is niet van toepassing op incidentie- en prevalentie-indicatoren.

De indicatoren die betrekking (kunnen) hebben op nationale aanbevelingen of waarbij dit criterium niet van toepassing is (bijvoorbeeld prevalentie), komen in aanmerking voor verdere selectie:

(3) Getest op validiteit en betrouwbaarheid

Bij keuze tussen indicatoren waarbij informatie voorhanden is over goede validiteit en betrouwbaarheid en indicatoren die nog in ontwikkeling zijn of waarbij dergelijke informatie ontbreekt, wordt gekozen voor eerstgenoemde indicator(en).

In geval er alleen indicatoren beschikbaar zijn die nog in ontwikkeling zijn of waarvan informatie over klinimetrische kenmerken ontbreekt, volstaan deze indicatoren en worden de volgende criteria toegepast:

(4) Richting van de indicator

Bij keuze tussen positieve of negatieve informatie is gekozen voor een positieve richting omdat op deze manier de nadruk wordt gelegd op de geleverde prestaties. Dit criterium geldt voor structuur- en procesindicatoren.

In geval er alleen in negatieve richting geformuleerde structuur- of procesindicatoren beschikbaar zijn, passen wij zo mogelijk de richting aan.

(5) Meetbaarheid en inspanningen voor de gegevensverzameling

Nagaan of de indicator meetbaar is. Bij keuze tussen indicatoren die verder ook aan bovenstaande criteria voldoen wordt gekozen voor indicatoren met de minste inspanningsvereisten voor de gegevensverzameling.

BIJLAGE 2 Functionele omschrijving van eerstelijnszorg bij specifieke lage-rugpijn

In verschillende richtlijnen wordt specifieke lage-rugpijn naar beloop ingedeeld in drie fasen: acuut (0-6 weken), subacuut (6-12 weken) en chronisch (> 12 weken). Ook wordt wel onderscheid gemaakt tussen een normaal en afwijkend beloop: bij een normaal beloop nemen de klachten binnen drie weken af en neemt deelname aan het maatschappelijk leven toe; de eventueel nog aanwezige lage-rugpijn belemmert het uitvoeren van de normale activiteiten niet (meer). Van een afwijkend beloop is sprake als binnen drie weken de pijn niet afneemt en de beperkingen in het dagelijks leven niet verminderen. De richtlijn van de NVAB [23] maakt onderscheid tussen een gunstige prognose (“bij pijn die niet verder uitstraalt dan de knie, bij afwezigheid van algemene ziekteverschijnselen en bij provocatie van de pijn bij houdingen, bewegingen of externe belasting en bij afwezigheid van ongunstige prognostische factoren”) en ongunstige prognose (“bij dezelfde klachten maar bij aanwezigheid van een of meer van de prognostisch ongunstige factoren”). Omdat in de LESA [25] het handelen van drie belangrijke beroepsgroepen (huisarts, fysiotherapeut en oefentherapeut C/M) is samengevoegd, wordt in deze functionele omschrijving uitgegaan van de daarin gehanteerde indeling naar normaal en afwijkend beloop.

Over het algemeen vormt primaire preventie van lage-rugpijn geen onderdeel van de richtlijnen voor de behandeling van mensen met specifieke lage-rugpijn. Alleen de NVAB heeft in haar richtlijn voor bedrijfsartsen een paragraaf aan preventie gewijd. Hierin staat advisering van werknemers centraal: bij bewegingsarmoede wordt geadviseerd meer te bewegen, bij een lage belastbaarheid wordt geadviseerd middels gerichte oefeningen de belastbaarheid te vergroten en bij het vóórkomen van werkgerelateerde rugklachten op een afdeling worden ergonomische en organisatorische maatregelen geadviseerd. Dat er weinig aandacht is voor primaire preventie wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het nagenoeg ontbreken van bewijs voor gunstige effecten van preventieve maatregelen. [31,47,48] De *European guidelines for prevention in low back pain* [30], waarin ook systematic reviews van de Cochrane Collaboration zijn verwerkt, richten zich daarom meer op het beperken van de impact en consequenties van lage-rugpijn (zoals recidivering, ziekteverzuim, zorggebruik en verlies van werk), dan op het voorkomen van lage-rugpijn zelf. Zo worden bewegen en het doen van oefeningen aanbevolen om ziekteverzuim als gevolg van lage-rugpijn te voorkomen. Met het oog op primaire preventie echter is er onvoldoende bewijs voor aanbevelingen voor of tegen bepaalde oefeningen en met welke intensiteit. Dit geldt zowel voor de algemene bevolking als voor werkende mensen. De AHRQ concludeert dat er geen bewijs is voor aanbevelingen voor of tegen rugversterkingsoefeningen of het beïnvloeden van risicofactoren (zoals meer bewegen, stoppen met roken, minder alcohol gebruik) voor de primaire preventie van lage-rugpijn in primary care settings. [47] De NVAB baseert zich in haar richtlijn op het review van Burton et al. [31] en geeft daarom aan haar aanbevelingen het evidence level D (mening van de projectgroep). Voor de volledigheid, en omdat deze aanbevelingen voor de beroepsgroep van bedrijfsartsen gelden en aldus goede zorg behelzen, zijn de zorgtaken in tabel 2.1

beschreven. Bij de uitwerking van dit rapport is primaire preventie van specifieke lage-rugpijn echter buiten beschouwing gelaten.

Eerstelijnszorg voor mensen met specifieke lage-rugpijn kan verder ingedeeld worden naar het diagnostisch proces, de behandeling en monitoring van de patiënt. Behandeling van specifieke lage-rugpijn bestaat uit voorlichting, niet-medicamenteuze behandeling (zoals het stimuleren van (blijven) bewegen) en medicamenteuze behandeling. Het behandelbeleid van eerste keuze is een activerend beleid waarbij de patiënt wordt gestimuleerd om lichamelijk actief te zijn en te oefenen (LESA).

Wie voor welke zorgtaak de uitvoering in handen heeft kan tussen patiënten verschillen. Zo kunnen de diagnostiek en behandeling uitgevoerd worden door zowel de huisarts, als de (manueel) fysiotherapeut en oefentherapeut (LESA). Het uitgangspunt van het Voorhoedeproject is dat de zorg goed wordt uitgevoerd; wie de taak uitvoert is daaraan ondergeschikt. Samenwerking en afstemming tussen deze professionals is dan ook van groot belang. Concreet kan daarbij gedacht worden aan (regionale) werkafspraken. Met de directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut (januari 2006) en de oefentherapeut (juli 2008) is het belang van werkafspraken nog groter geworden. [23] Het maken van regionale werkafspraken bevordert volgens de LESA de samenhang in het beleid en de uniformiteit van het handelen in de eerste lijn.

Tabel 2.1 geeft een samenvatting van de (zorg)taken rondom specifieke lage-rugpijn aan volwassen patiënten op basis van de richtlijnen en afspraken. Soortgelijke taken afkomstig van verschillende richtlijnen voor verschillende beroepsgroepen zijn gegroepeerd in één cel. Omdat taken op het gebied van samenwerking en afstemming niet het primaire proces betreffen (geen patiëntgebonden handelingen) en meestal niet ziektespecifiek zijn, is onderscheid gemaakt tussen primaire zorgtaken en samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.

Tabel 2.1: Overzicht van (zorg)taken bij specifieke lage rugklachten

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER ¹
PREVENTIE		
Adviseren van ergonomische en organisatorische maatregelen om te komen tot reductie van trillingsbelasting, vermindering van tilbelasting of vermindering van draaien of vooroverbuigen van de rug, indien de normen voor deze belasting worden overschreden.	Afdeling (of organisatie) met gezonde werknemers waar werkgerelateerde rugklachten vóórkomen.	Bedrijfsarts
Adviseren om meer te bewegen.	Gezonde werknemers met bewegingsarmoede.	Bedrijfsarts
Adviseren om gerichte oefeningen te doen om de belastbaarheid te vergroten.	Gezonde werknemers met een lage belastbaarheid.	Bedrijfsarts
Ter preventie van een recidief adviseren om oefeningen te doen of meer te bewegen. Aangeven dat een recidief vaak optreedt en nooit helemaal te voorkomen is.	Werknemers bekend met specifieke rugklachten.	Bedrijfsarts

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER ¹
NORMAAL BELOOP – DIAGNOSTIEK		
Anamnese en lichamelijk onderzoek: nagaan of er signalen zijn die wijzen op een specifieke oorzaak van de lage-rugpijn ('rode vlaggen', zoals eerste begin van rugpijn voor 20 ^e en na 55 ^e levensjaar, onverklaard gewichtsverlies) Idem, inclusief het checken 'gele' vlaggen checken (beoordelen van prognostische belemmerende factoren) en checken van relatie tussen arbeid en klachten.	Patiënt met lage-rugpijn (voor het eerst, of nieuwe episode). Werknemer met rugklachten tijdens eerste spreekuurcontact tussen 2 en 4 weken verzuim.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M Bedrijfsarts
Stellen van de diagnose aspecifieke lage-rugpijn bij ontbreken van signalen van specifieke rugpijn. Idem, inclusief vaststellen of het om een beroepsziekte gaat.	Patiënt met lage-rugpijn. Werknemer met rugklachten tijdens eerste spreekuurcontact tussen 2 en 4 weken verzuim.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M Bedrijfsarts
Inschatten van de mate van disfunctioneren. Onderzoeken van de beweeglijkheid van de rug om een indruk te krijgen van de beperkingen. Om de functionele status en het functioneren in kaart te brengen en te evalueren, wordt aanbevolen om gebruik te maken van de meetinstrumenten 'Patiënt Specifieke Klachten' en 'Quebec Back Pain Disability Scale' (QBPS)	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn. Werknemer met rugklachten tijdens eerste spreekuurcontact tussen 2 en 4 weken verzuim. Patiënt met lage-rugpijn.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut Bedrijfsarts (Manueel) fysiotherapeut
Beeldvormende diagnostiek en laboratoriumonderzoek zijn in deze fase <u>niet</u> zinvol.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn < 3 weken	Huisarts
Wanneer uit de screening van de patiënt blijkt dat er sprake is van een patroon van tekenen en/of symptomen dat binnen het individuele competentiegebied valt, wordt de diagnostiek vervolgd. In geval van bijvoorbeeld 'rode vlaggen', adviseren om contact op te nemen met de huisarts.	Patiënt met lage-rugpijn die zonder verwijzing de (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M consulteert	(Manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M
Inventariseren van de aard en de ernst van de pijn en de mate waarin deze door de fysiotherapeut beïnvloedbaar zijn.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn	Fysiotherapeut
Inventariseren of er sprake is van een normaal of afwijkend beloop, en van functioneren volgens ICF-classificatie [50]. Onderscheid maken in gunstige of ongunstige prognose.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn Werknemer met rugklachten tijdens eerste spreekuurcontact tussen 2 en 4 weken verzuim	Fysiotherapeut Bedrijfsarts
Samen met de patiënt kijken en analyseren van diens lichaamshouding en manier van bewegen in relatie tot de klachten.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn	Oefentherapeut C/M
Onderzoeken van de mate van variatie en adaptatie van bewegingsstrategieën en mogelijkheden voor oefentherapeutische beïnvloeding.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn	Oefentherapeut C/M

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER ¹
NORMAAL BELOOP – BEHANDELING		
Nadruk ligt op voorlichting en advies over (opnieuw of blijven) bewegen en zoveel mogelijk normaal (blijven) functioneren (inclusief werk). Idem, inclusief adviseren om te blijven werk (zo nodig door tijdelijk de belasting aan te passen in uren of taken) en geen bedrust te nemen. Bij verzuim adviseren om het werk binnen twee weken te hervatten en hiervoor samen met de werknemer een plan maken met geleidelijk opklimmende belasting van uren en taken.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn < 3 weken Werknemer met aspecifieke rugklachten met prognostisch gunstig verloop.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M, Bedrijfsarts
Adviseren: - dat een actieve benadering pijn en beperkingen het beste reduceert en dat terugkeer naar het werk voordat de pijn helemaal weg is de beste methode is om vlot van de klachten te herstellen; - om de belasting op een stapsgewijs volgens een vooropgesteld plan op te voeren, bij overbelasting door tillen, etc. de de belasting op de werkplek te reduceren.	Werkgever en werknemer met aspecifieke rugklachten met prognostisch gunstig verloop.	Bedrijfsarts
Eventueel pijnstillers voorschrijven volgens een stappenplan (beschreven in NHG-Standaard) Adviseren om zo nodig pijnstillers te nemen: eerste keus paracetamol, tweede keus NSAID's.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn < 3 weken. Werknemer met aspecifieke rugklachten met prognostisch gunstig verloop.	Huisarts Bedrijfsarts
Verwijzing voor oefentherapie of manipulatie naar een (manueel) fysiotherapeut of oefentherapeut wordt in deze fase <u>niet</u> geadviseerd.	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn < 3 weken.	
NORMAAL BELOOP – MONITORING		
Patiënt instructies meegeven over wanneer terug te komen (NHG-Standaard).	Patiënt met aspecifieke lage-rugpijn < 3 weken.	Huisarts
Binnen twee weken evalueren of de interventies succesvol zijn geweest.	Werknemer met aspecifieke rugklachten.	Bedrijfsarts
AFWIJKEND BELOOP – DIAGNOSTIEK		
Herhaling anamnese en lichamelijk onderzoek en inventarisatie 'rode vlaggen', en nagaan of er sprake is van werkverzuim en welke dagelijkse activiteiten niet mogelijk zijn.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 6 weken of eventueel eerder maar na 3 weken).	Huisarts
Herhalen lichamelijk onderzoek en zo nodig met de huisarts overleggen over verwijzing naar een specialist.	Bij twijfel over diagnose bij werknemer met aanhoudende lage rugklachten.	Bedrijfsarts
Nagaan of er psychosociale risicofactoren aanwezig zijn voor de ontwikkeling tot chronische aspecifieke lage-rugpijn ('gele vlaggen', zoals inadequaate ziektegedrag of bewegingsangst).	Patiënt waarbij de lage-rugpijn niet binnen 3 weken is afgenomen of bij frequente recidieven	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M
Eventueel verwijzen naar een (manueel) fysiotherapeut of oefentherapeut C/M) voor een eenmalig diagnostisch consult met als doel het inschatten van de mate van beïnvloedbaarheid van de klachten door fysiotherapie, manuele therapie of oefentherapie.	Patiënt met lage-rugpijn met afwijkend beloop.	Huisarts

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER¹
Herhaling anamnese en lichamelijk onderzoek, en opnieuw nagaan welke activiteiten (inclusief werk) de patiënt niet of minder goed kan uitvoeren.	Patiënt met aanhoudende lage rugpijn (na 12 weken = 'chronisch') of bij frequente recidieven.	Huisarts
Inventariseren of de eventuele stoornissen, beperkingen en participatieproblemen en de aanwezigheid van eventuele 'gele vlaggen' door fysiotherapie te beïnvloeden zijn.	Patiënt met lage-rugpijn met afwijkend beloop	(Manueel) fysiotherapeut
AFWIJKEND BELOOP – BEHANDELING		
Zelf opstellen van een behandelplan met vaste termijnen gericht op stapsgewijze verbetering van het dagelijks functioneren, zodat de patiënt de activiteiten geleidelijk uitbreidt ongeacht de ervaren klachten. Een dergelijke 'tijdcontingente' opbouw heeft de voorkeur boven een 'pijncontingente' opbouw (bewegen als de pijn het toelaat of verdwenen is). Of doorverwijzen voor een dergelijke aanpak naar fysiotherapeut of oefentherapeut C/M. In bepaalde gevallen kan ook verwezen worden naar de manueel therapeut.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 6 weken of eventueel eerder maar na 3 weken)	Huisarts
Afhankelijk van de inschatting van de prognose, stapsgewijs verwijzen naar een (manueel) fysiotherapeut, in laatste instantie naar een multidisciplinair begeleidingsprogramma waarvan een arts psycholoog en fysiotherapeut deel uitmaken en dat gericht is op werkhervatting of een vergelijkbaar pijnmanagementprogramma.	Werknemer met specifieke rugklachten met prognostisch ongunstig verloop.	Bedrijfsarts
Bij verzuim adviseren om het werk binnen vier weken te hervatten en hiervoor samen met de werknemer een plan maken met geleidelijk opklimmende belasting van uren en taken.	Werknemer met specifieke rugklachten met prognostisch ongunstig verloop.	Bedrijfsarts
Bij verzuim adviseren om samen met de leidinggevende de belemmeringen voor werkhervatting te inventariseren en hiertegen maatregelen te nemen door het werk of de werkplek aan te passen in tijd of zwaarte (tenminste tijdelijk). Deze maatregelen komen in een plan van aanpak.	Werkgever en werknemer met specifieke rugklachten met prognostisch gunstig verloop.	Bedrijfsarts
Eventueel pijnstillers voor een bepaalde periode voorschrijven ter ondersteuning van de activerende aanpak (in NHG-Standaard).	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 6 weken of eventueel eerder maar na 3 weken)	Huisarts
Nadruk ligt op het geven van informatie en advies, het coachen, het oefenen van functies en activiteiten en het bevorderen van de participatie.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 6 weken of eventueel eerder maar na 3 weken).	Fysiotherapeut
Aanbevelen / uitvoeren van een fysiek en gedragsgeoriënteerd bewegingsprogramma / oefentherapie.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 12 weken = 'chronisch') of bij frequente recidieven.	Huisarts / fysiotherapeut
Beperken van langdurige behandelingen en niet zinvolle onderzoeken en bevorderen dat patiënt bij geen verbetering status quo leert accepteren.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn (na 12 weken = 'chronisch') of bij frequente recidieven.	Huisarts / fysiotherapeut

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER¹
Manipulatie en/of mobilisatie (het helpen bij het normaliseren van de beweeglijkheid van gewrichten, spieren en zenuwen). NB dit is onderdeel van totale aanpak (zie taken fysiotherapeut), maar specifiek voor de manueel therapeut. ¹	Patiënten met kortdurende klachten bij wie na twee tot drie weken geen afname van pijn en toename van activiteiten plaatsvindt; Patiënten met een afwijkend beloop zonder psychosociale risicofactoren; Patiënten met een tijdelijke opleving van klachten.	Manueel therapeut
Oefentherapie in deze fase is gericht op functioneel bewegen en gedragsverandering op de lange termijn. Nadruk ligt op bewustwording van het bewegingspatroon en op het bevorderen van de belastbaarheid van de patiënt. Patiënt krijgt oefeningen mee voor de thuissituatie om de participatie te bevorderen.	Patiënt met lage-rugpijn met afwijkend beloop.	Oefentherapeut C/M
Werkgever en werknemer adviseren om een andere functie te zoeken aangepast aan de beperkingen van de werknemer.	Werknemer met aspecifieke rugklachten langer dan een half jaar en langer durend (gedeeltelijk) verzuim.	Bedrijfsarts
AFWIJKEND BELOOP – MONITORING		
Huisarts houdt vinger aan de pols wat betreft het resultaat van de (zelf) ingestelde behandeling: na 2 weken een tussenevaluatie en na maximaal 6 weken beoordeling van mogelijk blijvend disfunctioneren. De duur van de deze termijnen is afhankelijk van het behandeldoel en de gekozen therapievorm (NHG-Standaard).	Patiënt met lage-rugpijn met afwijkend beloop.	Huisarts
Bij verwijzing naar een therapeut eventueel een tussenevaluatie afspreken om na te gaan of de behandeling het gewenste effect heeft en of verdere behandeling nodig is (LESA).	Patiënt met lage-rugpijn met afwijkend beloop.	Huisarts
Regelmatig nagaan of de patiënt vanwege de lage-rugpijn belemmeringen ervaart in het werk of verzuimt van het werk. Bij verzuim de patiënt adviseren zo spoedig mogelijk het werk te hervatten en zo nodig de bedrijfsarts te contacteren voor verdere afspraken over eventuele begeleiding bij de werkhervatting.	Patiënt met aanhoudende lage-rugpijn.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M
Binnen twee weken evalueren of de interventies succesvol zijn geweest.	Werknemer met aspecifieke rugklachten.	Bedrijfsarts
TAKEN TEN AANZIEN VAN SAMENWERKING EN AFSTEMMING TUSSEN ZORGVERLENERS		
Afspraken over een eenduidige inhoudelijke zorgverlening (bijvoorbeeld werkafspraken voortvloeiend uit de LESA met betrekking tot voorlichtingsmateriaal en adviezen, (terug)verwijzing, tussenevaluatie en elkaar informeren).	Patiënten met aspecifieke lage-rugpijn.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M, bedrijfsarts
Afspraken over taken, verantwoordelijkheden en coördinatie of regie (bijvoorbeeld middels lokale of regionale werkafspraken).	Patiënten met aspecifieke lage-rugpijn.	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M, bedrijfsarts

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER¹
Communicatie via een patiëntgebonden behandelplan ² .	Patiënten met aspecifieke lage-rugpijn met afwijkend beloop ² .	Huisarts, (manueel) fysiotherapeut, oefentherapeut C/M, bedrijfsarts

¹ Een manueel therapeut is een fysiotherapeut met een aanvullende opleiding manuele therapie. Het diagnostisch proces is voor het grootste deel gelijk aan dat van de fysiotherapeut. De manueel therapeut besteedt extra aandacht aan stoornissen in het functioneren van gewrichten, spieren of zenuwen [25].

² De term 'behandelplan' is overgenomen uit de NHG-richtlijn en LESA [10,25]. Een behandelplan wordt bij afwijkend beloop opgesteld. De richtlijn van het CBO [24] bevat een communicatierichtlijn 'algemeen aspecifieke lage-rugpijn' en 'chronische aspecifieke lage-rugpijn' (zie bijlage 3 in CBO-richtlijn). Het dient als hulpmiddel voor zorgverleners (ook onderling) en patiënten. De richtlijn zou onderdeel moeten uitmaken van het medisch dossier. De communicatierichtlijn is ontwikkeld door het NPCF, na overleg met de verschillende relevante beroepsverenigingen.

BIJLAGE 3 Leden projectgroep

Mevr. dr. J. Braspenning, Coördinator Monitoring en Toetsing, Sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. dr. H. Calsbeek, Onderzoeker Sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Prof. dr. R. Grol, Directeur IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. drs. I. Maassen, Onderzoeksassistent Sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. drs. J.G.M. Markhorst (fysiotherapeut), Onderzoeker Sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Prof. dr. R.A.B. Oostendorp (fysiotherapeut en manueel-fysiotherapeut), Emeritus hoogleraar Paramedische Wetenschappen, sectie Verplegingswetenschap en Paramedische Wetenschappen, IQ healthcare, UMC St Radboud;

Drs. G. Rutten (fysiotherapeut en manueel-fysiotherapeut), Onderzoeker Sectie Verplegingswetenschap en Paramedische Wetenschappen, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Dr. M. Wensing, Coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.

BIJLAGE 4 Lijst van experts³

Mevr. dr. G.E. Bekkering, Epidemioloog, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven;

Prof. dr. R.A. de Bie, Hoogleraar fysiotherapie research, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Caphri research school, Universiteit Maastricht, directeur Centre for Evidence based Physiotherapy;

Dr. A.J. Engers, Psycholoog (fysiotherapeut/bewegingswetenschapper). Zorgprogramma 'Somatiek en Psyche' PsyQ Rijnmond, Rotterdam;

Drs. M. Heijmans, Fysiotherapeut/manueel therapeut, FysioMaatwerk, Praktijk voor Fysiotherapie en manuele Therapie, Heeswijk-Dinther;

Dr. H.J.M. Hendriks, Universitair hoofdonderzoeker, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Caphri research school, Universiteit Maastricht, co-directeur Centre for Evidence based Physiotherapy;

Prof. dr. B.W. Koes, Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam

Dr. J.B. Staal, UD, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Caphri research school, Universiteit Maastricht

Dr. I.C.S. Swinkels, Projectleider Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ), NIVEL, Utrecht.

³ Naamsvermelding betekent niet dat iedere referent het rapport inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Gerelateerde projecten en publicaties

Projecten

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomanagement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkraake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.