



RAPPORT ACTIVITEITEN DOMUS MEDICA VZW

Activiteitenverslag, 1 januari 2019 – 31 december 2021

“Implementatie van de Belgische aanbevelingen betreffende de behandeling van lage rugpijn en radiculaire pijn en beoordeling van de implementatie van de aanbevelingen”

Rapportdatum: 15 februari 2022

*Auteurs: Stijn Vanholle.
Domus Medica vzw*

Project gefinancierd door FOD Volksgezondheid



vereniging van huisartsen

Inleiding

Het project “Implementatie van de Belgische aanbevelingen betreffende de behandeling van lage rugpijn en radriculaire pijn en beoordeling van de implementatie van de aanbevelingen” is van start gegaan begin 2019. Het was het eerste implementatieproject binnen de EPB-hervorming. Het implementatieproject was een zoektocht om zo kwalitatief mogelijk de KCE-richtlijn 287 (klinische richtlijn rond lage richtpijn en radriculaire pijn) te implementeren bij huisartsen en kinesisten.

De implementatie was een grote uitdaging gezien het midden in de COVID19 pandemie viel wat zorgde voor heel wat storing. Toch zijn we als Domus Medica vzw, binnen deze realiteit, tevreden met het afgelegde traject. Dit is vooral te danken aan de verschillende partners die deel uitmaakten van het consortium: la Société Scientifique de Médecine Générale, de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten, de Unie van gediplomeerden in de Kinesithérapie en Osteopathie, the Belgian Physiotherapy Professional Association (AXXON), the Belgian Chiropractors’ Union, the Royal Belgian Society for Physical Medicine and Rehabilitation, the Belgian Society of Neurosurgery, SORBCOT/BVOT, the Spine Society of Belgium, the Belgian Back Society, the Belgian Pain Society, de Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding, le Groupement Régional Interdisciplinaire pour la Douleur, de Belgische Federatie van Psychologen, de Belgische Beroepsvereniging voor Arbeidsgeneesheren, l’Association Professionnelle Belge des Médecins du Travail en de Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Möbius en Kuleuven. Elkéén van deze organisaties willen we bedanken voor hun inzet.

In het bijzonder willen we de leden van de Task Force bedanken voor hun inzet en hun tijd die ze geïnvesteerd hebben in het project: Bart Depreitere, Patrick Van Schaeybroeck, Johan van Lerbeirghe, Nico Blyaert, Patrice Forget, David Vandepuut, Martine Jeunehomme, Nathalie Pauwen, Johan Vlaeyen en Jacques Vanderstraeten.

Tot slot hebben we kunnen rekenen op de steun van de FOD Volksgezondheid, EPBpracticienet en KCE. Deze organisaties hebben zich als opdrachtgever flexibel en begripvol opgesteld bij de begeleiding van het project. In moeilijke tijden tijdens COVID19, tijdens implementeren van nieuwe methodieken, tijdens personeelwissels, ... was dialoog altijd mogelijk en werd meegedacht bij het zoeken naar een oplossing en kansen geboden om te experimenteren om de implementatie zo kwalitatief als mogelijk te laten verlopen.

Vanuit Domus Medica hopen we dat dit eindrapport kan het dienen als inspiratie voor toekomstige implementatieprojecten.

Inhoud

Inleiding.....	2
Projectcontext.....	4
De EPB-cirkel.....	4
KCE-richtlijn: lage rugpijn en radicaire pijn.....	5
FOD VVVL-EBP/LBP/NYU/2018/01-F02.....	6
Perceel 1: Multidisciplinaire opleidingen.....	8
Offerte.....	8
Resultaten.....	9
E-Learning.....	9
Train-the-Trainers.....	10
Multidisciplinaire vormingen.....	11
Evaluatie.....	13
Conclusies.....	15
Perceel 2: Informatiematerialen.....	16
Offerte.....	16
Resultaten.....	16
Conclusies.....	16
Perceel 3: Indicatoren.....	17
Offerte.....	17
Resultaten.....	17
Conclusies.....	18
Slot: aanbevelingen.....	19

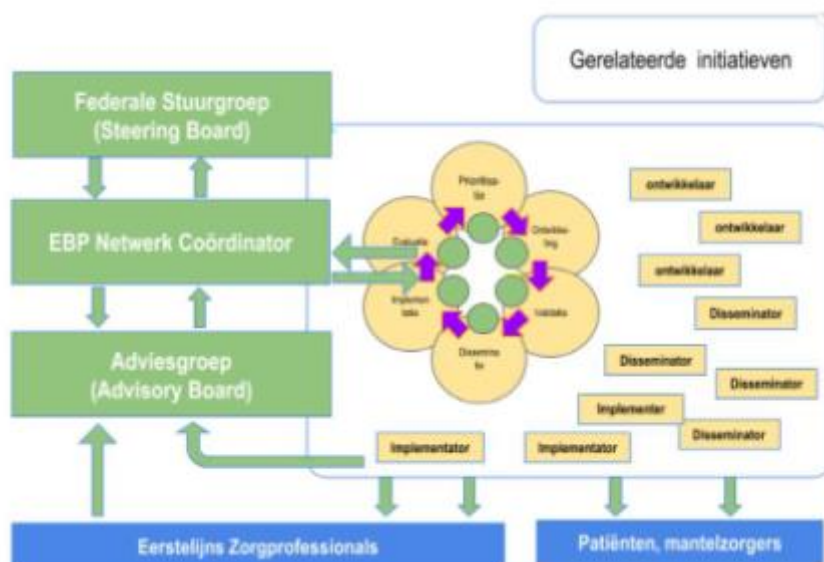
Projectcontext

De openbare aanbesteding FOD VVVL-EBP/LBP/NYU/2018/01-F02 was de eerste in zijn soort binnen de hervorming van het EBP-landschap. Deze hervorming vormt het kader waarbinnen EBP-projecten worden uitgewerkt in België. Hieronder wordt kort de context van de EBP-landschap toegelicht zodat men dit project juist kan plaatsen.

De EPB-cirkel

In 2017 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) het rapport 291: "Naar een geïntegreerd evidence based practice plan in België". De doelstelling van dit rapport was om een eerste aanzet te geven tot de ontwikkeling van een 'Federaal EBP-Plan België'. Dit plan zou de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de gezondheidszorg door Belgische zorgverleners moeten verbeteren met behulp van het proces van EBP en door EBP beter aan te sturen.

Op basis van het bovenstaande KCE rapport werkte de toenmalige minister van Volksgezondheid Maggie De Block een Plan Evidence-Based Practice uit om alles rond EBP te centraliseren in één EPB-cirkel. Binnen de cirkel zijn er zijn er 6 fases:



- 1) **Prioritering:** Strategische richting geven aan de selectie van prioritaire onderwerpen, het toewijzen van budget en het distribueren van EBP-levenscyclusactiviteiten, zoals de ontwikkeling van richtlijnen voor klinische praktijken en andere EBP-producten, of ondersteuning voor de implementatie van de EBP.
- 2) **Ontwikkeling:** Verhogen van het aantal en/of het behouden van de kwaliteit/accuraatheid van de EBP-outputproducten voor gebruik in België. Dit kan door de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen (de novo), de invoer (snelle aanpassing) of volledige aanpassing van buitenlandse richtlijnen, of de update van bestaande Belgische richtlijnen. Naast de ontwikkeling van richtlijnen, kunnen andere verwante producten worden ontwikkeld om EBP in de klinische praktijk te ondersteunen (bv. patiëntrichtlijnen, tools voor gedeelde besluitvorming of evaluatie).

- 3) Validatie: Beoordelen van de wetenschappelijke en methodologische validiteit van de ontwikkelde richtlijnen, EBP-ontwikkelaars en EBP-informatie. Het resultaat van dit proces is goedkeuring, besluit tot herwerken (grote en kleine opmerkingen) of afwijzing. De goedkeuring van de cel Validatie garandeert de kwaliteit, robuustheid, gepastheid en validiteit van de EBP-outputproducten in de Belgische context en is verplicht voordat een richtlijn binnen het EBP-Netwerk kan worden gedissemineerd.
- 4) Disseminatie: Actieve distributie van de gevalideerde EBP-Richtlijnen en andere EBP-eindproducten bij verschillende soorten eindgebruikers. Dit omvat alle types van gevalideerd EBP-materiaal en via alle gepaste distributiekkanalen die vereist zijn voor een goede toegankelijkheid, gebruik en invoering van de richtlijnen en afgeleide materialen.
- 5) Implementatie: Stimuleren van het gebruik van EBP-principes (door middel van breedschalige gedragsveranderende interventies voor eindgebruikers) en het vergroten van het effectieve gebruik van EBP-outputproducten (door middel van gerichte en eindgebruiker-specifieke interventies en nudging).
- 6) Evaluatie: Ontwikkeling, selectie, uitvoering en opvolging van procedures voor de evaluatie van de invoering, implementatie van de richtlijnen.

Het implementatieproject “Implementatie van de Belgische aanbevelingen betreffende de behandeling van lage rugpijn en radiculare pijn en beoordeling van de implementatie van de aanbevelingen” past dus in de vijfde stap van de EPB-cirkel, implementatie. Belangrijk om hier te melden dat de opmaak van de richtlijn niet de gestandaardiseerde stappen had doorlopen van de EBP-cirkel.

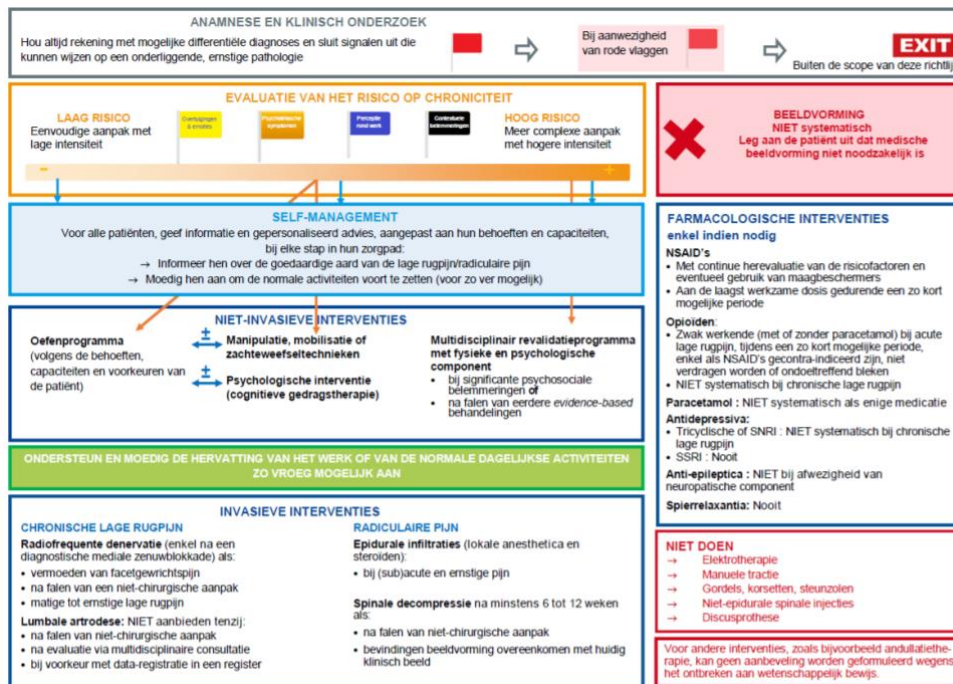
KCE-richtlijn: lage rugpijn en radiculare pijn

Het KCE-rapport 287 met als titel: “Klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn” vormt de inhoudelijke basis van het project. De richtlijn werd in 2017 gepubliceerd en eind 2017 volgde een opvolgrapport (KCE-rapport 295) waar verder gebouwd wordt aan een zorgpad rond lage rugpijn en radiculare pijn.

De aanbevelingen zijn grotendeels gebaseerd op de richtlijn “Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management” door NICE gepubliceerd op 30 november 2016. In het KCE-rapport wordt de NICE-guideline aangepast aan de Belgische context volgens de ADAPTE methode. De ‘Guideline Development Group’ (GDG) was dan ook een multidisciplinaire groep van zorgverleners die elke aanbeveling van de NICE-guideline heeft geïnterpreteerd, indien nodig aangepast aan de Belgische context en een niveau van aanbeveling heeft toegekend. Het niveau werd binnen de GDG besproken en vastgelegd op basis van vier elementen:

- 1) kwaliteit van het beschikbare bewijsmateriaal
- 2) het evenwicht tussen alle gewenste en alle ongewenste effecten van de interventie
- 3) de waarden en voorkeuren van de clinici en patiënten
- 4) een raming van de kosten (toewijzing van middelen).

Centraal in de klinische richtlijn staat het algoritme die op basis van wetenschappelijke literatuur is ontwikkeld. Het pleit voor minder chirurgische ingrepen maar voor meer inzet van niet-invasieve interventies.



FOD VVVL-EBP/LBP/NYU/2018/01-F02

Begin 2018 werd een eerste openbare aanbesteding uitgeschreven door de FOD Volksgezondheid in kader van het nieuwe EBP-plan. Er werd gekozen voor de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn verschenen begin 2017. De openbare aanbesteding bestond uit drie percelen:

- 1) Het is de bedoeling om **multidisciplinaire opleidingen** te ontwikkelen, in te voeren en te organiseren die conform zijn met de inhoud van rapport 295 van het KCE, die aangepast zijn aan de behoeften van het doelpubliek en **gevalideerd (vooraf getest) werden**. Bovendien moeten ze de zorgverleners in staat stellen om lage rugpijn en radiculare pijn beter te behandelen. Die multidisciplinaire vormen zullen prioritair bestemd zijn voor **zorgverleners in de eerstelijnszorg** (huisartsen, kinesitherapeuten), maar ze moeten ook aansluiten bij de bestaande initiatieven in de **tweedelijnszorg**. Het opleidingsplan moet beantwoorden aan de acht aanbevelingen bestemd voor de zorgverleners die een rol spelen in de behandeling van rugproblemen, zoals geformuleerd in rapport 295 van het KCE van 2017. De opleidingen moeten ook rekening houden met de initiatieven die momenteel genomen worden door de partners van het KCE die hebben deelgenomen aan het uitwerken van rapport 295. De **pedagogische doelstellingen** moeten duidelijk vastgelegd worden en alle deelnemers moeten **geëvalueerd** worden op hun verworven kennis en daar **feedback** over ontvangen.
- 2) Het is de bedoeling om **informatiemateriaal** op te stellen in overeenstemming met de inhoud van het rapport 295 van het KCE, aangepast aan het **doelpubliek en gevalideerd**, voor patiënten die lijden aan lage rugpijn en/of radiculare pijn, in een formaat dat makkelijk te begrijpen is en dat op een evenwichtige manier de risico's en de voordelen weergeeft van therapeutische opties waarover ze beschikken. De uitwerking van dat materiaal zal moeten berusten op een goed uitgewerkte methodologie. Aansluitend bij de vraag van de FOD Volksgezondheid doen we een voorstel van aanpak om met **een beperkt budget** toch zo goed mogelijk het doel van dit perceel in te vullen. Het informatiemateriaal dient tevens te worden geproduceerd en verspreid.

- 3) Het is de bedoeling om **indicatoren** naar voren te schuiven en een reeks indicatoren uit te werken die **conform, aangepast en gevalideerd** is op basis van de verschillende elementen uit rapport 295 van het KCE. Indicatoren die het mogelijk maken om de **implementatiegraad te evalueren** van de aanbevelingen die werden geformuleerd in datzelfde KCE-rapport 295. De opdrachtnemer stelt een reeks indicatoren voor waarvoor geen nieuwe te registreren gegevens verzameld moeten worden; die reeks indicatoren zal gebaseerd zijn op **reeds beschikbare gegevens** die anoniem werden gemaakt voor de patiënten en de zorgverleners (IMA, RIZIV, ...). De inschrijver stelt een **multidisciplinair wetenschappelijk en pedagogisch team** voor.

Vanuit het veld werd een consortium samengesteld met Domus Medica als indiener, om te trachten aan alle verwachtingen van de openbare aanbesteding te voldoen. De diversiteit binnen het consortium was groot: kinesisten, huisartsen, anesthesisten, neurochirurgen, arbeidsartsen, ... om een breed antwoord te kunnen bieden op de gestelde vragen binnen de openbare aanbesteding. Door dit consortium (met auteurs van KCE-rapport 287 en KCE-rapport 295 aanwezig) werd een eerste offerte ingediend september 2018. Er moest een 2^{de} ronde georganiseerd worden omdat het budget en/of de kwaliteit van geen enkele offerte voldeed aan de openbare aanbesteding. Na heel wat overleg werd een nieuwe offerte ingediend eind 2018 met Mobiüs als partner voor perceel 2 en Leuven Institute of Health Politics als partner voor perceel 3. Begin 2019 kwam de goedkeuring voor het uitvoeren van de offerte waarbij nog gesleuteld werd aan het budget van de offerte.

Perceel 1: Multidisciplinaire opleidingen

In perceel 1 van de openbare aanbesteding wordt gevraagd om multidisciplinaire opleidingen te ontwikkelen. Inhoudelijk moet de focus liggen op KCE-rapport 295 en de doelgroep moet hoofdzakelijk bestaan uit zorgverleners eerstelijnszorg, voornamelijk huisartsen en kinesitherapeuten.

Offerte

Om te voldoen aan de eisen van perceel 1 werden enkele doelstellingen omschreven in de aanvaarde offerte. Er werd omschreven om gefaseerd te werken rond de multidisciplinaire opleidingen:

Fase 1: leren kennen van de richtlijn en het zorgpad lage rugpijn en radiculare pijn

Fase 2: zorgverleners leren elkaars denk- en werkkaders kennen in functie van een optimale samenwerking en zorgverlening

Fase 3: aan de hand van concrete casussen wordt het toepassen van het zorgpad in de zorgpraktijk diepgaander bekeken.

Het concreet verloop en resultaten werden in de offerte als volgt omschreven:

1. Op basis van de KCE richtlijn worden de algemene multidisciplinaire vorming (e-learning; vorming 'samenwerken'), de 3 types 'verdiepende vormingen' (Nederlandstalig, Franstalig) en het informatiepakket voor de specialisten en ziekenhuisartsen ontwikkeld door een samenwerking van huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen, specialisten, arbeidsgeneesheren en adviserende artsen. Om ervoor te zorgen dat de pedagogische doelstellingen worden vastgelegd, worden nagevolgd in de opleidingen zelf en worden geëvalueerd, wordt een beroep gedaan op opleidingsexperten. Zij tekenen de didactische krijtlijnen uit waarbinnen **de e-learning** structureel wordt vormgegeven en waarbinnen de interactieve vormingen worden voorbereid.
2. **Moderatoren** (kinesitherapeuten, huisartsen en psychologen) worden opgeleid tijdens gezamenlijke vormingsmomenten met een samenstelling die afhangt van het type vorming. Hierbij gaat de aandacht uit naar zowel inhoud als didactiek/aanpak.
3. **10 test-vormingen** worden georganiseerd (10 LOK(K)'s/GLEM/K worden uitgenodigd om een type vorming uit te testen – oproep via de kanalen van de beroepsverenigingen). Feedback wordt opgenomen in het uiteindelijke pakket.
4. De vormingen worden door Nederlandstalige en Franstalige moderatoren gegeven op diverse locaties in Vlaanderen, Brussel en Wallonië om in totaal minimaal **1000 huisartsen, 3000 kinesitherapeuten** en zoveel mogelijk psychologen te includeren.
5. **Evaluatie van de deelnemers** via een nameting (door middel van een tweede e-learning) en postmeting. Tijdens de nameting kunnen we testen of en welke aspecten van de inhoud van de vorming zijn blijven hangen. We kiezen hierbij voor het medium van een e-learning, omdat het dan mogelijk is om meteen ook gepersonaliseerde feedback te geven over leerrendement. Daarnaast kan er ook extra informatie in de e-learning opgenomen worden, waar de deelnemer kan naar teruggrijpen indien fout geantwoord. Tijdens de postmeting (vragenlijst online/per brief) kunnen we bekijken in hoeverre er zaken effectief werden geïmplementeerd in de praktijk. Daarnaast is er ook een terugkomdag voor moderatoren. De evaluatie gebeurt in overeenstemming met het stramien dat bij de kwaliteitsbevordering bij de kinesitherapeuten (Pro-Q-kiné) wordt gehanteerd. Bijsturing van de vormingen is mogelijk doorheen het traject. Verdere evaluatie van de implementatie in perceel 3.

Resultaten

Een totaal nieuw traject opzetten met partnerorganisaties die elkaar nog maar beperkt kennen is een grote uitdaging. De resultaten voor dit project zijn beperkter dan dat we verwacht hadden, maar toch kijken we tevreden terug naar de afgelegde weg met meer dan 4650 opleiding sessies.

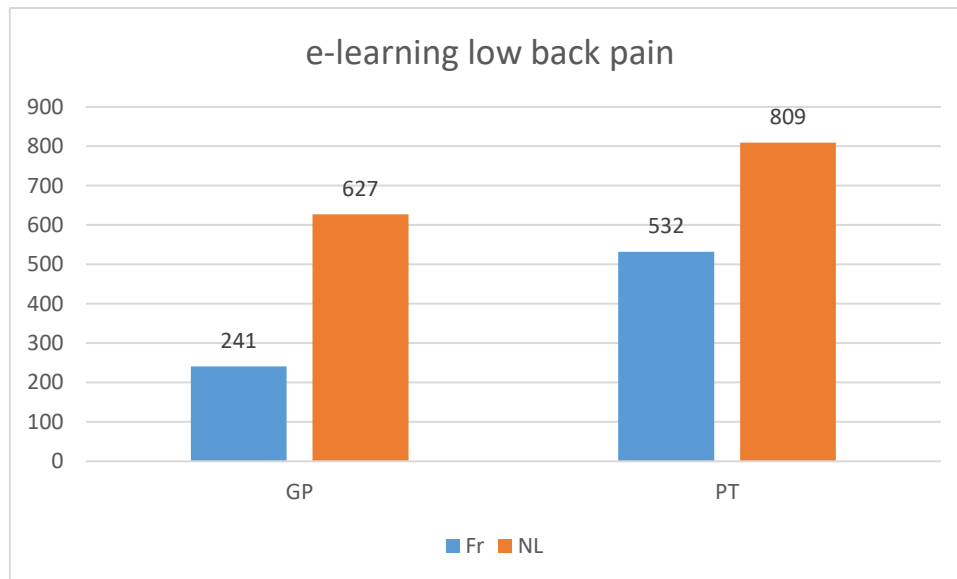
E-Learning

Sinds de start van het project is er gewerkt aan een e-learning. De keuze van de task force was om vooral het theoretisch deel over te brengen naar de deelnemers. Wanneer men daarna de multidisciplinaire opleiding volgt, start men in de opleiding met hetzelfde theoretisch kader overgebracht door de e-learning. De inhoudelijke basis van de e-learning vormt het KCE-rapport 287 en KCE-rapport 295, zoals voorgeschreven in de openbare aanbesteding. De experts rond het thema hebben de inhoud samengesteld, Domus Medica heeft de e-learning op basis van die inhoud ontwikkeld en in beide landsdelen ter beschikking gesteld via het platform van Domus Medica. De e-learning wordt ter beschikking gesteld van huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen en andere zorgverleners in België.



De e-learning heeft het algoritme van de klinische richtlijn van het KCE-rapport 287 als kapstok. Wanneer men een hoofdstuk afwerkt binnen de e-learning wordt aangeduid waar dit past in het algoritme. De deelnemers krijgen een éénduidig kader van het theoretisch model. Naast de theorie wordt binnen de e-learning gekeken naar samenwerking met andere zorgverleners omtrent dit thema. De meerwaarde van de samenwerking wordt aangegeven en denk-werkkaders van andere zorgverleners rond dit thema worden meegegeven aan de deelnemers van de e-learning. In de multidisciplinaire vormingen die hierop worden georganiseerd wordt het theoretische deel van de e-learning in casussen behandeld. De ontwikkelde e-learning is het antwoord op Fase 1 en Fase 2 voorgesteld in de ingediende offerte voor het project.

Het aantal deelnemers aan de e-learning kan gevolgd worden door het systeem van Domus Medica. We kunnen stellen dat de meeste deelnemers aan de multidisciplinaire opleidingen ook de e-learning vooraf hebben gevolgd.



Meer dan 2000 eerstelijnszorgverleners hebben de e-learning gevolgd tijdens een periode waar het Belgisch zorgsysteem onder druk stond van COVID19 en opleidingen niet meer verplicht waren.

Train-the-Trainers

Om de multidisciplinaire vormingen te begeleiden werden er 2 train-the-trainers sessies georganiseerd. Op deze manier kregen een groep huisartsen, kinesitherapeuten en psychologen een doorgedreven opleiding van de experts lage rugpijn zodat zij moderator kunnen zijn. Er werd getracht om een geografische verspreiding te verkrijgen van moderatoren zodat overal in België een moderator aanwezig is.

Naam	Voornaam		Gemeente
Assi	Timothy	LOKKquiaplus	Zemst
Cruysberghe	Koen	LOKKCruysberghe	Zoersel
Daniels	Kim	LOKK202A LKK	Kessel-lo
De Paepe	Matthias	LOKK Kilomo	Lokeren
De Schacht	Hanne	LOKK in Form Gent	Gent
Hamblok	Theo	LOKK 303B ZKVNL	Lommel
Pype	Hanne	LOKK Aartrijke	Torhout
Schoolmeesters	Koen	LOKK Gelrode Learn to Heal	Aarschot
Van Dessel	Paul	LOKK114aKDN	Booischoot
Van Nespen	Barbara	LOKK Groot-Beveren	Beveren
Van Woensel	Nancy	LOKK Booischoot	Booischoot
Verstraete	Lou	LOKK 508a GKAI	Ieper
De Meyer	Patrick	LOKK Meetjesland	Lembeke
Decrock	Levi	LOKK Oudenaarde-Ronse	Oudenaarde
D'hooghe	Jurgen	LOKK Mortsel	Mortsel
Leman	Nikki	LOKK Deinze	Deinze
Detavernier	Bart	LOKK KKM	Mechelen

De Schepper	Willy	LOK Overmere	Overmere
Dierickx	Carmel	LOK De Pinte	De Pinte
Guido	Van Lommel	LOK Herselt	Herselt
Maes	Sophie	LOK Leuven	Leuven
Rongen	Armand	LOK Kinrooi	Kinrooi, maaseik en neeroeteren
Dewaele	Paul	LOK Kortrijk	Kortrijk
Van Erum	André	LOK Pelt	Pelt
Stepman	Charlotte	LOK Deinze	Deinze
Arnould	Magali	CHR de la Haute-Senne	Soignies
Bausier	Jonathan	GLEK Ath2	Wannebecq
Cartiaux	Marc	GLEK Rochefort 1	Rochefort
Charneux	Laurent	GLEK Soumagne	Soumagne
Darot	Stéphane	GLEK Huy-Amay	Huy
De Boeck	Nathalie	GLEK Kiné Seneffe	Seneffe
Gaye	Mark	GLEK Verviers 2	Verviers
Hubert	Nathalie	GLEK Sud-Lux	Sud- Luxembourg
Jacquemin	Manuel	GLEK Verviers 1	Verviers
Lievens	Pierre-Olivier	GLEK Etterbeek/Ixelles	Bruxelles
Rénaud	Leclercq	GLEK CHU Charleroi/Neurologie	Charleroi
Rutten	Michel	GLEK CHW / CHWAL	Liège
Strul	David	GLEK Mathera	Woluwé Saint-Lambert
Saïd	Mazid	GLEK AKBru	Saintes

Wanneer men bovenstaande lijst van opgeleide moderatoren kijkt, vindt men de diversiteit aan functie en spreiding in België terug. Het project is erin geslaagd om genoeg moderatoren op te leiden voor het geven van multidisciplinaire vormingen in België.

Multidisciplinaire vormingen

Het opzetten van multidisciplinaire vormingen was de kern van de offerte voor de openbare aanbesteding rond lage rugpijn. Gezien er geen erkende structuur bestaat voor multidisciplinaire vormingen, werd er gekozen om deze te integreren in de bestaande LOK's van artsen en LOKK's van kinesitherapeuten. Op deze manier werd er niet enkel gekozen voor kennisoverdracht en oefenen op casussen maar komt ook de lokale samenwerking aan bod. Concreet werden lokale kinesitherapeuten uitgenodigd op de LOK van huisartsen of de lokale huisartsen uitgenodigd op de lokale LOKK's van kinesitherapeuten.

Gezien de nieuwe manier van werken, was het niet altijd evident om dit te realiseren. De ervaring leert ons dat de sterkte van de LOK of kring van kinesitherapeuten belangrijk was om de match te maken tussen de verschillende beroepsgroepen. Een nieuwe structuur zomaar opzetten naast de bestaande initiatieven vergt tijd en veel overredingskracht.

Er is gekozen om op een wervende manier communicatie te verrichten naar de verschillende beroepsgroepen om de vormingen te organiseren. Er werd een filmpje gemaakt om de LOK's en LOKK's te informeren over de mogelijkheid van een multidisciplinaire vorming rond lage rugpijn.

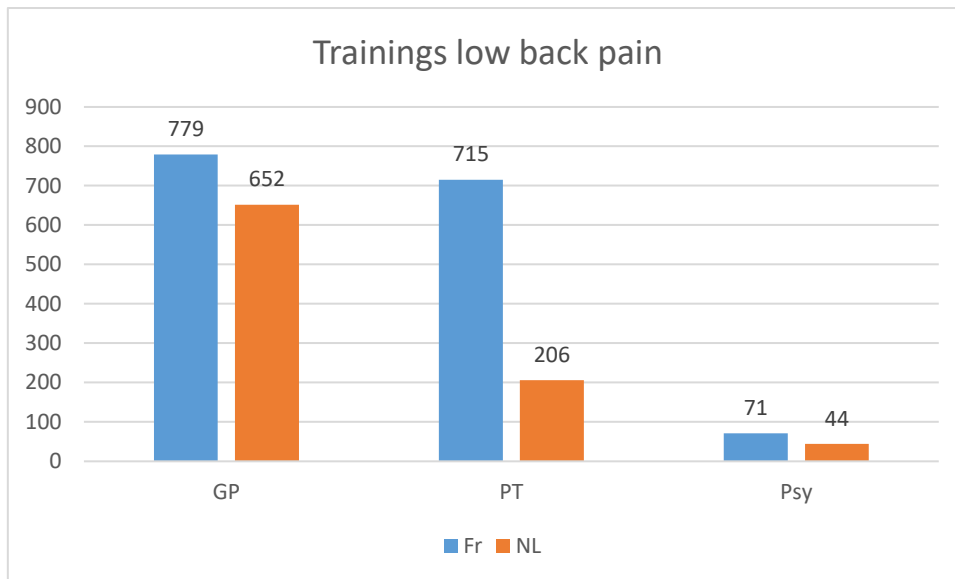


Niet alleen via het filmpje werd er aan werving gedaan, er werd ook ingezet op directe mailing naar LOK-verantwoordelijken, communicatie naar de huisartskringen en via nieuwsbrieven. Deze brede communicatie moest huisartsen aanzetten tot het organiseren van multidisciplinaire vormingen in hun regio.

Echter startte in februari 2020, midden in het traject van uitrol van multidisciplinaire vormingen lage rugpijn, de COVID-crisis in België. Het hele Belgische gezondheidssysteem staat nog tot op vandaag op zijn hoofd door de verschillende golven aan besmettingen met het COVID19-virus. Tijdens de COVID-periode was er een verbod op fysieke samenkomsten. Daarenboven werd er tijdens de COVID19 pandemie beslist door de overheidsorganen dat er geen of beperkt aantal accrediteringspunten behaald moeten worden. Dit is een belangrijk incentive voor zorgverleners om vormingen te volgen. De grote druk op zorgverleners plus het wegvallen van incentive zorgde voor een beperkt draagvlak voor het organiseren van multidisciplinaire vormingen rond lage rugpijn op lokaal vlak.

Om hierop in te spelen werd er gekozen om ook opleidingen via andere wegen te organiseren om zo veel als mogelijk zorgverleners te bereiken. Op congressen werd het topic van lage rugpijn aangeboden en daarenboven werden digitale opleidingen georganiseerd om de kennis rond lage rugpijn te verhogen en de KCE-richtlijn te implementeren.

Gezien de periode waarbinnen de vormingen hebben georganiseerd hebben 2467 zorgverleners in België een opleiding gevolgd over lage rugpijn.



Evaluatie

Er werd een vragenlijst als evaluatie opgesteld, die online kon worden ingevuld door de deelnemers, om te toetsen of de bijgeleerde theorie goed werd opgenomen. Deze vragenlijst, opgesteld door de experts, bestond uit onderstaande 8 vragen:

Vraag 1: Een zorgvuldige zoektocht naar rode vlaggen moet bij elk patiëntencontact herhaald worden

Vraag 2: Elke radriculaire pijn vereist het voorschrijven van een CT-scan of MRI

Vraag 3: *Chronische LBP patiënten moeten alle activiteiten vermijden, die ze linken aan een verergering van de pijn.*

Vraag 4: *Als een pijn gelinkt is aan het werk, moet een arbeidsongeschiktheid voorgeschreven worden, tot een verlossing van de pijn.*

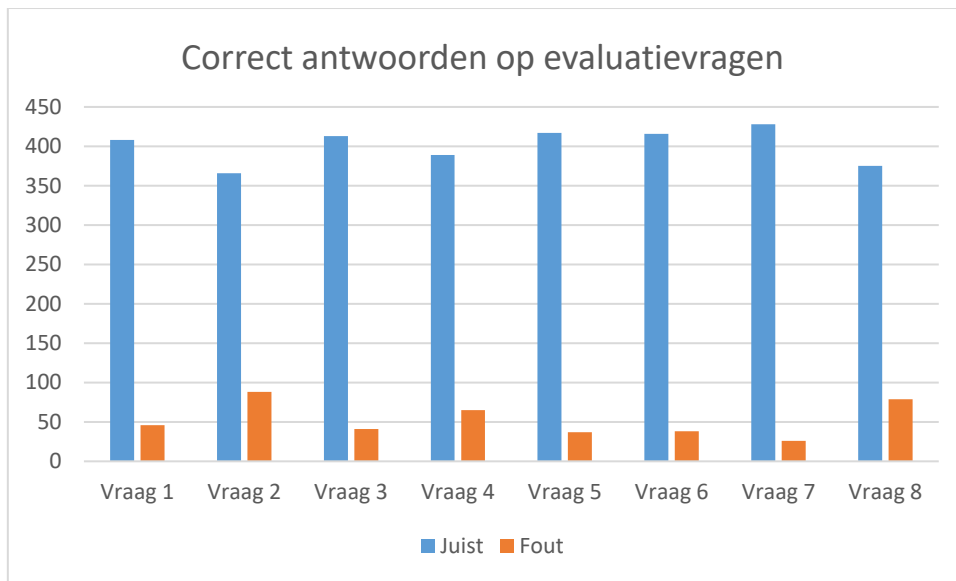
Vraag 5: *Als een patiënt met LBP geen verbetering aangeeft na 3-5 weken, moeten andere zorgverleners overwogen worden.*

Vraag 6: *Als physiotherapie is voorgeschreven, mag dit niet actief zijn tot een oplossing voor de pijn.*

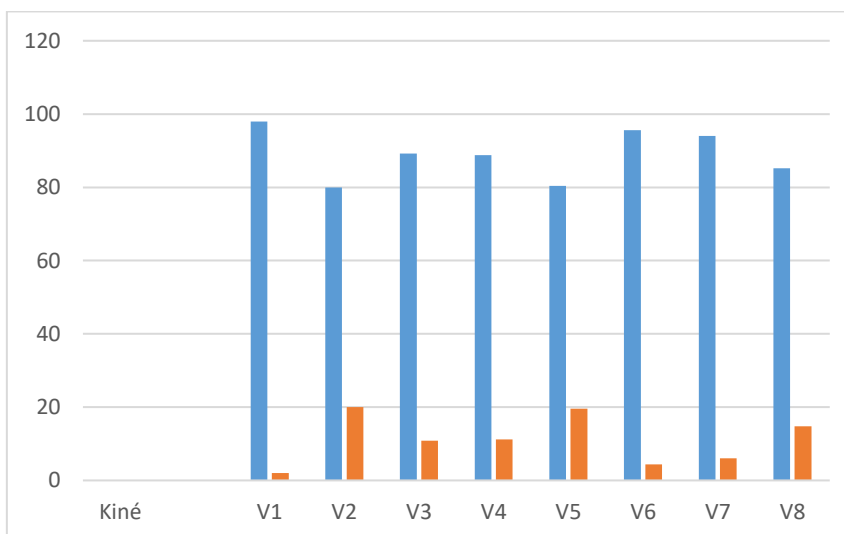
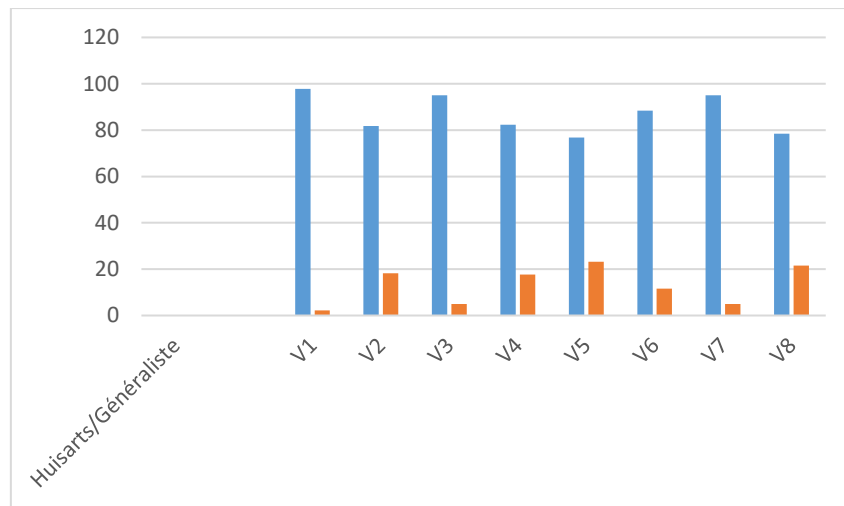
Vraag 7: *Als een patiënt (zonder rode vlaggen) geen verbetering aangeeft van zijn LBP na 3-5 weken, moeten psychosociale factoren onderzocht worden.*

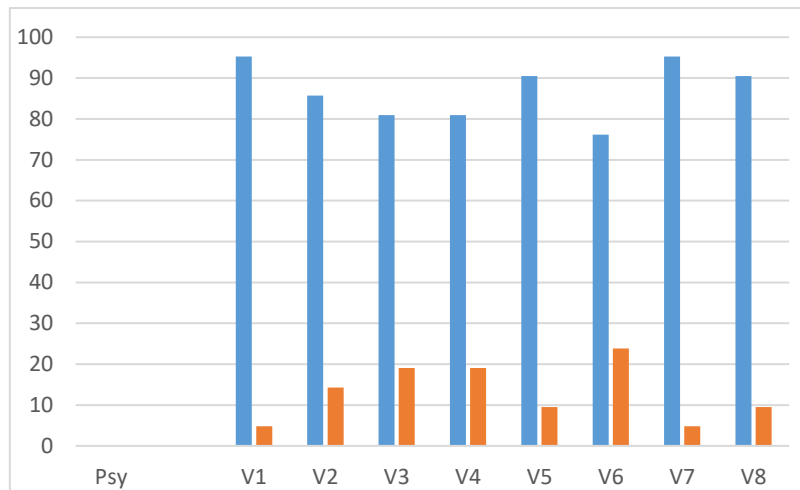
Vraag 8: In overeenstemming met het algoritme, moet na 12 weken zonder verbetering, de patiënt doorverwezen worden naar de tweede lijn.

Doordat de vragenlijst online ingevuld moest worden, werd dit niet door iedereen gedaan. We hebben in totaal een 454 ingevulde vragenlijsten mogen ontvangen van huisartsen en kinesitherapeuten die meegedaan hadden aan een training. Wanneer we naar de resultaten kijken, zien we de volgende resultaten uit de evaluatie.



We kunnen dus wel stellen dat de kennis die overgedragen werd tijdens de opleiding door de meeste zorgverleners goed toegepast kan worden.





Conclusies

De opdrachten in kader van dit perceel zijn uitgevoerd met de ontwikkeling van de multidisciplinaire elearnings, het vinden en opleiden van moderatoren, de organisatie van de verschillende LOK(K)'s/GLEM/K en de opvolging en nazorg van het hele traject.

De beoogde doelstellingen om 1000 huisartsen en 3000 kinesitherapeuten te bereiken met de vormingen zijn deels gerealiseerd kunnen worden. Dit komt mede door de impact van de onvoorziene Covid crisis die voor bijkomende moeilijkheden gezorgd heeft bovenop de complexiteit om dergelijke nieuwe trajecten met diverse partnerorganisaties uit te werken.

Dit eerste project heeft ons echter wel veel bijgeleerd en deze lessons learned zijn vervat in verschillende aanbevelingen die achteraan dit rapport vermeld staan.

Perceel 2: Informatiematerialen

In perceel 2 van de implementatieopdracht is het de bedoeling om informatiemateriaal op te stellen in overeenstemming met de inhoud van rapport 295 van het KCE, aangepast aan het doelpubliek en gevalideerd, voor patiënten die lijden aan lage rugpijn en/of radiculare pijn, in een formaat dat gemakkelijk te begrijpen is, en dat op een evenwichtige manier de risico's en de voordelen weergeeft van therapeutische opties waarover ze beschikken

Offerte

In de ingediende offerte werd het traject weergegeven rond het maken van een infobrochure voor patiënten met lage rugpijn. Deze gevalideerde brochure zou verspreid worden naar huisartsen en kinesitherapeuten om informatie over te brengen naar hun patiënten toe. Mobiüs is de partner die perceel 2 onder zijn hoede nam.

Resultaten

Onderstaande brochure is het eindresultaat van proces die Mobiüs heeft afgelegd met huisartsen, kinesitherapeuten en patiënten. De infobrochure is in twee talen beschikbaar.

LAGE RUGPIJN & UITSTRALINGSPIJN .be

Rugpijn is meestal te wijten aan overbelasting en/of een gebrek aan beweging.
De rug is één van de stevigste structuren van het lichaam! Lage rugpijn betekent niet dat de rug beschadigd is, enkel dat deze gevoeliger is.
In de meeste gevallen verdwijnt de pijn spontaan na enkele dagen of weken.

Medische beeldvorming heeft geen invloed op de verdere behandeling of op de evolutie van uw pijn.
Medische beeldvorming is alleen zinvol bij alarmsignalen of wanneer een interventie wordt overwogen bij blijvende hevige uitstralingspijn.

Langdurig in dezelfde houding blijven zitten of liggen, wordt afgeraden.

Medicatie nemen heeft in de meeste gevallen geen nut.

Blijf **bewegen**, want dit is gezond en maakt de rug sterker.

Zet de **normale activiteiten** verder in de mate van het mogelijke.

Blijf aan het **werk** of hervat het werk zo snel mogelijk, eventueel deeltijds.

BEWEGEN IS HET BESTE MEDICIJN!

Zie ook: www.gezondheidswetenschap.be/richtlijnen/lagerugpijn-en-beenpijn

Conclusies

Perceel 2 was een moeilijk realiseerbaar project gezien de verwachtingen van de verschillende partijen ver uit elkaar lagen:

- 1) Het budget van dit perceel werd sterk geminimaliseerd bij de offerte zodat de betrokken partij naar hun berekeningen hier ook maar beperkt tijd in konden steken.
- 2) De betrokken zorgverleners vonden het een gemiste kans om meer gericht boodschappen over te brengen naar de patiënten
- 3) Patiëntenverenigingen zijn overbevraagd en niet altijd makkelijk bereikbaar om feedback te krijgen

We kunnen concluderen dat het opstellen van communicatiematerialen naar patiënten toe minder in dit implementatieproject paste.

Perceel 3: Indicatoren

In perceel 3 van de openbare aanbesteding wordt gevraagd om indicatoren te ontwikkelen op basis van de verschillende elementen uit rapport 295 van het KCE.

Offerte

De ontwikkeling van indicatoren vereist onderzoek in 4 fasen:

- 1) Een inventarisatie maken van de bestaande literatuur over de ontwikkeling van indicatoren voor de implementatie van richtlijnen en in het bijzonder met betrekking tot lage-rugpijn en radicaire pijn, geïnspireerd door de tot nu toe bekende bronnen en geïnspireerd door de actueel geïdentificeerde referenties
- 2) Identificeer de belangrijkste 8 aanbevelingen van het KCE-295-rapport.
- 3) Identificeer de variabelen opgenomen in de bestaande databanken (AIM, RIZIV, enz.) die het mogelijk maken om de relevante populatie van patiënten en/of artsen te identificeren, evenals de constructie van indicatoren
- 4) Inschatting van de 6 kenmerken van de voorgestelde indicatoren (geldig – betrouwbaar – relevant – haalbaar – gebruiksvriendelijk – vergelijkbaar/gestandaardiseerd)

Resultaten

Finaal werden er **17 indicatoren** voorgesteld die de mate van implementatie van de nationale zorgpaden voor de behandeling van lage rugpijn en radicaire pijn kunnen evalueren. Deze indicatoren zijn evidence-based, relevant, realistisch en meetbaar.

1. *Aantal patiënten met lage rugpijn, doorverwezen naar een kinesitherapeut, per 1000 inwoners*
2. *Aantal patiënten met radicaire pijn, doorverwezen naar een kinesitherapeut, per 1000 inwoners*
3. *Aantal patiënten met lage rugpijn, doorverwezen naar een radioloog, per 1000 inwoners*
4. *Aantal patiënten met radicaire pijn, doorverwezen naar een radioloog, per 1000 inwoners*
5. *Aantal patiënten met lage rugpijn, door de eerstelijnszorg doorverwezen naar gespecialiseerde zorg, per 1000 inwoners*
6. *Aantal patiënten met radicaire pijn, door de eerstelijnszorg doorverwezen naar gespecialiseerde zorg, per 1000 inwoners*
7. *Aantal patiënten met lage rugpijn, doorverwezen naar fysieke geneeskunde, per 1000 inwoners*
8. *Aantal patiënten met lage rugpijn, die spinale chirurgie ondergingen, per 1000 inwoners*
9. *Aantal patiënten met radicaire pijn, die spinale chirurgie ondergingen voor 12 weken, per 1000 inwoners*
10. *Aantal patiënten met radicaire pijn, die spinale chirurgie ondergingen tussen 12 weken en 12 maanden, per 1000 inwoners*
11. *Aantal patiënten met lage rugpijn, die een spoedgevallendienst bezochten, per 1000 inwoners*
12. *Aantal patiënten met radicaire pijn, die een spoedgevallendienst bezochten, per 1000 inwoners*
13. *Aantal patiënten die werken 3 maanden na het begin van hun lage rugpijn, per 1000 inwoners*
14. *Aantal patiënten die werken 6 maanden na het begin van hun lage rugpijn, per 1000 inwoners*
15. *Aantal patiënten die werken 3 maanden na het begin van hun radicaire pijn, per 1000 inwoners*
16. *Aantal patiënten die werken 6 maanden na het begin van hun radicaire pijn, per 1000 inwoners*
17. *Aantal patiënten met lage rugpijn die gehospitaliseerd werden, per 1000 inwoners*

Conclusies

Het bepalen van de indicatoren door de partners Leuven Institute of Health Politics en de Université libre de Bruxelles verliep op een constructieve en hoog wetenschappelijke niveau. De manier van werken was goed onderbouwd en er waren regelmatig feedback momenten.

- 1) De afstemming is essentieel zodat de indicatoren ook meegenomen kunnen worden in de opleidingen.
- 2) Gezien de nieuwe evoluties dat CEBAM verantwoordelijk wordt gesteld voor het domein evaluaties, is CEBAM dan meer geschikt om indicatoren op te zetten?
- 3) De indicatoren zijn allemaal relevant maar beperkt toepasbaar in een audit van bijvoorbeeld een EMD van een huisarts.

Indicatoren zijn essentieel in het opzetten van een evaluatie van een implementatieproject, maar ze moeten dan ook toepasbaar zijn bij de individuele zorgverlener. Belangrijk is hiervoor genoeg aandacht te hebben.

Slot: aanbevelingen

1. De lokale **organisatie van zorgverleners** is essentieel voor het opzetten van vernieuwende projecten in het gezondheidslandschap. Multidisciplinaire vormingen waren niet geïmplementeerd bij de start van het project lage rugpijn. In regio's waar huisartsen en kinesisten goed georganiseerd waren of waar er eerder al een contact was tussen de lokale groepen, was er meer draagvlak voor de multidisciplinaire vormingen.
2. Tijdens het project was er een duidelijke overgang van fysieke bijeenkomsten naar **digitale vormingen**. Covid19 zorgde voor beperkingen op het organiseren van fysieke vormingen. Er werd tijdens het project beslist om meer over te schakelen naar digitale vormingen. Voor toekomstige projecten is het belangrijk om de vraag naar digitale vormingen mee te nemen.
3. Het project "Implementatie van de Belgische aanbevelingen betreffende de behandeling van lage rugpijn en radiculaire pijn en beoordeling van de implementatie van de aanbevelingen" is een breed en ruim project. De vraag naar **continuïteit** van het project kwam ook aan bod bij het afsluitend overleg met betrokken stakeholders. Domus Medica zal de e-learning blijvend aanbieden en de LOK als betalend aanbieden, maar wat als inhoudelijke herziening noodzakelijk is?
4. De coördinatie van het project was een hele uitdaging. Er waren heel wat partners betrokken bij het project met elk hun eigen insteek en elk met hun eigen expertise en verwachtingen. De **coördinatie** tussen al die partners vergde veel tijd en inspanning. Belangrijk voor toekomstige projecten is hiervoor genoeg ruimte en duidelijke afbakening van het project te formuleren.
5. De inhoudelijke discussies rond de **eigenheid van een lokaal gegeven** moeten kunnen ingevoerd worden in de implementatieprojecten. De richtlijn schrijft duidelijk voor dat psychologische steun belangrijk is binnen lage rugpijn. Er ontstond hieromtrent een duidelijk verschil tussen de landsdelen. Een flexibele houding is essentieel om hierop een antwoord te vinden.
6. Een langdurig project heeft de nodige **flexibiliteit** nodig. Covid19 heeft ons duidelijk geleerd dat onvoorziene drempels en omstandigheden kunnen voorvallen. Om hierop te kunnen ageren is het essentieel dat er flexibel kan opgetreden worden en doelstellingen binnen het traject bijgesteld kunnen worden.
7. Als indienende organisatie wordt heel wat draagkracht verwacht. Domus Medica heeft een borgstelling van het project gerealiseerd en heeft daarenboven alles **voorgefinancierd** naar alle partners binnen het project. Als gezonde organisatie kan Domus Medica dat aan, maar het legt wel beperkingen op de ontwikkeling en realisatie van andere projecten. Of verkleint de kans dat kleinere organisaties mee kunnen doen met dergelijke projecten.