

# VU Research Portal

## Implementation strategies to reduce the burden of low back pain

Suman, A.

2018

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Suman, A. (2018). *Implementation strategies to reduce the burden of low back pain*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

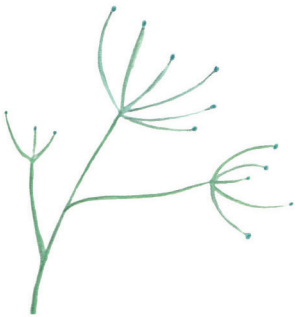
[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)





# Chapter 12

Samenvatting





## SAMENVATTING

Lage rugpijn (LRP) is een van de meest voorkomende en duurste aandoeningen en heeft wereldwijd de hoogste ziektelast. Ongeveer 80% van de populatie maakt vroeg of laat een episode van LRP mee. In 95% van de gevallen is geen onderliggende pathologische of neurologische oorzaak voor de LRP aan te wijzen. Deze vorm van LRP wordt aangeduid als aspecifiek en de zorg hiervoor vindt vooral in de eerste lijn plaats. Medisch specialistische consulten en diagnostische beeldvorming kunnen schadelijk zijn voor patiënten met LRP, vanwege het risico op medicalisering en onnodige blootstelling aan bestraling en invasieve ingrepen. LRP is in geïndustrialiseerde landen een veel voorkomende reden voor bezoek aan een zorgverlener, en de maatschappelijke- en zorgkosten gerelateerd aan LRP zijn niet gering. Een groot aantal zorgverleners, zowel in de eerste als in de tweede lijn en alternatieve zorg, bieden verschillende behandelingen voor mensen met LRP, wat een uitdaging vormt voor het terugdringen van praktijkvariatie en zorgkosten.

Richtlijnen voor de behandeling van aspecifieke LRP zijn vergelijkbaar tussen landen en onderschrijven het motto 'meer is minder'. Aanbevelingen voor de behandeling van acute LRP zijn onder meer het geruststellen van de patiënt, adviseren om dagelijkse activiteiten (inclusief werk) voort te zetten, ontmoedigen van inactiviteit en bedrust, bespreken van mogelijke psychosociale risico factoren en het bemoedigen van zelfmanagement. Voor chronische LRP is oefentherapie onder begeleiding de eerste keuze van behandeling, aangevuld met cognitief gedragsmatige therapie en multidisciplinaire biopsychosociale therapie gericht op functioneel herstel. Ondanks de beste bedoelingen van zorgverleners laat het opvolgen van richtlijnen ruimte voor verbetering. Het niet opvolgen van richtlijnen kan te maken hebben met passieve disseminatie van richtlijnen, patiëntkenmerken (zoals negatieve opvattingen over de oorzaken en beloop van LRP) en moeilijke communicatie of samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die betrokken (kunnen) zijn bij een patiënt met LRP.

Om in Nederland de zorg voor mensen met LRP te verbeteren en de zorgkosten ten gevolge van LRP te reduceren, is in 2010 een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van aspecifieke LRP ontwikkeld. Deze richtlijn beveelt multidisciplinaire communicatie en samenwerking tussen zorgverleners en tussen zorgverlener en patiënt. Voorts benadrukt deze richtlijn het belang van fysieke activiteit en werk(hervatting) van patiënten met LRP en adviseert ook rekening te houden met psychosociale risicofactoren in deze patiënten en op basis hiervan ook adequate behandeling in te zetten.

Het doel van het onderzoek waar het voorliggende proefschrift het resultaat van is, was om de effectiviteit en kosteneffectiviteit te evalueren van een veelzijdige strategie voor het implementeren van bovengenoemde richtlijn in de eerstelijnszorg teneinde de opvattingen

van patiënten over LRP te verbeteren en het aantal verwijzingen naar medisch specialistische zorg en diagnostische beeldvorming te reduceren.

### *Implementatie strategieën om de last van LRP te verminderen*

Richtlijnen en richtlijnaanbevelingen kunnen op verschillende manieren verspreid worden onder zorgverleners, patiënten en het algemeen publiek, bijvoorbeeld door het inzetten van massa mediale campagnes. De campagne “Back pain: don't take it lying down” is hiervan een voorbeeld. Deze campagne had tot doel de opvattingen over LRP onder de algemene bevolking te verbeteren in de Canadese provincie Alberta. In de eerste drie jaar volgend op de campagne is het aantal mensen in deze provincie dat het eens was met de stelling “Als je last hebt van LRP, moet je actief blijven” gestegen van 56% naar 63%. Vanwege dit positieve resultaat werd de campagne voortgezet. Hoofdstuk 2 beschrijft hoe deze campagne ook op de lange termijn positieve impact bleef houden op de opvattingen over LRP onder de algemene bevolking in Alberta, waar 7 jaar na de initiële campagne, ruim 72% van de bevolking het eens is met bovengenoemde stelling. Bovendien waren mensen die zich konden herinneren blootgesteld te zijn geweest aan deze campagne, het statistisch significant vaker eens met de stelling.

Een andere manier is het gebruik van veelzijdige implementatie strategieën. Hoofdstuk 4 beschrijft een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van deze strategieën op het implementeren van richtlijnen voor LRP en nekklachten in de zorg. Negen originele wetenschappelijke onderzoeken werden geïncludeerd en geanalyseerd in dit literatuuronderzoek. De resultaten lieten zien dat deze strategieën niet effectiever zijn dan minimale, eenvoudige of geen implementatie strategieën, in het verbeteren van uitkomsten in patiënten of zorgverleners. Omdat het overgrote deel van de studies geen procesmaten heeft gerapporteerd, is onduidelijk of het uitblijven van effectiviteit te wijten was aan gebrekkige onderliggende theorie of een gebrekkige implementatie van de richtlijn. Meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit van veelzijdige implementatie strategieën.

In Hoofdstuk 5 is het design van een longitudinale cluster gerandomiseerde studie beschreven. In deze studie werden de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een veelzijdige implementatie strategie, gericht op zowel de zorgverlener als de patiënt, geëvalueerd. De strategie voor de zorgverlener bestond uit verschillende componenten, namelijk 1) een multidisciplinaire geaccrediteerde nascholing, 2) een educatief informatiepakket, 3) gedragsregels voor multidisciplinaire communicatie en samenwerking, 4) contactgegevens van andere deelnemende zorgverleners, 5) driemaandelijks herinneren, 6) maandelijks nieuwsbrieven, en 7) een interactieve website en social media (een forum, Twitter en Facebook). De strategie voor patiënten bestond uit 1) een interactieve website met uitgebreide informatie over de

mogelijke oorzaak van LRP, het verwachte beloop, behandelmogelijkheden, werk participatie en zelfmanagement, 2) videoboodschappen van zorgverleners en lotgenoten over de zin en onzin van behandelingen, eigen ervaringen en tips over de omgang met LRP, 3) video's en informatie over oefeningen, 4) social media (een forum, Twitter en Facebook), 5) maandelijkse nieuwsbrieven, en 6) vertalingen van een deel van de informatie en nasynchronisatie van de videoboodschappen.

### *Effectiviteit en kosteneffectiviteit van een veelzijdige implementatie strategie*

Om de effectiviteit van de veelzijdige strategie op zorgverleners te evalueren, is het navolgen van de richtlijn door huisartsen gemeten door middel van op de richtlijn gebaseerde prestatie indicatoren (Hoofdstuk 8). Data uit de elektronische dossiers van 5130 patiëntcontacten, waarvan 2453 patiëntcontacten plaatsvonden in de controlegroep en 2677 patiëntcontacten plaatsvonden in de implementatiegroep, werden geanalyseerd. Het enige statistisch significante verschil ( $p < 0.01$ ) tussen de groepen werd gevonden op de indicator voor verwijzingen naar consulten met neurologen in de tweede lijn. In de implementatiegroep daalde dit aantal van 100 (7%) naar 50 (4%), terwijl het in de controlegroep steeg van 48 (4%) naar 50 (4%).

Hoofdstuk 9 laat zien dat de strategie ook niet effectief bleek ten aanzien van de opvattingen over LRP, verminderen van werkverzuim en verbeteren van functionele status en kwaliteit van leven van patiënten met LRP. Desondanks kan het interessant zijn om de strategie te overwegen vanuit een kosteneffectiviteitsperspectief. De kosten voor het ontwikkelen van de strategie waren laag (€ 70,- per patiënt) en de maatschappelijke kosten per patiënt waren lager in de implementatiegroep dan in de controlegroep ( $\Delta K$  € 748,-). De kostenbesparing komt met name voort uit lagere indirecte kosten in de implementatiegroep, dat wil zeggen kosten ten aanzien van werkverzuim en productiviteitsverliezen.

### *Het implementatieproces*

Het succesvol veranderen van uitkomsten van zorgverleners en patiënten door het implementeren van richtlijnen of richtlijnaanbevelingen kan beïnvloed worden door verschillende factoren die te maken kunnen hebben met de zorgverleners, de patiënten, de ingezette implementatie strategie of het proces van implementeren. Zo laat Hoofdstuk 3 zien dat inwoners in Alberta met een hoog jaarlijks inkomen het statistisch significant vaker eens zijn met de stelling "Als je last hebt van LRP, moet je actief blijven" dan inwoners met lagere jaarlijkse inkomens.

Om meer inzicht te verkrijgen in het implementatieproces van de richtlijn middels de veelzijdige strategie, zijn procesevaluaties onder zorgverleners en patiënten uitgevoerd.

Hoofdstuk 6 beschrijft de procesevaluatie die uitgevoerd is onder zorgverleners, en laat zien dat zorgverleners over het algemeen tevreden waren over de strategie, maar desondanks veel barrières voor richtlijnopvolging ervaarden. Deze barrières waren gerelateerd aan persoonlijke en praktische zaken, bijvoorbeeld een gebrek aan tijd of een gebrek aan praktische oplossingen voor barrières. Maar ook vertrouwelijkheid en privacy van patiënten, afhankelijkheid en wantrouwen tussen zorgverleners, en organisatorische barrières zoals financiering van zorgverzekeraars speelden een belemmerende rol voor richtlijnopvolging.

De procesevaluatie onder patiënten (Hoofdstuk 7) liet zien dat de strategie nauwelijks gebruikt werd door patiënten. Een derde van hen gaf aan de website of materialen nooit bekeken te hebben, en 43% had dit slechts éénmaal gedaan. De patiënten waren wel positief over de website, en de beoordeling van de website steeg statistisch significant wanneer de hoeveelheid gebruik ervan steeg. Desondanks ervaarden de patiënten enkele barrières voor het gebruik, waaronder het reeds bekend zijn met de informatie of dat de zorgverlener de strategie niet met hen had besproken (98%) of de strategie niet had aangeraden (95%).

#### *Discussie en conclusie*

In Hoofdstuk 10 zijn de resultaten van dit proefschrift beschouwd en zijn aanbevelingen gedaan voor onderzoek en praktijk. De algemene conclusie van dit proefschrift is dat de veelzijdige implementatie strategie niet effectief of kosteneffectief is voor het verbeteren van opvattingen over LRP, functionele status en kwaliteit van leven, en het verminderen van werkverzuim in patiënten met LRP. De strategie is ook niet effectief of kosteneffectief gebleken ten aanzien van het verbeteren van richtlijnopvolging door huisartsen en multidisciplinaire communicatie en samenwerking, en het reduceren van het aantal verwijzingen naar medisch specialistische consulten en diagnostische beeldvorming voor patiënten met LRP. Derhalve wordt verder gebruik van de strategie in de huidige vorm niet aangeraden.