

# **Implementation low back & radicular pain guideline and pathway**

## **Parcel 3: Development of indicators to measure the extent of implementation of the care pathways for low back and radicular pain**

### **Samenwerkende partijen**

Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid (LIGB) - KU Leuven

Epidemiology, Biostatistics and Clinical Research (EPIBIOSTAT) - Université Libre de Bruxelles (ESP-ULB)

### **Hoofdonderzoekers**

#### **LIGB-KUL**

Prof. Dr. Bart Depreitere, Prof. Dr. Kris Vanhaecht, Dr. Ellen Coeckelberghs, Mevr. Marieke Vermaas

#### **ESP-ULB**

Prof. Fati Kirakoya & team : Prof C. Bouland – Dr. Jacques Vanderstraeten – Dr. Benoît Calcus – Mme Pauwen Nathalie (MK-MPH-PhD student)

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
1. Doel van het onderzoeksproject .....	4
2. Achtergrond .....	4
3. Tijdslijn.....	5
4. Samenvatting – Résumé .....	6
5. Revue systématique de la littérature .....	9
a. Objectifs.....	9
b. Methodes .....	9
6. Bases de données nationales médico-administratives à disposition (2019).....	24
1. L’Agence InterMutualiste (AIM).....	24
2. INTEGO (KUL).....	28
3. RHM : Résumé Hospitalier Minimum .....	30
4. PHARMANET .....	35
5. Belgian Spine Tango Registry .....	36
6. Securex.....	38
7. Identification des patients ayant une lombalgie/radiculalgie dans les bases de données medico-administratives belges .....	39
8. Pré-validatie door internationale experten .....	43
9. De Delphi Studie.....	45
a) Ronde 1 - Delphi vragenlijst.....	45
b) Ronde 2 – Delphi vragenlijst .....	47
10. Focusgroep .....	50
11. Consensus Meeting.....	60
12. Weerhouden indicatoren .....	65
13. Conclusie .....	86
ANNEXE 1 .....	88
ANNEXE 2 .....	94

ANNEXE 3 .....	95
ANNEXE 4 .....	99
ANNEXE 5 .....	102
ANNEXE 6 .....	103
ANNEXE 7 .....	109
ANNEXE 8 .....	161
14. Referenties.....	178

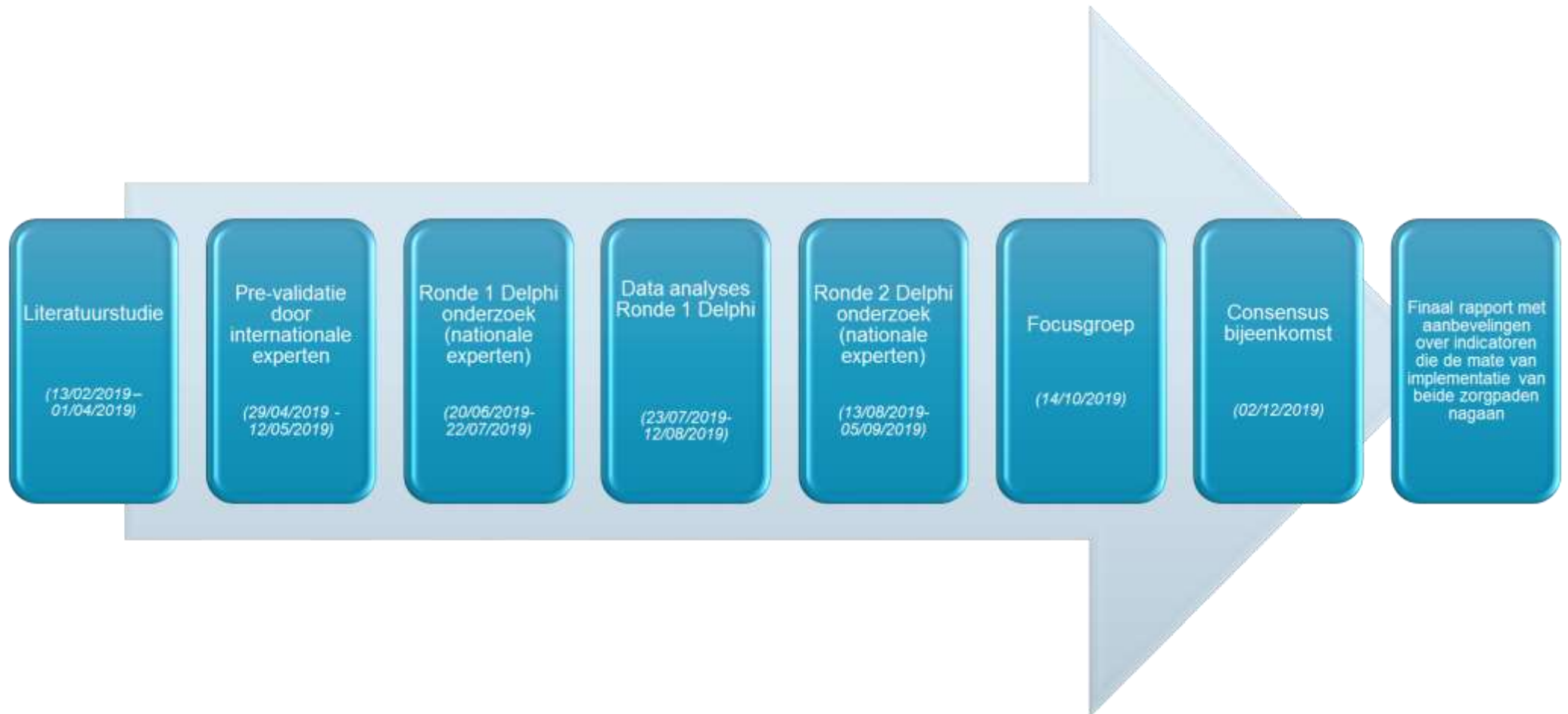
## 1. Doel van het onderzoeksproject

Het doel van dit project (perceel 3 van FOD aanbesteding FOD VVVL-EBP/LBP/ NYU/2018/01-F02\_0 ) is het mogelijk maken van het evalueren van de mate van implementatie van de nationale zorgpaden voor de behandeling van lage rugpijn en radriculaire pijn (KCE Report 295), op hun beurt gebaseerd op de richtlijn KCE Report 287 (1)(2). Daarom moet een reeks indicatoren worden ontwikkeld die conform, aangepast en gevalideerd zijn, op basis van de verschillende aspecten van het KCE Report 295 (1). Met deze indicatoren kan de mate van implementatie van de richtlijnen en de nationaal zorgpaden worden geëvalueerd worden. Bovendien vermeldt de opdracht dat de indicatoren operationeel moeten kunnen gemaakt worden op basis van gegevens die op dit ogenblik reeds aan registratie onderhevig zijn.

## 2. Achtergrond

Zorgpaden (ook gekend als klinische paden), worden wereldwijd gebruikt om ongewenste variaties te verminderen en zorg te standaardiseren, op basis van de laatste evidentie, en dit voor verschillende patiëntengroepen. In 2017 ontwikkelde het KCE in samenwerking met experts binnen het domein van lage rugpijn een nationaal traject/ zorgpad voor de aanpak van lage rugpijn en radriculaire pijn (KCE Report 295; interactieve tool beschikbaar via [www.lagerugpijn.kce.be](http://www.lagerugpijn.kce.be), [www.lowbackpain.kce.be](http://www.lowbackpain.kce.be), [www.lombalgie.kce.be](http://www.lombalgie.kce.be)). Deze zorgpaden beogen geïmplementeerd te worden in zowel de eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg als reïntegratiezorg. Momenteel loopt – uitgaande van aanbesteding FOD VVVL-EBP/LBP/ NYU/2018/01-F02\_0 - een onderzoeksproject om de implementatie van deze zorgpaden in de eerstelijnszorg te faciliteren. Als onderdeel van dit project worden indicatoren ontwikkeld die mogelijk moeten maken te monitoren in hoeverre de paden in de dagelijkse praktijk worden gebruikt. Eerst werd een literatuurstudie uitgevoerd die resulteerde in een lijst met indicatoren. In de tweede stap, een Delphi-studie, werd deze lijst van indicatoren gepresenteerd aan een multidisciplinaire groep experts op het gebied van lage rugpijn en radriculaire pijn om consensus te bereiken over de meest relevante indicatoren voor het meten van de mate van implementatie van deze zorgpaden. In parallel werden de beschikbare databases in de gezondheidszorg onderzocht om de implementeerbaarheid van de indicatoren te onderzoeken. Dit werk resulteert in een aantal voorstellen van relevant geachte direct meetbare indicatoren, met daarnaast een aantal aanbevelingen voor meetbare variabelen in de toekomst.

### 3. Tijdslijn



## 4. Samenvatting – Résumé

Het doel van dit project (perceel 3 van FOD aanbesteding FODVVVL-EBP/LBP/NYU/2018/01-F02\_0) is het ontwikkelen van indicatoren die de mate van implementatie van de nationale zorgpaden voor de behandeling van lage rugpijn en radriculaire pijn (KCE Report 295), op hun beurt gebaseerd op de richtlijn KCE Report 287, evalueren (1)(2). Deze indicatoren dienen conform, aangepast en gevalideerd te zijn, op basis van de verschillende aspecten van het KCE Report 295 (1). Deze indicatoren moeten terug te vinden zijn in de huidige medisch-administratieve databases van België, nieuw te verzamelen gegevens moeten vermeden worden.

In eerste instantie werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd die resulteerde in een reeks ruwe indicatoren om de implementatie van zorgpaden voor lage rug en radriculaire pijn te evalueren. Deze indicatoren waren het resultaat van een systematisch en volledig overzicht van de internationale literatuur tussen 2009 en 2019. Deze search resulteerde in 2006 potentiële publicaties, waaruit er 89 weerhouden werden voor de extractie van indicatoren. Het uiteindelijke resultaat was een lijst van 73 indicatoren die de mate van implementatie van de zorgpaden kunnen evalueren. Deze lijst werd herwerkt voor zowel lage rug als radriculaire pijn en een tijds kader werd aangegeven. De finale lijst bestond uit 154 indicatoren verdeeld over 11 dimensies. Deze lijst werd voorgelegd aan internationale experts die de relevantie van deze indicatoren dienden te scoren en aanvullende indicatoren konden voorstellen. Deze pre-validatie resulteerde in 3 aanvullende indicatoren en zodoende een lijst van 157 indicatoren verdeeld over 14 dimensies.

Vervolgens werd er een Delphi onderzoek uitgevoerd bij nationale experts in 2 rondes. 93 individuele experts en 20 professionele groepen / verenigingen met expertise op het gebied van lage rugpijn / radriculaire pijn werden uitgenodigd om aan de bevraging deel te nemen. Aan hen werd gevraagd om de 157 indicatoren te scoren op een schaal van 0 tot 10 waarbij 0 niet relevant en 10 uiterst relevant betekende. Experts konden eveneens bijkomende indicatoren voorstellen. In totaal hebben 64 experts de vragenlijst volledig beantwoord en 10 nieuwe indicatoren werden voorgesteld. In een tweede ronde werd aan de 64 respondenten gevraagd hun score te evalueren, rekening houdend met de resultaten na ronde 1. In totaal hebben 45 respondenten de tweede ronde doorlopen. Indicatoren die door minstens 75% van de respondenten een score van 7,8,9 of 10 / 10 kregen werden weerhouden. Dit resulteerde in een lijst van 20 indicatoren uit 8 dimensies.

Tijdens de focusgroep hebben we de resultaten van het delphi onderzoek voorgelegd aan 12 experts. Aan hen werd gevraagd de 20 reeds weerhouden indicatoren te valideren en of er nog bijkomende indicatoren moesten geformuleerd worden. 4 indicatoren werden niet weerhouden, wat resulteerde in een lijst van 16 indicatoren na de focusgroep. Tijdens de consensus bijeenkomst werd deze lijst bevestigd en nog 1 bijkomende indicator toegevoegd. Finaal werden er dus 17 indicatoren voorgesteld die de mate van implementatie van de nationale zorgpaden voor de behandeling van lage rugpijn en radriculaire pijn kunnen evalueren. Voor elk van hen werd ook aangegeven in welke database ze teruggevonden kunnen worden. Deze indicatoren zijn evidence-based, relevant, realistisch en meetbaar.

L'objectif de ce projet (lot 3 de l'appel d'offres FPS FODVVVL-EBP / LBP / NYU / 2018/01-F02\_0) est de développer un set d'indicateurs qui permettrait d'évaluer l'implémentation du guide de pratique clinique pour le traitement des lombalgies et des douleurs radiculaires (KCE Report 295), à son tour basé sur la directive KCE Report 287 (1) (2). Ce set d'indicateurs doit être conforme, approprié et validé sur la base des différents éléments repris dans le rapport KCE 295 (1). Ces indicateurs ne devant pas nécessiter la récolte de nouvelles données et pouvant être obtenus à partir des bases de données médico-administratives existantes en Belgique.

Dans un premier temps, une revue systématique de la littérature internationale a été menée afin d'extraire une série d'indicateurs évaluant l'implémentation des guides internationaux de pratiques cliniques pour le traitement des lombalgies et des douleurs radiculaires. Cette recherche a exploré de manière exhaustive les publications internationales effectuées entre 2009 et 2019. Quatre-vingt neuf études ont été sélectionnées pour l'extraction des indicateurs. Une liste de 73 indicateurs pertinents a été adaptée aux récentes recommandations belges sur la prise en charge douleurs lombaires et radiculaires en 1ère ligne de soins (des délais ont été ajoutés). La liste finale des 154 indicateurs contextualisés sont répartis sur 11 dimensions.

Cette liste finale a été présentée à un panel d'experts internationaux dans le cadre d'une étape de pré-validation, afin qu'ils estiment la pertinence de chacun des indicateurs proposés, tout en ayant la possibilité de suggérer des indicateurs supplémentaires. A la fin de cette étape, 3 indicateurs supplémentaires suggérés ont élargi la liste à 157 indicateurs répartis sur 14 dimensions.

Par la suite, une étude Delphi a été menée avec des experts nationaux en 2 temps (2 rounds).

Nonante trois experts individuels issus de 20 groupes/associations professionnelles ayant une expertise dans le domaine des lombalgies/douleurs radiculaires ont été sollicités afin de participer au 1er round de l'enquête Delphi. Il a été demandé à ces experts de noter les 157 indicateurs sur une échelle de 0 à 10 (où 0 signifiait aucune pertinence et 10 signifiait extrêmement pertinent). Ces experts pouvaient également proposer des indicateurs supplémentaires. Au total, 64 experts ont pleinement répondu au questionnaire et 10 nouveaux indicateurs ont été proposés. Dans un deuxième temps (lors du 2ème round) les 64 experts répondants ont été invités à ré-évaluer les scores qu'ils ont donné pour chaque indicateur, en tenant compte du score moyen obtenu pour chaque indicateur lors du 1er round. Au total, 45 experts ont terminé le deuxième round.

Les indicateurs ayant obtenu un score de 7, 8, 9 ou 10 / 10 par au moins 75% des répondants ont été retenus, menant la liste à 20 indicateurs répartis en 8 dimensions.

Ces résultats ont été présentés dans le cadre d'un groupe de discussion (focus group) rassemblant 12 experts. Il a été demandé à ces derniers de discuter et valider les 20 indicateurs retenus et au besoin, de ré-envisager des indicateurs qui auraient été exclus lors des 2 rounds précédents. Quatre indicateurs n'ayant pas été validés dans le cadre du focus group, une liste de 16 indicateurs a été retenue pour la réunion de consensus.

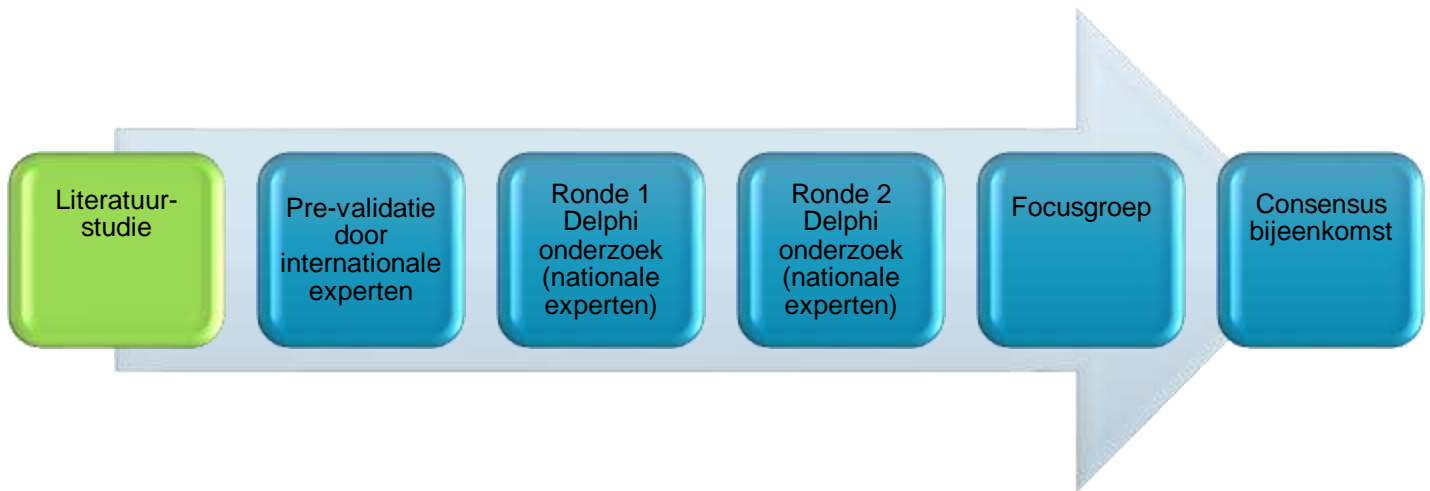
Lors de la réunion de consensus, la liste de 16 indicateurs a été confirmée et 1 indicateur supplémentaire ajouté.

Un set de 17 indicateurs est proposé afin de permettre l'évaluation de l'implémentation guide de pratique clinique pour le traitement des lombalgies et des douleurs radiculaires.

Pour chacun des indicateurs proposé, des précisions sont fournies sur les moyens de les obtenir: mode de construction, variables d'intérêts et bases de données dans lesquelles les trouver.



## 5. Revue systématique de la littérature



### a. Objectifs

L'objectif principal de cette revue systématique de la littérature est l'élaboration d'un set d'indicateurs bruts permettant d'évaluer l'implémentation du guideline pour la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires. Cette élaboration sera fondée sur une revue systématique et exhaustive de la littérature internationale.

### b. Methodes

Les indicateurs ont été identifiés selon le niveau d'intérêt.

Ceux-ci peuvent être rassemblés en deux types : (1) la sphère des indicateurs de performance de résultats (Outcome Performance Indicator - OPIs) et (2) la sphère des indicateurs de performance de processus (Process Performance Indicator – PPIs) (3).

(1) Les OPIs se déclinent en différents domaines, selon les acteurs auxquels ils se réfèrent.

- Système de soins de santé :
  - o Indicateurs d'utilisation des soins de santé-Health Care Use (visites médicales, imagerie, médicaments)
  - o Indicateurs économiques liés à l'utilisation des soins de santé
  - o Indicateurs liés au travail (incapacités de travail, retour au travail)
- Niveau clinique, à l'échelle du patient :
  - o Les Patient Reported Outcomes (PROMs)
  - o Les indicateurs liés à la satisfaction du patient (PREMs)
- Niveau clinique, à l'échelle des prestataires de soins
  - o Les indicateurs de satisfaction des prestataires de soins

(2) Les PPIs permettent d'identifier les processus liés à la prise en charge des patients et pouvant expliquer les variations des indicateurs de performance de résultats.

Afin de pouvoir les retrouver dans les bases de données médico-administratives du système de soins de santé en Belgique, nous nous sommes focalisés sur les indicateurs de performance relatifs à l'utilisation des soins de santé, les indicateurs économiques, les indicateurs liés au travail, ainsi que certains indicateurs de processus (PPIs).

Tous les autres types d'indicateurs (indicateurs de processus-PPIs, PROMs, PREMs, satisfaction des prestataires de soins) ne seront pas analysés en détail mais peuvent être retrouvés en annexe [Annexe 1].

Dans le cadre de l'identification des indicateurs utilisés internationalement pour l'évaluation de l'implémentation des guidelines/guides de pratique clinique liés aux douleurs lombaires et radiculaires et pour déterminer les critères d'inclusion et exclusion des études de la revue systématique (Table 1), un modèle PICO a été établi.

*Table. 1* Modèle PICO pour élaborer les critères d'inclusion/exclusion des études de la revue systématique

Critère de sélection	Critère d'inclusion (dans les titres et résumés d'articles)	Critère d'exclusion
<i>Population</i>	Méta-analyses, revues systématiques, études prospectives et rétrospectives d'adultes ayant une lombalgie non spécifique (sans précision sur la durée)	Patients de moins de 18 ans (enfants et adolescents) lombalgie spécifique, lombalgie associée à des drapeaux rouges
<i>Intervention</i>	Intervention issue d'un guide de pratique clinique, intervention multidisciplinaire, soins intégrés,...	Intervention mono-disciplinaire
<i>Comparaison</i>	Groupe n'ayant pas bénéficié d'intervention suggérée dans le guideline	
<i>Outcome</i>	Indicateurs de performances, indicateurs économiques, indicateurs liés au travail, indicateurs de processus <sup>‡</sup>	
<sup>‡</sup> Les indicateurs de processus, tout comme les PROMs PREMs, et la satisfaction professionnelle... sont reportés mais non analysés		

#### a) Stratégie de recherche

##### Choix d'articles contrôles

Cinq articles contrôle publiés entre 2010 et 2018, dans lesquels des indicateurs pertinents ont été identifiés, ont servi de point de départ à cette revue systématique. Les Pays-Bas qui ont un système de soins de santé comparable à celui de la Belgique ont publié un guideline sur la lombalgie en 2013 et ont entrepris son implémentation. Ainsi, nous nous sommes particulièrement intéressés à la publication de l'évaluation de cette implémentation (4). Ces articles contrôles considérés comme références, ont permis d'identifier la stratégie de recherche la plus pertinente.

1. Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, et al. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci* 2016;11(1):126 (5).

Revue systématique néerlandaise, publiée en 2016 qui reporte des indicateurs de performance (imagerie, médicaments, kinésithérapie, médecine spécialisée) et de processus (informations données au patient).

2. Suman A, Schaafsma FG, Elders PJ, van Tulder MW, Anema JR. Cost effectiveness of a multifaceted implementation strategy for the Dutch multidisciplinary guideline for nonspecific low back pain: design of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2015 May 31;15:522(6).

3. Suman A, Schaafsma FG, van de Ven PM, Slottje P, Buchbinder R, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy compared to usual care on low back pain guideline adherence among general practitioners. *BMC Health Serv Res*. 2018 May 11;18(1):358 (7).

Large étude néerlandaise publiée en 2018, évaluant une implémentation multifacette (au design explicité dans le précédent article de 2015) et reprenant pour outcomes des indicateurs de performance (médecine spécialisée, imagerie, référencement à une consultation chez un psychologue), de processus (investigation des facteurs de risques psychosociaux (drapeaux jaunes) et des facteurs liés au travail (drapeaux bleus), collaborations multidisciplinaires) ainsi que leur opérationnalisation dans la récente publication (numérateur et dénominateur).

4. Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPaCT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med*. 2014 Mar-Apr;12(2):102-11 (8).

5. Foster NE, Mullis R, Young J, Doyle C, Lewis M, Whitehurst D, Hay EM; IMPaCT Back Study team. IMPaCT Back study protocol. Implementation of subgrouping for targeted treatment systems for low back pain patients in primary care: a prospective population-based sequential comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010 Aug 20;11:186 (9).

Protocole et résultats de l'étude prospective IMPaCT-Back, menée au sein de la population britannique, reprenant une multitude d'indicateurs ayant évalué l'implémentation du guideline.

Nous avons considéré que la meilleure stratégie (comprenant l'équation la plus pertinente et sélective) doit faire émerger les 5 articles contrôles et fournir le plus grand nombre d'articles pertinents (contenant des indicateurs).

Pour ce faire, deux stratégies de recherches différentes (A et B) - formulées avec différentes équations de recherches -, ont été testées dans PubMed afin de choisir celle, d'une part, qui rapporterait tous les articles contrôles, et celle qui d'autre part, rapporterait le plus grand nombre d'articles pertinents à inclure (contenant des indicateurs, sur base de la lecture du titre et de l'abstract)

b) Recherche des stratégies et domaines appropriés

### Stratégie A

Dans la stratégie A, pour construire l'équation de recherche la plus pertinente, différentes combinaisons de domaines et termes ont été testés [Annexe 2].

*Choix des domaines testés* dans le titre et le résumé des articles :

- (1) Domaine de la lombalgie [Low Back Pain (LBP)] : sélection du terme MeSH ainsi que des synonymes pouvant également ramener des articles : "**Low Back Pain**"[Mesh], "Low Back Pain", "Low Back Pains", "Lumbago(s)", "Lower Back Pain(s)", "Low Back Ache", "Low Backache"
- (2) Domaine des 'indicateurs' et de leur 'implémentation' : pas de terme MeSH. Par conséquent, test des termes « **indicator(s)** » et "**implementation(s)**".
- (3) Domaine des soins de 1<sup>ère</sup> ligne (domaine éventuel) : sélection du terme "**Primary care**"

*Filtres appliqués :*

- Langue de rédaction : anglais ou français
- Date : publication entre [2009 et 2019]
- Disponibilité de l'article : résumé et texte intégral

Pour chacune des 4 combinaisons effectuées, le nombre d'articles ramenés par l'équation (hits), le nombre d'articles contrôles retrouvés et le nombre d'articles pertinents sélectionnés sur base du titre et de l'abstract sont reportés dans la Table 2.

*Table. 2 Résultats des combinaisons des domaines et termes pour définir la stratégie A*

	Combinaison 1 "LBP" AND "indicator(s)"	Combinaison 2 "LBP" AND "implement- tation(s)"	Combinaison 3 "LBP" AND "indicator(s)" AND "primary care"	Combinaison 4 "LBP" AND "implementation(s)" AND "primary care"
Nombre d'articles (hits)	211	252	64	19
Nombre d'article contrôle retrouvés (5 articles contrôles)	5	5	2	0
<b>Nombre d'articles sélectionnés (%)</b>	<b>42(20)</b>	<b>73(29)</b>	<b>37(58)</b>	<b>5(26)</b>

Seules les combinaisons 1 et 2 ont permis d'identifier tous les articles contrôles et la combinaison 2 a apporté le nombre le plus élevé d'articles pertinents sélectionnés sur base du titre et de l'abstract. L'intégration du domaine 'primary care' rapportant peu d'articles contrôles et réduisant considérablement les articles identifiés, a été abandonné.

Equation finale de la stratégie A

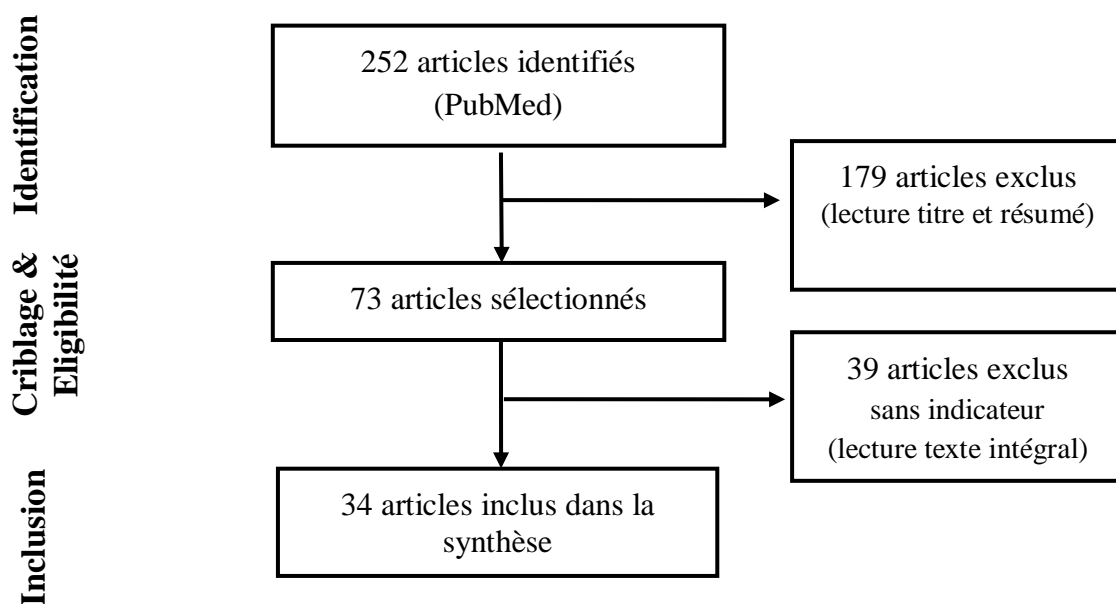
L'équation finale de la stratégie A retenue est celle de la combinaison 2, contenant : tous les synonymes de « **Low back pain** »

ET  
le(s) terme(s) « **Implementation(s)** »

Résultats de la stratégie A dans PubMed:

En appliquant dans PubMed la combinaison 2 de la stratégie A ("*Low Back Pain*"[Mesh] OR "*Low Back Pain*"[title/abstract] OR "*Low Back Pains*"[title/abstract] OR *Lumbago*[title/abstract] OR *Lumbagos*[title/abstract] OR "*Lower Back Pain*"[title/abstract] OR "*Lower Back Pains*"[title/abstract] OR "*Low Back Ache*"[title/abstract] OR "*Low Backache*"[title/abstract]) AND (*implementation*[title/abstract] OR *implementations*[title/abstract]) AND ("*loattrfull text*"[sb] AND "*2009/03/07*"[PDat] : "*2019/03/04*"[PDat] AND (*English*[lang] OR *French*[lang])), ainsi que les filtres additionnels (*Langue de rédaction : anglais ou français - date : publication entre [2009 et 2019]- disponibilité de l'article : résumé et texte intégral*), 252 articles (hits) ont été identifiés. Après sélection des articles sur base du titre et du résumé, 73 articles ont été sélectionnés pour une lecture complète. Après lecture, 39 articles contre 34 n'ont pas présenté d'indicateurs (Fig. 1).

*Fig.1* Flow chart des articles résultant de la stratégie A (combinaison 2) dans PubMed



### **Stratégie B**

La stratégie B a été largement inspirée de la méthode utilisée dans le rapport KCE-295S (10). Celle-ci consiste à définir différents domaines, en testant un à un tous les synonymes de ces derniers, et à les combiner.

*Choix des domaines :*

- (1) Domaine de la lombalgie [Low Back Pain (LBP)]
- (2) Domaine des indicateurs et de leur implémentation
- (3) Domaine des soins de 1<sup>ère</sup> ligne (éventuel)

Cette stratégie fait appel au terme MeSH, mais également à des mots libres non indexés. Ces termes ont été recherchés dans les titres et les résumés des articles.

*Filtres appliqués :*

- Langue de rédaction : anglais ou français
- Date : publication entre [2009 et 2019]
- Disponibilité de l'article : résumé et texte intégral

*La description détaillée de la construction de l'équation de recherche de la stratégie B, couvrant les domaines de la lombalgie, des indicateurs et de leur implémentation, ainsi que des soins de 1ère ligne se retrouve en annexe [Annexe 3].*

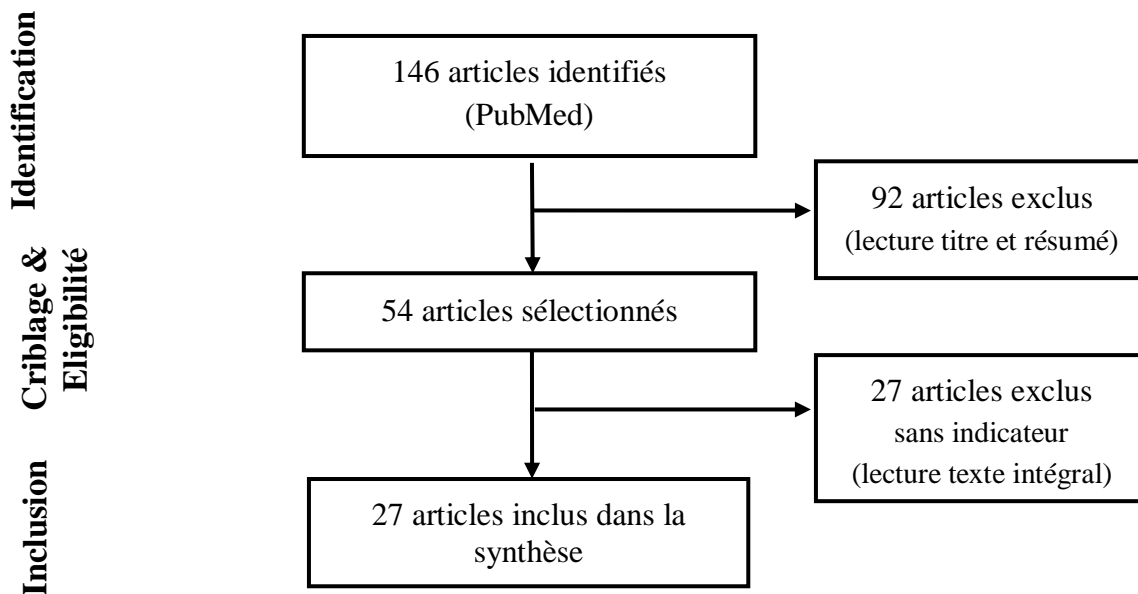
Résultats de la stratégie B dans PubMed

En appliquant dans PubMed la stratégie B [Annexe 3], ainsi que les filtres additionnels (*Langue de rédaction : anglais ou français - date : publication entre [2009 et 2019]-disponibilité de l'article : résumé et texte intégral*), 146 articles (hits) ont été identifiés, et seulement 4 des 5 articles contrôles. Après sélection des articles sur base du titre et du résumé, 54 articles ont été sélectionnés pour une lecture complète (Table 3). Après lecture, 27 articles n'ont pas présenté d'indicateurs tandis que 27 autres ont montré la présence d'indicateurs (Fig. 2).

*Table 3 Résultats de la stratégie B dans PubMed*

Stratégie B	
Nombre d'articles (hits)	146
Nombre d'article contrôle retrouvés (5 articles contrôles)	4
<b>Nombre d'articles sélectionnés (%)</b>	<b>54(37)</b>

Fig.2 Flow chart des articles résultant de la stratégie B (PubMed)



## Choix de la stratégie

Etant donné que la stratégie A est la seule à rapporter la totalité des articles contrôlés et à ramener un nombre plus important d'articles pertinents que la stratégie B, elle a été préférée (34 articles pertinents pour la stratégie A vs 27 articles pertinents pour la stratégie B).

### Sources de données

Une recherche systématique a été menée avec la stratégie A, dans la littérature blanche (PubMed, Scopus, ProQuest Central [consumer health database, health&medical collection, healthcare administration database, nursing&allied health database, psychology database, public health database], PsycINFO, Cochrane reviews) et grise (LiSSa, CISMeF, OpenGrey, OCLC, HAL).

L'équation retenue de la stratégie A comprenait tous les synonymes de 'Low back pain', ainsi que le(s) terme(s) 'Implementation(s)' dans le titre et le résumé des articles. Les équations de recherche ont été adaptées à chaque base de données explorée et sont disponibles en annexe [Annexe 2].

### Filtres appliqués :

- Langue de rédaction : anglais ou français
- Date : publication entre [2009 et 2019]
- Disponibilité de l'article : résumé et texte intégral

### Références manuelles :

Au besoin, des références issues de la bibliographie des articles inclus dans la revue systématique ont été rajoutées manuellement.

La sélection des articles a été effectuée par deux chercheurs (VF et NYP) en deux temps. Dans un premier temps, les titres et résumés des articles (hits) obtenus par l'équation de recherche ont été exclus s'ils ne rencontraient pas les critères d'inclusion. Dans un second temps, le texte intégral des articles a été parcouru afin d'en extraire les indicateurs.

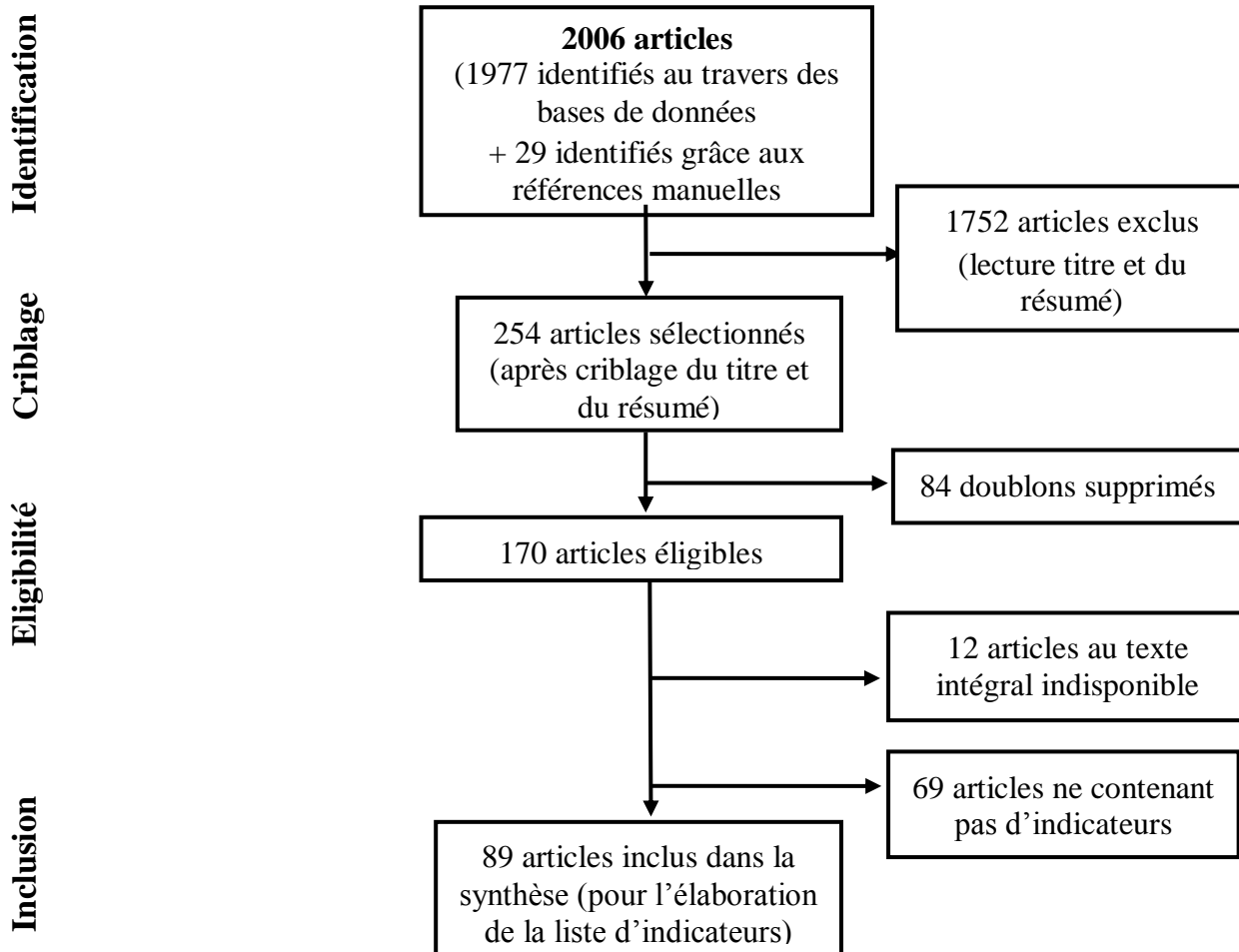
## Résultats

La recherche systématique de la littérature avec la stratégie A a permis de recueillir 2006 articles (hits) via les différentes sources explorées. Après criblage des titres et résumés, 254 articles ont été conservés. L'élimination des doublons nous a permis de retenir 170 articles pour une lecture intégrale.

La liste des 89 articles inclus dont nous avons extrait les indicateurs est reprise en annexe [Annexe 4].



Fig.3 Flow chart des articles retenus pour la revue systématique des indicateurs (stratégie A)



### Extraction des indicateurs

Les 89 articles inclus ont permis d'extraire 73 indicateurs de performance évaluant l'implémentation des directives concernant la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires. La liste complète des 73 indicateurs et leur classement par occurrence est disponible en annexe [Annexe 5].

**Table. 4 Résultats – Indicateurs par thématique 1<sup>ère</sup> ligne de soins ‘Primary care’**

Performance Indicator ‘Primary Care’	Delay(s)
1-PC-1. (change/difference in) # of GP visits for NSLBP / 100(0) inhabitants	-
1-PC-2. (change/difference in) # 1ary care visits for Pa(NSLBP)	-
1-PC-3. (change/difference in) # follow-up contacts between GP & Pa(NSLBP)	3-6-12-24 months aft 1st visit
1-PC-4. Rate of Pa(NSLBP) referred to Psy(CBT) OR rate of GPs visits for Pa(NSLBP) referred to Psy(CBT) per GP	3-6 months
1-PC-5. Rate (or change/difference in #) of Pa(NSLBP) referred to PT	Within 3 months, between 4-12 months
1-PC-6. Rate of Pa(NSLBP) continuing PT usage	5-12 weeks
1-PC-7. (change/difference in) # of (total) PT sessions for Pa(NSLBP)	3-6-12 months
1-PC-8. # of PT sessions per Pa(NSLBP)	-

#=number, GP=General practitioner, LBP=non specific low back pain, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, Psy=Psychologists, CBT=cognitive behavioural therapy, PT=physiotherapist]

**Table. 5 Résultats – Indicateurs par thématique imagerie médicale ‘Imagery’ (RX, CT-Scan, RMI)**

Performance Indicator ‘Imagery’	Delay(s)
2-IM-9. GP’s rate of Pa(NSLBP) referred to imaging	Within 2-9 weeks or 3-6-12 months
2-IM-10. # imaging request [/1000 Pa(NSLBP)] per ...	Per 1 or 3 month(s), for 12 months, per 1 or 2 year
2-IM-11. # or rate of Pa(NSLBP) with imaging performed	-
2-IM-12. Rate of imaging requests for Pa(NSLBP) in concordance with GLs	Within 3 or 12 months
2-IM-13. Rate of Pa(NSLBP) with repeated imagery	
2-IM-14. Imagery prescription period between inclusion of the Pa(NSLBP) and the prescription	

#=number, GP=General practitioner, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, GLs=guidelines

**Table. 6 Résultats – Indicateurs par thématique médecine spécialisée ‘Specialists’**

Performance Indicator ‘Specialists’ (stratification for orthopaedist, rheumatologist, neurologist, spine surgeon, anesthesist)	Delay(s)
3-SP-15. (change in) # of Pa(NSLBP) referred from 1ary care to 2ary care	Within 3 months
3-SP-16. (change in) # or rate of Pa(NSLBP) referred to SP <sup>‡</sup>	Within 3-6-12 months
3-SP-17. Rate of Pa(NSLBP) referred to SP who had adverse event	-
3-SP-18. Rate of Pa(NSLBP) referred to physical medicine (« back school »)	-

#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, SP=specialist physician - <sup>‡</sup> Stratified by specialty

*Table. 7 Résultats – Indicateurs par thématique chirurgie ‘Surgery’*

Performance Indicator ‘Surgery’	Delay(s)
4-SU-19. Rate of spine surgery / 100.000 adults	-
4-SU-20. (change in) # spine surgical procedures	-
4-SU-21. Rate of Pa(NSLBP) referred to spine surgery	-
4-SU-22. Rate of spine surgery adverse events for Pa(NSLBP)	-
#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain	

*Table. 8 Résultats – Indicateurs par thématique Procédures médicales ‘Medical procedures’*

Performance Indicator ‘Medical procedures’	Delay(s)
5-MP(7-ED)-23. Rate of opioïd injection for Pa(NSLBP) in ED	-
5-MP-24. Rate of LBP therapeutical injection for Pa(NSLBP)	4-12 months
5-MP-25. (change in) # medical procedures / Pa(NSLBP) †	-
5-MP-26. (change in) # of treatment codes for Pa(NSLBP)	-
5-MP-(7-ED)-27. Rate of Pa(NSLBP) receiving procedures in ED †	-
5-MP-28. Rate of diagnostic procedures for Pa(NSLBP) in concordance with GLs (process indicator)	Within 24 months
#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, LBP=low back pain, ED=emergency department † Stratified by procedure type	

*Table. 9 Résultats – Indicateurs par thématique Service d’urgences et Hospitalisation ‘Emergency department and Hospitalization’*

Performance Indicator ‘Emergency department and Hospitalization’	Delay(s)
7-ED-50. (change in) # of emergency visits / ED admission for Pa(NSLBP)	-
7-ED(5-MP)-27. Rate of Pa(NSLBP) receiving procedures in ED †	-
7-ED-51. (change in) # of significant findings in referral of imaging for Pa(NSLBP) in ED	-
7-ED-52. Rate of recidivism to ED for Pa(NSLBP)	-
7-ED-53. Rate of Pa(NSLBP) who had hospital admission for NSLBP	-
7-ED-54. (change in) # of days of hospitalization for NSLBP	-
7-ED-(5-MP)-23. Rate of opioïd injection for Pa(NSLBP) in ED	-
#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, ED=emergency department, NSLBP= non specific low back pain - † Stratified by procedure type	

Table. 10 Résultats – Indicateurs par thématique Médication ‘Medication’

Performance Indicator ‘Medication’	Delay(s)
6-ME-29. # or rate of drug prescription for Pa(NSLBP)	3-6-12-34 months
6-ME-30. # Prescription of paracetamol vs NSAIDs per Pa(NSLBP)	-
6-ME-31. Rate of Pa(NSLBP) receiving pain medication on a time contingent basis	-
6-ME-32. Rate of Pa(NSLBP) receiving systemic corticoids (without NSAIDs)	-
6-ME-33. Rate of Pa(NSLBP) receiving drug prescription	-
6-ME-34. Rate of Pa(NSLBP) receiving opioïd	-
6-ME-35. (change in) # drugs used (per week) per Pa(NSLBP) = AMOUNT OF MEDICATION	Last 7-14 days OR at 1-3-12 months OR last 6 months
6-ME-36. Record of appropriate medication/dosage for Pa(NSLBP) (in concordance with GLs) ( <i>process indicator</i> )	0 to 4 weeks OR 6-12-24 months
6-ME-37. Prescription of over-the-counter medicine for Pa(NSLBP)	-
6-ME-38. (change in) # prescription for Pa(NSLBP) [(by GP)/ 1000 inhabitants]	-
6-ME-39. Rate of Pa(NSLBP) taking medication	-
6-ME-40. Prescription of paracetamol or NSAIDs for Pa(NSLBP)	-
6-ME-41. Rate of Pa(NSLBP) receiving pain medication	8 weeks
6-ME-42. Change in types of analgesic used by Pa(NSLBP)	-
6-ME-43. Rate of Pa(NSLBP) receiving codeïne	-
6-ME-44. Rate of Pa(NSLBP) with neuropathic pain medicines	-
6-ME-45. Rate of a(NSLBP) receiving $\geq 1$ prescription	-
6-ME-46. Rate of Pa(NSLBP) NOT receiving oral steroids, colchicine, or antidepressants	-
6-ME-47. Rate of Pa(NSLBP) in reduction use of medication	3-12-24 months
6-ME-48. Number of adjunctive medications (to treat conditions associated: depression, anxiety, insomnia) for Pa(NSLBP)	-
6-ME-49. (change in) # days of medication consumption (per week) per Pa(NSLBP) = MEDICATION USE	1-3-12-24 months

#=number, GPs=General practitioners, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, GLs=guidelines, P=paracetamol, NSAIDs= nonsteroidal anti-inflammatory drugs

*Table. 11 Résultats – Indicateurs par thématique Incapacité de travail et Travail ‘Sick Leave & Work’*

Performance Indicator ‘SL, WA, WP, RTW, MW, MWS, WDC’	Delay(s)
8-WO-55. Rate of Pa(NSLBP) who had a SL issues	Last 2-4-8-12 weeks
8-WO-56. Rate of Pa(NSLBP) who had recurrence of SL	12 months
8-WO-57. (change in) # days of SL for Pa(NSLBP) = (change in) AVERAGE SL DURATION	Last 6 weeks OR last 6 months
8-WO-58. On paid/unpaid sick leave for Pa(NSLBP)	
8-WO-59. Rate of Pa(NSLBP) at work (WP) full-time or part-time = WORK PRESENCE	3-6-12-18-24 months
8-WO-60. Rate of Pa(NSLBP) with WA due to NSLBP ( $\geq 14$ days of WA OR $\geq 12$ weeks of WA) = WORK ABSENCE	-
8-WO-61. (change in) # days of WA for Pa(NSLBP) = (change in) duration of the WA	Last 6 weeks OR last 6 months
8-WO-62. Rate of Pa(NSLBP) who had $\geq 3$ months of WA = 3 months WORK ABSENCE RATE	-
8-WO-63. (change in) # days of WA or SL - (change in) duration of the WA or SL until sustainable RTW	From the 1st day of WA until sustainable RTW
8-WO-64. Rate of Pa(NSLBP) who had sustainable RTW	12 weeks OR 3-12-24 months
8-WO-65. Rate of Pa(NSLBP) who had a RTW	-
8-WO-66. Rate of Pa(NSLBP) who had return to MW or work place intervention	12 weeks
8-WO-67. Rate of Pa(NSLBP) who had MWS	4-8-52 weeks
8-WO-68. Rate Pa(NSLBP) who had WDC OR # days of work disability	-
8-WO-69. Rate of days with sickness benefits for Pa(NSLBP)	-
8-WO-70. (change in) # days of sickness benefits for Pa(NSLBP) = DURATION OF THE SICKNESS BENEFIT	From 0-6 months OR from 6-12 months

#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, SL=sick leave, WP=work presence, WA=work absence, RTW=return to work, MW=modified work, MWS=modified work status, WDC=work disability claims

*Table. 12 Résultats – Indicateurs par thématique Médecine du travail-ergonomie au travail ‘Occupational physician – Occupational therapist’*

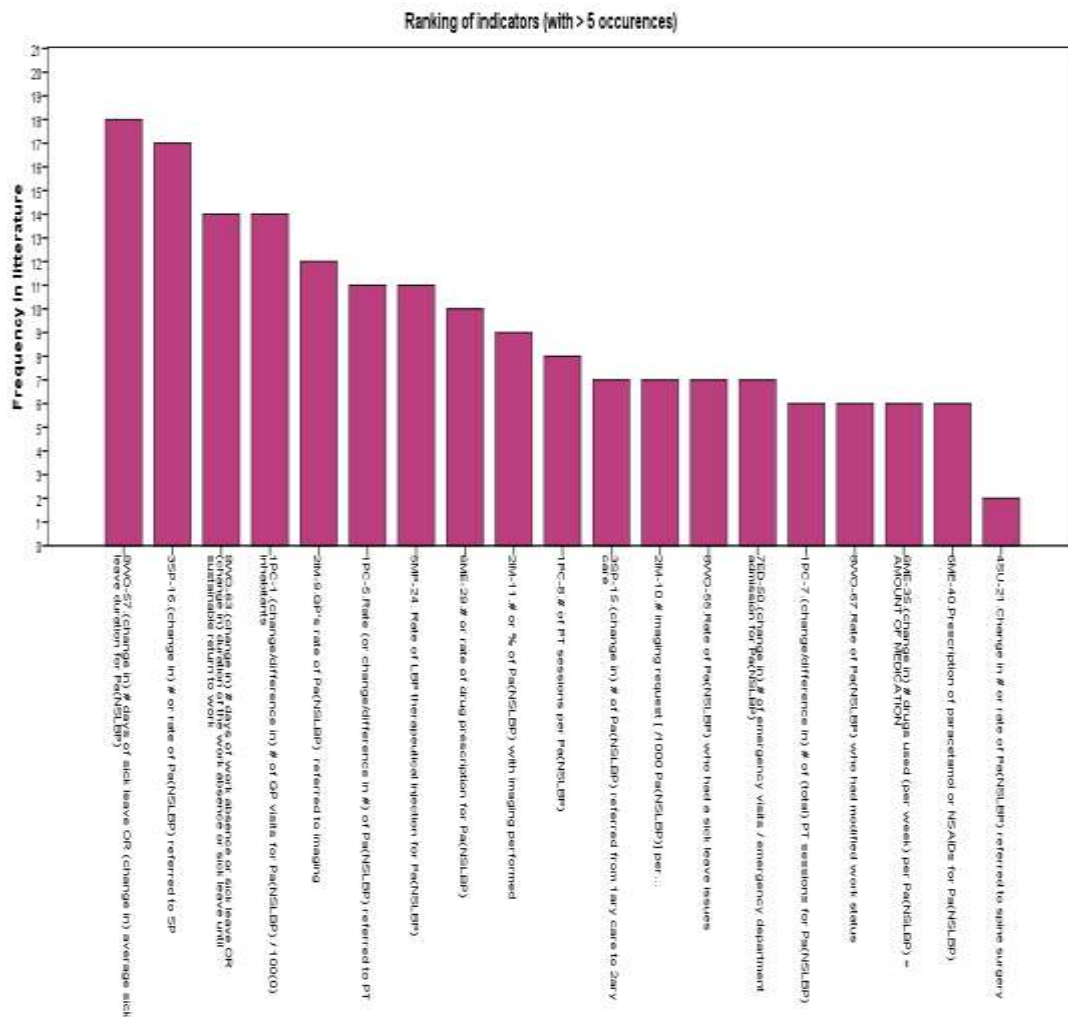
Performance Indicator ‘Occupational physician – occupational therapist’	Delay(s)
9-OP-71. Rate of Pa(NSLBP) referred to the OP	-
9-OP-72. # contacts with the OP for Pa(NSLBP)	-
9-OP-73. # contacts with the occupational therapist	-

#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, OP=occupational physician

Parmi ceux-ci, les 17 indicateurs retrouvés dans plus de 5 articles sont repris dans le classement par ordre d'occurrence (Fig.4).

- Indicateurs de performance de résultat liés à l'utilisation des soins de santé (116 occurrences) :
- Référencement à la médecine spécialisée (SP), visites chez le médecin généraliste (GP), imagerie, kinésithérapie (PT), consommation de médicaments (paracétamol, AINS-NSAIDs), injections liées à la lombalgie/douleurs radiculaires, services d'urgences (ED).
- Indicateurs de performance de résultat liés au travail (45 occurrences) :
- Incapacités de travail (sick leave-SL), absence au travail (work absence-WA), retour au travail (return to work-RTW), modification/adaptation du travail (modified work status-MWS).
- Indicateur de performance de processus liés au référencement de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins vers la 2<sup>ème</sup> ligne de soins (7 occurrences).

Fig.4 Classement des indicateurs les plus fréquemment rencontrés dans la littérature (> 5 occurrences)



1. 8WO-57 (change in) # days of SL for Pa(NSLBP) = (change in) AVERAGE SL DURATION - 18 occurrences
2. 3SP-16 (change in) # or rate of Pa(NSLBP) referred to SP - 17 occurrences
3. 8WO-63 (change in) # days of WA or SL OR (change in) duration of the WA or SL until sustainable RTW - 14 occurrences
4. 1PC-1 (change/difference in) # of GP visits for Pa(NSLBP) / 100(0) inhabitants - 14 occurrences
5. 2IM-9 - GP's rate of Pa(NSLBP) referred to imaging - 12 occurrences
6. 1PC-5 Rate of patient (Pa<sub>NSLBP</sub>) referred to PT - 11 occurrences
7. 5MP-24 Rate of LBP therapeutical injection for Pa(NSLBP) - 11 occurrences
8. 6ME-29 # or rate of drug prescription for Pa(NSLBP) - 10 occurrences
9. 2IM-11 # or rate of Pa(NSLBP) with imaging performed - 9 occurrences
10. 1PC-8 # of PT sessions per Pa(NSLBP) - 8 occurrences
11. 3SP-15 (change in) # of Pa(NSLBP) referred from 1ary care to 2ary care - 7 occurrences
12. 2IM-10 # imaging request [ /1000 Pa(NSLBP)] per ... - 7 occurrences
13. 8WO-55 Rate of Pa(NSLBP) who had a SL issues - 7 occurrences
14. 7ED-50 (change in) # of emergency visits / ED admission for Pa(NSLBP) - 7 occurrences
15. 1PC-7 (change/difference in) # of (total) PT sessions for Pa(NSLBP) - 6 occurrences
16. 8WO-67 Rate of Pa(NSLBP) who had MWS - 6 occurrences
17. 6ME-35 (change in) # drugs used (per week) per Pa(NSLBP) = AMOUNT OF MEDICATION - 6 occurrences
18. 6ME-40 Prescription of paracetamol or NSAIDs for Pa(NSLBP) - 6 occurrences
19. 4SU-21 Rate of Pa(NSLBP) referred to spine surgery - 2 occurrences

SL:sick leave – SP:specialist – WA :work absence – RTW :return to work – GP :general pratitioner – PT :physiotherapist – ED :emergency departement – MWS :modified work status – NSAIDs : nonsteroidal anti-inflammatory drugs

## 6. Bases de données nationales médico-administratives à disposition (2019)

### 1. L'Agence InterMutualiste (AIM)

#### **Présentation**

L'agence intermutualiste (AIM) collecte des données administratives (âge, sexe...) et des données de facturation de prestation de soins de santé remboursés (lieu, coût...) via les mutualités qui gèrent les remboursements du système de soins de santé en Belgique.

L'AIM dispose de l'identification des patients couverts par l'Assurance maladie invalidité, ainsi que des prestations de soins et médicaments remboursés par l'INAMI. Toutes ces données sont collectées uniformément depuis 2002.

L'AIM a également développé 'l'échantillon permanent' qui est un groupe représentatif de patients pour la Belgique en vue d'effectuer des études longitudinales.

A l'heure actuelle, l'AIM ne dispose pas des diagnostics associés à ces consommations de soins. Il est cependant prévu qu'à l'avenir, les prestations d'imageries seront associées au diagnostic présumé figurant sur la prescription.

L'AIM ne reprenant que les données des mutualités, elle ne dispose pas des données sur les soins non remboursés (11).

Variables d'intérêt (Layout données soins de santé – version 15 février 2018)

La base de données de l'AIM reprend toutes les consommations des soins de santé qui sont remboursés par l'Assurance maladie invalidité sous un code de nomenclature des prestations et sous les codes ATC pour les médicaments, avec les dates de délivrance dont les variables se retrouvent dans deux documents publiés en 2018 : 'données de soins de santé - layout V15' et 'données population – layout V14' (12)(13).

#### **Layout données 'Soins de santé – SS' (version 15, février 2018)**

##### ***SS00010 : Identification bénéficiaire***

C1 sur base du numéro de Registre National du bénéficiaire et de la table de conversion dont disposent les organismes assureurs.

##### ***SS00015 : Date de début de la prestation***

Date de début de la période de délivrance ou date de délivrance pour les produits pharmaceutiques.

Date à laquelle la prestation a été effectuée ou date à laquelle une série de prestations a débuté ou date de réception de la prescription ou date de début de période

##### ***SS00020 : Code de nomenclature de la prestation***



Numéro du code nomenclature permettant d'effectuer la comptabilité comme décrit dans les instructions comptables et statistiques concernant les prestations de santé INAMI.

**SS00050 : Nombre de cas**

Nombre de fois qu'une prestation a été dispensée ou nombre de fournitures délivrées ou nombre d'unités délivrée ou quantité délivrée ou nombre de fois que le tarif a été porté en compte à la date ou durant la période indiquée.

**SS00055 : Nombre de jours**

Nombre de journées facturées, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation).

**SS00065 : Prestataire – qualification**

Numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro figure sur l'attestation de soins

**SS00070 : Prescripteur – qualification**

Numéro d'identification du dispensateur de soins qui a prescrit la prestation ou le médicament.

**SS00075 : Identification institution**

Numéro d'agrément de l'établissement hospitalier ou de rééducation dans lequel le bénéficiaire des prestations est hospitalisé (séjourne). Numéro d'agrément de l'établissement 'hospitalisation d'un jour'.

**SS00110 : Date d'admission**

Date qui se trouve sur l'engagement de paiement (721 bis) ou sur la reconnaissance.

En cas de rééducation interne et de séjours dans les Maisons de Repos et de Soins (MRS), Maisons de Repos pour Personnes Agées (MRPA), Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) ou Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.

En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

Cette zone est obligatoire lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient hospitalisé, un séjour dans un centre de rééducation, un séjour dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

La zone doit être égale à 0 lorsqu'il s'agit des dépenses pour des prestations ambulatoires, salle de plâtre ou forfaits journaliers ambulatoires.

Cette zone reprend la date figurant au dossier administratif.

**SS00115 : Date de sortie**

C'est la date se trouvant sur le document de fin d'hospitalisation (727) ou sur la reconnaissance.

Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation.

Cette zone reprend la date figurant au dossier administrative.

**SS00115 : Date dernière prestation**

Date du dernier jour (pouvant être) facturé pour les codes séjours OU

- Date du dernier jour facturé ou date de fin de la période d'administration ou date de fin de délivrance pour les produits pharmaceutiques OU
- Date de dernière prestation effectuée ou date à laquelle une série de prestations a pris fin OU
- A défaut, date de début de prestation (une date fin doit toujours être mentionnée)

**SS00130 : Prestation relative**

Il s'agit du numéro de code de la prestation qui justifie et est à l'origine de la facturation du code nomenclature mentionné dans la zone **SS00150**.

**SS00135 : Numéro de produit**

Code individuel du produit pharmaceutique. Délivrés à des patients hospitalisés, ou à des patients pour lesquels un forfait pour hospitalisation partielle peut être porté en compte.

**SS00150 : Code nomenclature facturé**

Code nomenclature originellement facturé :  
(pseudo-)code journée d'entretien ou forfait ou  
(pseudo-)code catégorie du médicament ou  
(pseudo-)code nomenclature de la prestation fournie  
de la facture originale.

**SS00155 : Date de prescription**

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, la date de prescription est indiquée dans cette zone.

**SS00305 : Numéro d'admission**

Pour les patients hospitalisés (type facture ET 20 Z 10 = 1), il s'agit du numéro d'admission encrypté attribué par les établissements hospitaliers.  
En cas d'hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9) pour laquelle la facture est scindée en une partie gestion de l'hôpital et une partie conseil médical, la liaison entre les deux parties de facture peut s'effectuer facilement si l'on mentionne un numéro unique dans la zone 19 de chaque partie de facture. La mention d'un même numéro est souhaitable mais n'est provisoirement pas obligatoire.  
En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour (avec code ambulante ou hospitalisé et type de facture = 1 ou 9), il s'agit d'un numéro d'admission dans l'hôpital chirurgical de jour encrypté.

**SS00370 : Lieu du séjour**

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé.  
S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris.

Layout 'Données Population – PP' (version 14, février 2018)

**PP0010 : Identification bénéficiaire**

C1 sur base du numéro de Registre National du bénéficiaire et de la table de conversion dont disposent les OA.

**PP1003 : Situation sociale à la date du modèle E**

- 01 : ouvrier actif (y compris les chômeurs et les invalides)
- 02 : employé actif (y compris les chômeurs et les invalides)
- 03 : agents statutaires du service public
- 04 : travailleurs indépendants actifs, y compris les indépendants invalides, les débutants (starters) et les indépendants assimilés
- 05-06 : handicapés du régime général et du régime des travailleurs indépendants (jusque fin 2007)
- 07 : étudiants 3e niveau
- 08 : conjoint aidant d'un travailleur indépendant (y compris les invalides)
- 09 - 10 : pensionnés, veuves, veufs et orphelins du secteur public et du régime général
- 11 : non assurés du régime général

**PP3015 : Statut affection chronique (critère financier)**

Le **statut de personne atteinte d'une affection chronique** est ouvert de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié ou inscrit le bénéficiaire concerné **sur base du critère financier** (chapitre II de l'AR du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI)).

**PP3016 : Statut affection chronique (forfait maladie chronique)**

Le **statut de personne atteinte d'une affection chronique** est ouvert de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié ou inscrit le bénéficiaire **sur la base du bénéfice de l'allocation forfaitaire maladie chronique** visée à l'article 37, § 16bis, 2° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et à l'article 6 de l'AR du 2 juin 1998 portant exécution de cet article 37, § 16bis (chapitre III de l'AR du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1).

**PP4002 : Nombre de jours en incapacité primaire**

Nombre de jours en incapacité de travail durant la première année de la maladie  
Les périodes d'incapacité pour lesquelles aucune journée n'est indemnisée par l'O.A. ne doivent pas être prises en compte.

**PP4003 : Nombre de jours en maladie invalidité**

Les périodes d'invalidité pour lesquelles aucun jour n'a été indemnisé par l'O.A. ne doivent pas être prises en compte.

## 2. INTEGO (KUL)

### Présentation

INTEGO (qui signifie 'réseau informatisé intégré') est une base de données qui a été créée en 1990 par le département de médecine générale de l'Université de Louvain ("Department of general practice, KU Leuven. INTEGO-project. [Online]. Available from: [URL:http://www.INTEGO.be](http://www.INTEGO.be)"), à partir d'une collecte semi-automatique des données de dossiers médicaux électroniques de médecine générale (via les logiciels Medidoc®), afin d'obtenir des informations sur l'incidence et la prévalence des maladies en Flandres, ainsi que sur les traitements prescrits en médecine générale et les tests de laboratoire. En 2001, le ministère de la Communauté Flamande a apporté son soutien financier au projet, assurant sa pérennité, mais c'est à partir de 2004 que les informations contenues dans la base de données deviennent réellement exploitables. En 2009, le réseau comptait 55 cabinets médicaux occupés par 92 médecins généralistes à travers la Flandre (1.05% des médecins généralistes) et 90.324 patients (<https://intego.be/en/Method>; <https://intego.be/nl/Methodiek>). Chaque année 2 ou 3 cabinets quittent le réseau et cet échantillon de médecins collaborant dans INTEGO représentait 1.05% de tous les médecins généralistes flamands en 2015 et se montre représentatif des médecins généralistes de Flandres.

Intego connaît une transition majeure dans la période 2017-2018.

L'ensemble du processus de récupération des données (via le logiciel Care Connect®, permettant le lien entre les données d'Intego et de l'AIM) et d'anonymisation des données est revu et prévoit que les collectes de données se déroulent avec healthdata.be et eHealth.

Depuis janvier 2017, un nouveau volet du projet Intego, avec le soutien du gouvernement flamand, vise à établir un lien entre les données de morbidité d'Intego et des facteurs environnementaux tels que les polluants atmosphériques. Dans le cadre de ce projet, il est prévu que le nombre de médecins généralistes inscrits en Flandre soit considérablement augmenté afin de parvenir à une meilleure couverture géographique de la pratique médicale, ainsi que les données puissent être également collectées auprès de patients individuels eux-mêmes.

En 2017 donc, Intego est toujours financé par la Communauté Flamande et comprend dans son réseau plus de 100 médecins généralistes travaillant dans une cinquantaine de cabinets répartis dans toute la Flandre. Ceux-ci couvrent une patientèle de 440140 patients domiciliés en Flandres, ce qui représentait 1.91% de la population flamande et était un échantillon représentatif de la population de Flandres en termes d'âge, de sexe et de revenus. La même année la base de données comprenait 4,4 millions de diagnostics et 16,7 millions de prescriptions médicamenteuses.

Selon le rapport du **Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé Section "Santé" de 2018** :  
« (...) A l'heure actuelle, 54 pratiques de médecins généralistes totalisant 94 médecins généralistes font l'objet d'un rapport pour une population annuelle d'environ 266.000 patients. Les données à caractère personnel collectées au sein du réseau INTEGO seront transmises de manière codée à la plateforme healthdata.be. Les données à caractère personnel codées seront analysées par les chercheurs de l'Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde (ACHG) de la KU Leuven (qui est ou non associé au projet INTEGO) et seront mises à la disposition de tiers, à des fins de recherches scientifiques via healthstat.be » (14).

Les diagnostics sont codés sous forme ICPC (International Classification of Primary Care) ; les codes ICPC relatifs à la douleur lombaire/radiculaire sont : L03, L84 (lombalgie), L86 (radiculalgie) (15). Du côté francophone du pays, il n'existe actuellement aucune base de données similaire permettant de collecter une information directement à partir des dossiers médicaux électroniques des médecins généralistes de 1<sup>ère</sup> ligne.

#### **Variables d'intérêt (4)**

##### Données relatives aux données socio-démographiques du patient

NISS Numéro de registre national (ou numéro inscription à la sécurité sociale) du patient.  
Date de naissance du patient (année et mois)  
Genre du patient  
Profession du patient  
Code postal du patient (identifié pour une analyse rétrospective de l'occurrence géographique de certains troubles)

##### Données relatives au médecin

Médecin traitant (identification INAMI) : Seuls les 3 derniers chiffres (spécialisation) seront disponibles pour l'analyse

##### Données liées aux diagnostics

Diagnostic en santé Code ICPC-2  
L02 : Back symptom/complaint  
L03 : Low back symptom/complaint  
L84 : Back syndrome without radiating pain  
L86 : Back syndrome with radiating pain  
Date de début du diagnostic  
Statut (actif / passif) et date de changement statut  
Évaluation et date de l'évaluation  
Plainte relative au diagnostic à l'inscription et plainte relative à la date d'inscription)

##### Données concernant les médicaments

Code d'identification du médicament (code ATC) prescrit  
Date de début et de fin de médication  
Statut Ponctuel, aigu, chronique, ou si nécessaire  
Posologie

##### Données relatives aux traitements

Traitement prescrit  
Date de traitement prescrit  
Date de la prescription de kinésithérapie

##### Données concernant les paramètres vitaux et physiques

L'étude de l'évolution des paramètres vitaux et physiques est importante en ce qui concerne la présence de médicaments et de prescriptions de médicaments et l'élaboration de modèles de réduction des risques

- Taille et date
- Poids et date
- IMC et date
- Circonférence abdominale et date
- Exercice et date

##### Données relatives au certificat d'incapacité de travail

#### **Incapacité temporaire de travail (ITT)**

Date de début ITT ; Date de fin ITT

### 3. RHM : Résumé Hospitalier Minimum

#### Présentation

Le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) est un système d'enregistrement anonymisé de données médicales, infirmières et administratives. Il est obligatoire pour tous les hôpitaux sauf pour les lits psychiatriques des hôpitaux généraux.

Il reprend le parcours de soin de chaque patient au sein de l'hôpital et est délivré aux autorités dans un but de rationalisation des coûts.

Il contribue à soutenir la politique de santé du gouvernement et au sein des hôpitaux grâce à la production de feedback général ou par hôpitaux (16)(17).

#### Fonctionnement du RHM

Il comporte 23 tables rassemblées en 6 domaines de données : données de structures, données du personnel, données administratives, données infirmières, données médicales, données de facturation.

##### • **Domaine 3 - données administratives**

Ces données concernent les séjours hospitaliers, reprenant entre autres le code de l'hôpital, l'année, le numéro de séjour, le numéro de patient ainsi que son genre et son sexe, où était le patient avant son admission (chez lui, maison de retraite...), par qui il a été adressé, où il va après sa sortie et le code ICD validé par l'administration [Annexe 6].

#### Variables d'intérêt

##### Fichier PATHOSPI (A1) données relatives au patient

A1/ champ 4 : PATNUM : numéro d'identification anonyme du patient

A1/ champ 5 : A1\_YEAR\_BIRTH : année de naissance du patient

##### Fichier STAYHOSP (A2) données relatives au séjour

A2/ champ 4 : **STAYNUM** : numéro de séjour du patient (variable de croisement entre les différents fichiers)

A2/ champs [5-10] : dates d'admission et de sortie de l'hôpital (JJ/MM/AAA)

A2/champ 14 : A2\_HOSPTYPE\_FAC : type de séjour hospitalier (selon la facturation)

1) Hospitalisation classique (H)

6) Urgences ambulatoires (U)

A2/ champ 16 : A2\_CODE\_READMISSION : code de la réadmission

A2/ champ 17 : A2\_CODE\_SEX : Genre du patient

A2/ champ 19 : A2\_CODE\_ZIP : code postal belge de domicile du patient

A2/champ 24 : A2\_CODE\_ADM : type d'admission

3 = Admission planifiée (L'admission à l'hôpital avait été décidée auparavant. Le jour de l'admission a donc été convenu auparavant)

A, B, C = Admission **via le service d'urgence**

**D** = Hospitalisation d'urgence **sans passer** par le service d'urgence

A2/ champ 25 : A2\_CODE\_ADRBY : Adressé par ...

1 = de sa propre initiative

3 – 4 = médecin spécialiste de l'hôpital ou extérieur à l'hôpital

A - B = médecin généraliste du patient

C – D = médecin de garde

A2/ champ 29 : A2\_CODE\_DIAG\_VERIF\_ADMIN :

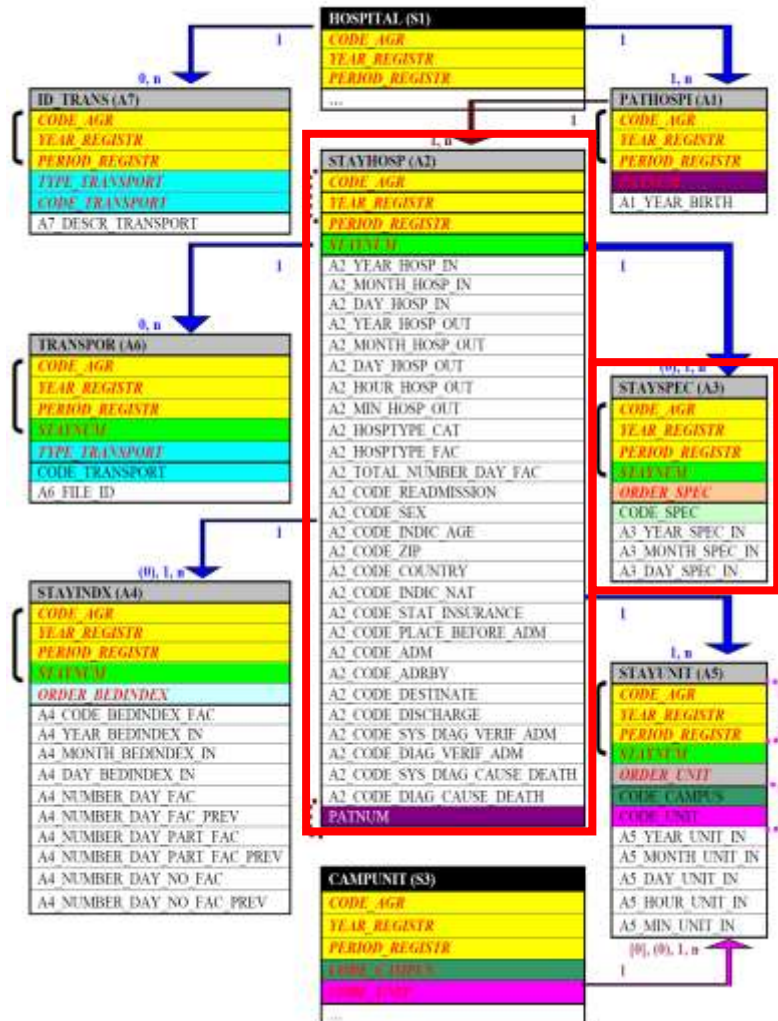
Diagnostic d'admission vérifié (selon code ICD-9 ou ICD-10) [Annexe 6].

On définit le diagnostic d'admission vérifié comme l'affection reconnue après examen pour être la cause principale de l'admission du patient à l'hôpital. Les termes 'après examen' de la définition ont leur importance. Il ne s'agit donc pas du diagnostic d'admission pur et simple, mais plutôt du diagnostic qui, après un examen diagnostique intensif, voire une intervention chirurgicale, s'avère être la cause de l'admission.

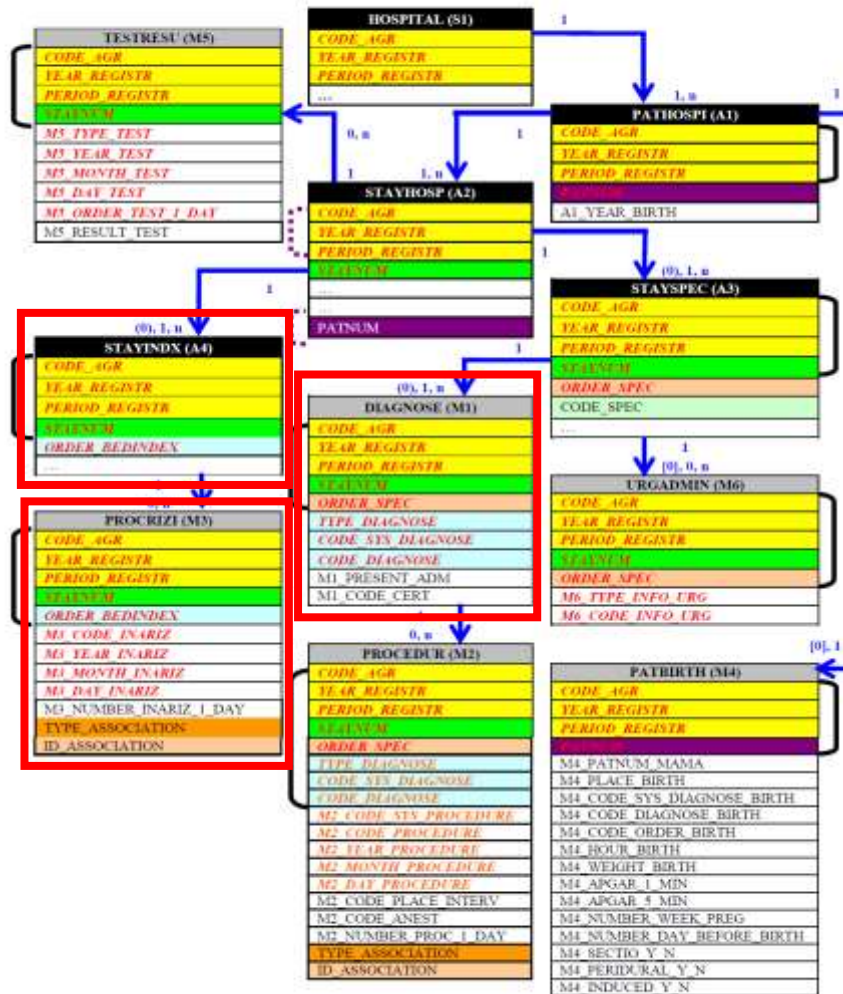
Cela signifie aussi que les affections qui surviennent au cours du séjour à l'hôpital (par exemple, une fracture de la hanche provoquée par une chute de lit) ne peuvent être indiquées comme diagnostic d'admission vérifié. Le diagnostic d'admission vérifié pour le séjour à l'hôpital est également demandé en plus des diagnostics principaux et secondaires par spécialité (fichier DIAGNOSE couplé au fichier STAYSPEC).

Figure 5 des fichiers des données administratives (domaine 3) et des données médicales (domaine 5)

0. Liens entre les fichiers des données administratives



0. Liens entre les fichiers des données médicales





## Domaine 5 - données médicales

Il peut être lié à la table centrale (domaine 3 –données administratives) et contient tous les diagnostics en code ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification) pour 2008 à 2014 et en code ICD-10-BE (International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification; ainsi que International Classification of Diseases, 10th Revision, Procedure Coding System) à partir de 2016 [Annexe 6]. Noter que pour l'année 2015, il n'y a pas eu de diagnostic encodé.

### Fichier DIAGNOSE (M1) données relatives aux diagnostics

M1/ champ 4 : STAYNUM : numéro de séjour du patient (clé unique, composée du numéro d'agrément de l'hôpital, du numéro de séjour et du numéro du patient - variable de croisement entre les différents fichiers)

M1/ champ 6 : **TYPE\_DIAGNOSE** : diagnostic principal ou secondaire

P = diagnostic principal (l'affection qui, *après examen*, s'est avérée être la cause principale de l'admission du patient dans la spécialité)

S = diagnostic(s) secondaire(s) (des affections présentes au moment de l'admission ou qui se développent par la suite et qui influencent les soins au patient durant l'hospitalisation en cours. Les diagnostics qui renvoient à une période antérieure et qui n'ont aucun lien avec le séjour hospitalier actuel ne sont pas enregistrés)

M1/ champ 8 : **CODE\_DIAGNOSE** : code de diagnostic

Pour un patient donné et pour une spécialité, il y a 1 diagnostic principal et des diagnostics secondaires (maximum 3 diagnostics au total). En moyenne il y a donc 1 à 3 spécialités pouvant être mentionnées par patient, codés ICD-9-CM ou ICD-10-BE.

*Attention de ne pas confondre le diagnostic principal d'une spécialité (CODE\_DIAGNOSE du fichier DIAGNOSE-M1) et le diagnostic d'admission vérifié (A2\_CODE\_DIAG\_VERIF\_ADM du fichier STAYHOSP-A2). Dans la majorité des cas, le diagnostic d'admission vérifié est identique au diagnostic principal de la première spécialité. Il existe cependant une série d'exceptions à ce principe*

MMMMM : code ICD-9-CM ou code ICD-10-BE du diagnostic principal pour une spécialité avec miniforfait uniquement ou sans forfait

UUUUUU : Diagnostic principal pour une spécialité urgences

Pour la spécialité URG: #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM ou code ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ou un code ICD-9-CM / ICD-10-BE valide, pour lequel les règles de codage du diagnostic principal sont respectées. Si URG est la seule spécialité, #UUUUUU# ou un symptôme (code ICD-9-CM CM ou code ICD-10-BE à partir du RHM 2015) ne peut être utilisé que si:

A2\_HOSPTYPE\_FAC = U (urgence ambulatoire = séjours sans forfait dans le service des urgences)

### Fichier PROCEDUR (M2) données relatives aux interventions

Ce fichier peut être lié au fichier DIAGNOSE (M1). Pour une spécialité donnée et un diagnostic identifié, on peut disposer de toutes les procédures effectuées à l'hôpital, encodées sous forme de code ICD procédure et non de code INAMI lié au remboursement.

M2/ champ 4 : STAYNUM : numéro de séjour du patient (variable de croisement entre les différents fichiers)

M2/ champ 5 : ORDER\_SPEC : numéro d'ordre de la spécialité

M2/ champ 6 : TYPE\_DIAGNOSE : diagnostic principal ou secondaire

M2/ champ 8 : CODE\_DIAGNOSE : code de diagnostic

M2/ champ 10 : **M2\_CODE\_PROCEDURE** : code de procédure

Les procédures sont codées en ICD-9-CM ou ICD-10-PCS.

Pour des directives de codage ICD-9-CM et ICD-10-BE plus détaillées, voir les manuels spécifiques disponibles sur le site internet du SPF: Cf. point 7. Informations supplémentaires: *Manuel de codage ICD-9-CM et le manuel de codage ICD-10-BE.*

### **Sources de biais possibles**

- Le code ICD-10 validé par l'administration pourrait être différent du diagnostic principal pour des raisons de remboursement de l'hôpital  
Cependant, des études sur les diagnostics relatifs aux pathologies cardiaques et respiratoires semblent avoir montré une bonne concordance entre ces diagnostics (18)(19).  
Sources de biais : selon les pratiques et habitudes régionales, certains biais liés aux codes ICD employés pour certaines pathologies, certaines procédures et prescriptions pourraient varier.

## 4. PHARMANET

### Présentation

PHARMANET est une base de données de l'INAMI qui contient toutes les données non agrégées (mais anonymisées) des prestations pharmaceutiques remboursées par l'AMI depuis 1997. En effet, l'INAMI a collecté toutes les données auprès des organismes assureurs, eux-mêmes ayant récupéré les données via les différents offices de tarification. Ces données comportent toutes les délivrances de spécialités remboursables ou des préparations magistrales sur base d'une ordonnance en officine ouverte au public. Elle reprend également les prestations effectuées dans le cadre des trajets de soins, la nutrition médicale et les différences d'honoraires.

Sont donc exclus : les médicaments délivrés en officine hospitalière, les médicaments en vente libre, les médicaments non remboursables par l'assurance de soins de santé, les compléments alimentaires, les dispositifs médicaux...

PHARMANET permet d'informer et de comparer les médecins et les dentistes sur leur comportement de prescription (20).

La base de donnée IMS des industries pharmaceutiques contient l'ensemble des médicaments délivrés (remboursés et non remboursés). La comparaison entre l'IMS et PHARMANET permet d'estimer la représentativité de chaque catégorie de médicament par rapport aux ventes réelles.

### Catégories de médicaments et représentativité dans PHARMANET

- Paracétamol : ATC-N02BE01
- AINS : ATC M01A : environ 50% de toutes les ventes d'AINS en officine sont repris dans PHARMANET
- Antidépresseurs : ATC-N06AA (tricycliques) et ATC-N06AX (IRSN)
- Antiépileptiques : ATC-N03A
- Myorelaxants : ATC-M03 : 100% de toutes les ventes d'AINS en officine sont repris dans PHARMANET
- Opioides : ATC-N02A : 75% à 100% de toutes les ventes d'AINS en officine sont repris dans PHARMANET (ce qui représente 90% à 100% des DDD)

La base de données de PHARMANET peut être croisée avec celle de l'AMI sur base de l'identification du patient.

### Variables d'intérêt pour le projet

Pour chaque catégorie de médicament, PHARMANET comprend

- **l'identification du patient**
- **l'identification du prescripteur**
- **la date de prescription**
- la date de délivrance
- la catégorie de remboursement
- **la quantité délivrée** exprimée en Defined Daily Doses (DDD) ou en boîte)....
- le montant de l'intervention de l'assurance
- le numéro de l'officine
- **le code Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) du produit**
- le Code Barre Unique (CBU)
- l'indication DCI

## 5. Belgian Spine Tango Registry

### **Présentation**

Spine Tango est régi par Eurospine (Spine Society of Europe) dont la gestion opérationnelle et la prise de décision sont déléguées à la Spine Tango Task Force, un comité dédié sous l'égide d'Eurospine (21).

Spine Tango est une base de données internationale qui comprend > 100 000 patients. L'accès aisé à Eurospine, l'énorme potentiel de benchmarking offert par Spine Tango et sa particularité d'inclure des patients non chirurgicaux, ont été les raisons pour lesquelles la SSBe (Spine Society of Belgium) a choisi Spine Tango comme format pour le registre belge.

En 2017, il a été décidé que l'INAMI soutiendrait et faciliterait l'installation d'un registre de la colonne vertébrale, et que la capture de PROM (Patient Reported Outcomes Measurement) serait un projet pilote pour les données de santé par les autorités sanitaires nationales, dans le respect aux registres de santé (partie de Sciensano)(  
[https://support.healthdata.be/articles/en\\_US/Support\\_Article/Spine-Tango-Documentation](https://support.healthdata.be/articles/en_US/Support_Article/Spine-Tango-Documentation)).

Dans le même temps, il a été décidé que l'enregistrement obligatoire ferait partie de la nouvelle liste de codes de remboursement (codes de nomenclature INAMI) pour la chirurgie de la colonne vertébrale, comme condition préalable à la facturation des procédures chirurgicales. Par conséquent, un plan a été conçu pour la création d'un registre pilote de la colonne vertébrale qui devrait préparer et démontrer la faisabilité d'un enregistrement à grande échelle dans un contexte multicentrique (Belgian Spine Tango Registry).

Dix-huit hôpitaux désireux de participer au registre pilote ont été identifiés et le projet de registre a été approuvé par le Comité sectoriel de la santé de la Commission de la protection de la vie privée le 20 février 2018 et a démarré à cette date; l'ensemble du projet du Belgian Spine Tango Registry devant être clôturé en 2023.

### **Objectifs du Belgian Spine Tango Registry**

#### *Objectifs immédiats*

Les objectifs immédiats du registre pilote de la colonne vertébrale sont doubles:

1. Documenter la situation «en l'état» concernant les traitements chirurgicaux et de réadaptation multidisciplinaire de la colonne lombaire, leurs indications et leurs résultats en termes d'amélioration de la douleur, du handicap et de la qualité de vie, avant la mise en œuvre des résultats des 4 projets de qualité;
2. Étudier la faisabilité pratique de l'enregistrement multicentrique à grande échelle, y compris les diagnostics, les thérapies, les complications et les résultats signalés par les patients, y compris l'étude de l'efficacité et de la rentabilité de plusieurs stratégies pour améliorer les taux de réponse des patients.

Ce résultat devrait aboutir à un programme pratique contenant des recommandations pour un enregistrement national.

#### *Objectifs d'un enregistrement national*

Les objectifs éventuels de l'enregistrement national obligatoire (pour lesquels les critères d'inclusion précis doivent encore être déterminés) sont les suivants:

1. Établir un outil précis et efficace pour le suivi national continu de la qualité des soins dans les pathologies rachidiennes et établir une analyse comparative internationale (<https://spinetango-be.memdoc.org/>);
2. Fournir un retour d'information aux centres et aux soignants individuels sur les résultats de leurs traitements, dans un format permettant une analyse comparative avec des statistiques nationales résumées (résultats moyens, meilleurs, pires et écarts-types);
3. Fournir un environnement pour enregistrer les circonstances et les résultats des implants innovants, y compris les évaluations des technologies de la santé.

### **Format du Belgian Spine Tango Registry**

Les données récoltées dans le Belgian Spine Tango Registry seront :

- les symptômes observés par le médecin
- les diagnostics posés
- les traitements
- les complications post-chirurgicales / post-traitements
- les résultats en termes de PROM sous la forme de l'indice COMI (comprenant la douleur, le handicap et l'impact sur le bien-être, la participation et la qualité de vie liée à la santé).



## 6. Securex

Aucune information sur leur site <https://www.securex.be/fr>

## 7. Identification des patients ayant une lombalgie/radiculalgie dans les bases de données medico-administratives belges

### **Stratégie A : indentifications de patients ayant une lombalgie/radiculalgie via la base de données INTEGO**

Seules les données issues d'INTEGO permettent à l'heure actuelle d'identifier les patients ayant des douleurs lombaires/radiculaires.

Identification dans INTEGO des patients ayant des douleurs lombaires/radiculaires :

Relever le NISS (variable 'NISS') de tous les patients qui ont eu une lombalgie/radiculalgie

Sélection des patients ayant une lombalgie/radiculalgie :

Sélection des codes ICPC-2 pour la lombalgie : L03, L84.

Sélection des codes ICPC-2 pour la radiculalgie : L86.

Sur base du numéro national (NN) identifiable à partir du NISS des patients ayant des douleurs lombaires/radiculaires sélectionnés, le croisement avec les données de l'AIM (Layout soins de santé v.15 – fev 2018) et de PHARMANET (Layout v.16 – oct 2018) est possible.

Variable de croisement avec le NN dans l'AIM : **SS00010**

Variable de croisement avec le NN dans PAHRMANET : **SS00010**

Les limites des résultats obtenus en croisant INTEGO avec d'autres bases de données nationales (AIM – PHARMANET) seront imposées par les limites liées à l'inférence de l'échantillon de patients/médecins repris dans INTEGO à la population de Flandres.

En effet, la représentativité d'INTEGO des patients de Flandres en termes d'âge, de genre et de revenus est estimée bonne en 2015, mais celle-ci n'a pas été actualisée et n'est pas précisée sur d'autres variables indépendantes. Elle est peut être inférée pour tous les patients disposant d'un numéro NISS et exclu donc ceux qui ne sont pas repris dans le registre liée aux cotisations sociales.

La représentativité d'INTEGO des médecins généralistes est estimée bonne en 2015, avant que l'accès à l'encodage pour INTEGO ne soit d'avantage élargi à d'autres profils de médecins généralistes. Sa représentativité actuelle doit être ré-estimée au vu de l'élargissement du nombre de médecins généralistes inclus dans le réseau INTEGO.

Pour généraliser l'échantillon d'INTEGO à la population flamande : si d'application, un facteur de correction entre la Flandre et la Wallonie permet l'inférence à l'ensemble de la Belgique (comme le fait Sciensano dans le cadre des enquêtes en santé)

identification des consommations de soins (AIM) des patients lombagiques identifiés (INTEGO) flagué  
Croisement des données venant d'AIM et d'INTEGO (AIMxINTEGO) pour repérer les patients domiciliés en Flandres, ayant une lombalgie et voir leur consommation en termes de soins de santé.

## **Stratégie B : Méthode indirecte pour élaborer une baseline : utilisation d'un proxy via les écoles du dos**

La stratégie A serait une alternative pour la population francophone du pays où nous ne disposons pas de données issues de dossiers médicaux informatisés de 1<sup>ère</sup> ligne de soins permettant d'identifier les patients ayant des douleurs lombaires/radiculaires.

Environ 75 % des patients inclus dans un programme multidisciplinaire de réadaptation ('Ecole du dos' - code K) sont des lombalgiques chroniques.

Parmi inclus dans un programme multidisciplinaire de réadaptation, selon les médecins de médecine physique interrogés, environ 20% des patients ne sont pas des patients souffrant de lombalgies aspécifiques à l'inclusion ou sont des patients pour lesquels des drapeaux rouges sont parfois découverts durant le décours de la revalidation multidisciplinaire.

Ces derniers peuvent être identifiés par le remboursement d'autres actes (chirurgie, de la radiofréquence, des infiltrations... ) avant ou après inclusion dans un programme multidisciplinaire de réadaptation.

Parmi les patients inclus dans un programme multidisciplinaire de réadaptation, environ 5% ont d'autres problèmes que la lombalgie (problèmes cervicaux...), 60% viennent sur demande d'un spécialiste, 15% viennent sur demande d'un généraliste et 25% sur demandes d'autres prestataires de soins de santé (*estimations faites sur base d'interview de 2 médecins de médecine physique*).

Cette stratégie B permettrait d'élaborer rapidement une baseline rétrospective des consommations effectives en santé en 1<sup>ère</sup> ligne de soins (identifiées via l'AIM) des patients ayant une douleur lombaire /radiculaire et qui ont été inclus dans un programme multidisciplinaire de réadaptation ('Ecoles du dos' - code K), sans avoir recours au croisement de plusieurs bases de données (cf stratégie A).

### **Présentation des écoles du dos**

Ecole du dos (programme multidisciplinaire de réadaptation): code INAMI : 558 994 de médecine physique

Maximum 36 séances de rééducation multidisciplinaire ambulatoire (36 x 120 minutes - dans les 6 mois) pour une affection de la colonne vertébrale (K 60) «A.R. 5.10.2018 "(appliqué le 1.12.2018)», en cas de:

- mal de dos mécanique non spécifique > 6 semaines : lombalgie chronique
- chirurgie correctrice de la colonne vertébrale < 3 mois

Pendant, l'assurance accorde 36 séances supplémentaires réparties sur 6 mois en cas de:

- nouvelle chirurgie correctrice vertébrale
- réintégration socioprofessionnelle, avec l'accord du médecin conseil

Le traitement complet comporte :

- 2 évaluations psychosociales et fonctionnelles (1 au début et 1 à la fin)
- une information du patient sur les facteurs mécaniques qui favorisent la dégradation du segment vertébral, sur les principes du soutien du dos et sur les facteurs émotionnels et psychologiques qui pourrait entretenir la douleur
- une information sur les techniques permettant de ménager son dos



- une rééducation individualisée avec au moins une correction du maintien, un renforcement des muscles paravertébraux et des exercices d'étirement
- amélioration de la condition physique : endurance musculaire et
- une information du patient sur les règles concernant l'adaptation à l'environnement avec possibilité d'analyse du poste de travail du patient

### *Stratégie d'élaboration d'une baseline*

Les recommandations concernant la prise en charge des douleurs lombaires et radiculaires étant entrées en vigueur en 2017, l'identification des patients inclus dans un programme de revalidation de médecine physique (sur base de la présence du code INAMI 558994) concerneront les années 2014 et/ou 2015 et/ou 2016.

Les données de consommations en soins de santé durant l'année qui précède la date d'inclusion peut être étendue à deux ou 3 ans.

Pour ces 3 années, l'estimation du nombre de patient ayant un code 558994 de l'école du dos est d'environ 45000 patients.

Cela constituerait nos données de base avant l'instauration du guideline et permettrait une comparaison après l'instauration de celui-ci en prenant la même stratégie.

### **Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion sont :

- Patient > 18 ans fréquentant une école du dos (au moins un code 558994 remboursé)
- Année d'inclusion : 2014, 2015, 2016

### **Critères d'exclusion**

- Tout patient ayant eu une chirurgie correctrice de la colonne vertébrale précédant l'inclusion dans le programme multidisciplinaire de réadaptation pour
  - Ostéotomie vertébrale de redressement pour spondylarthrite ankylosante : 281993-282004, 282015-282026
  - Scoliose (traitement tige Harrington) : 282052-282063
- Tout patient ayant eu une chirurgie de la colonne dans les 12 mois suivant l'inclusion dans le programme multidisciplinaire de réadaptation
  - Opération pour spondylite ou spondylodiscite infectieuse : 281934-281945
  - Ostéotomie vertébrale de redressement pour spondylarthrite ankylosante : 281993-282004, 282015-282026
  - Scoliose (traitement tige Harrington) : 282052-282063
  - Biopsie osseuse à l'aiguille du corps vertébral sous contrôle radiologique : 355736-355740
- Tout patient ayant eu une procédure médicale dans les 12 mois suivant l'inclusion dans le programme multidisciplinaire de réadaptation
  - Infiltrations foraminales ou épidurales :
    - Infiltrations radiculaires (foraminales) après novembre 2016 : 202790 – 202801
    - Infiltrations radiculaires (foraminales) avant 2016 : 208212-202823

- Inter-épineuses (épidurales) : 10400
- Radiofréquences
  - Radiofréquence (Blocage diagn. ou trait. par radiofréquence articulations zygo-apophysaires) : 202436-202440
  - Traitement chimique ou traitement par radiofréquence : 202753-202764
  - Traitement percutané par radiofréquence : 202495-202506 (202554-202565) 202532-202543
- Tout patient ayant bénéficié d'immunomodulateurs dans leur traitement médicamenteux dans les 12 mois précédant l'inclusion OU dans les 12 mois suivant l'inclusion dans les dans le programme multidisciplinaire de réadaptation
  - Code ATC à exclure : - L (agents antinéoplasique / immunomodulateurs)
    - L01BA01-L04AX03 (methotrexate) / A07EC01 (sulfasalazine) / P01BA02 (hydroxychloroquine) / L04A (immunosuppresseurs selectifs) / L01XC (anticorps monoclonaux). Utilisé dans les affections inflammatoires en association aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite...)

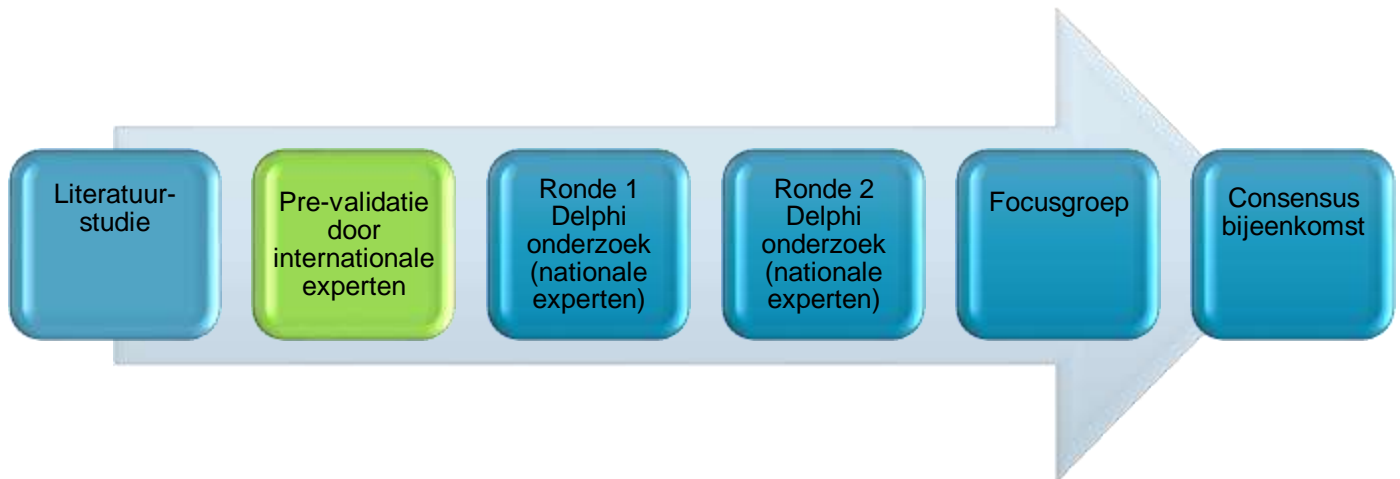
### *Limites de la stratégie B*

Les patients inclus dans un programme de revalidation multidisciplinaire qui sont sélectionnés sur base des critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas des patients pour lesquels le décours de la lombalgie/radiculalgie est le plus fréquemment rencontré: ils représentent certainement un sous groupe de patients chez qui le problème est devenu chronique.

Cependant, à l'origine de leur douleur lombaire et tant que les risques de chronicité n'ont pas été estimés pour ces patients, la prise en charge en 1<sup>ère</sup> ligne durant les premières semaines (depuis la phase hyper-aigüe à la phase subaigüe) est supposée avoir été identique à celle des patients souffrant d'une lombalgie idiopathique sans risque de chronicité.

Noter que si une baseline issue de cette stratégie est comparée avec avec une cohorte prospective obtenue avec la même stratégie, les biais de selection étant les mêmes dans les deux groupes, l'information recueillie aura une relative pertinence pour le sous-groupe concerné de patients.

## 8. Pré-validatie door internationale experts



Het literatuuronderzoek resulteerde in een lijst van 154 indicatoren verdeeld over 11 dimensies: eerstelijnszorg; beeldvorming; gespecialiseerde zorg; medicatie; chirurgie; medische procedures; spoeddienst; ziekenhuisopname; ziekteverlof, return to work / aangepast werk; ergotherapeut / ergotherapie. Deze lijst (Annex 8) werd voorgesteld aan internationale experts wiens zorgtrajecten werden geëvalueerd bij de internationale vergelijking van lage rugpijn zorgpaden in KCE Report 295 (1).

Deze internationale experts werden gevraagd om:

- Elke indicator te scoren: 0 = niet relevant, 1 = relevant, 2 = zeer relevant, 3 = uiterst relevant
- Aanvullende indicatoren voor te stellen

Deze pre-validatie resulteerde in 3 aanvullende indicatoren: economische impact, tevredenheid van zorgprofessionals en patiënttevredenheid. De aanvullende indicatoren konden niet worden toegewezen aan een van de 11 dimensies, dus voor elke nieuwe indicator werd een nieuwe dimensie gecreëerd: respectievelijk maatschappelijke impact, professionele ervaring en patiëntervaring en resultaten.

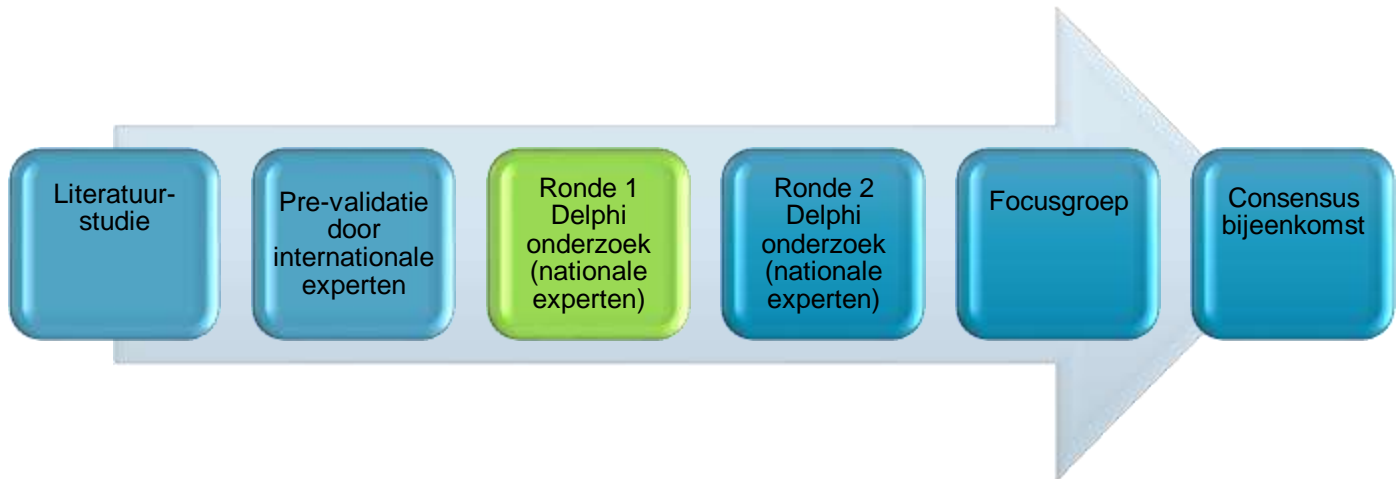
Dit resulteerde in een lijst van 157 indicatoren verdeeld over 14 dimensies.

Tabel 13: verdeling indicatoren over dimensies naar pré-validatie door internationale experts

Dimensies	Totaal aantal indicatoren
1. Eerstelijnszorg	19
2. Beeldvorming	4
3. Gespecialiseerde zorg	24
4. Medicatie	45
5. Chirurgie	4
6. Medische procedures	12
7. Spoedeisende hulp	10
8. Ziekenhuisopname	6
9. Ziekteverlof	10
10. Return to work / aangepast werk	8
11. ergotherapeut / ergotherapie	12
12. Maatschappelijke impact	1
13. Professionele ervaring	1
14. Ervaring van patiënten en resultaten	1
<b>Total</b>	<b>157</b>

## 9. De Delphi Studie

### a) Ronde 1 - Delphi vragenlijst



De experts die betrokken waren bij de ontwikkeling van de nationale zorgpaden voor lage rugpijn en radicaire pijn voor implementatie in zowel de eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg als re-integratiezorg, werden rechtstreeks gecontacteerd. Daarnaast werden andere deskundigen op nationaal niveau op het gebied van lage rugpijn en radicaire pijn gecontacteerd. In totaal werden 93 individuele personen uitgenodigd om aan de Delphi bevraging deel te nemen. De experts werden gerecrueteerd via 20 professionele groepen / verenigingen met expertise op het gebied van lage rugpijn / radicaire pijn. De vragenlijst werd uitgestuurd naar volgende organisaties: Vlaamse Anesthesiologische Vereniging voor Pijnbestrijding (VAVP), Spine Society Belgium (SSBe), Belgian Chiropractor Union, Belgian Back Society, Groupement Régional Interdisciplinaire pour la Douleur (GRID), Belgian Pain Society, Domus Medica, Société Royale Belge de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (SORBCOT), Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT), Koninklijke Belgische Vereniging voor Fysische Geneeskunde en Revalidatie (KBVFGR/SRBMPR), la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Unie voor gediplomeerden in de Kinestherapie en Osteopathie (UKO), Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinestherapeuten (WVVK), Belgische Beroepsvereniging voor ArbeidsGeneesheren (BBVAG/APBMT), Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Association Scientific Médecins d'Assurance (ASMA), Vlaams Ergotherapeuten Verbond, Union Professionnelle des Ergothérapeutes Belges Francophones et Germanophones, Belgian Spine Society en FOD Volksgezondheid. Aan deze professionele groepen / beroepsverenigingen werd gevraagd om de link naar de online vragenlijst door te sturen naar al hun leden.

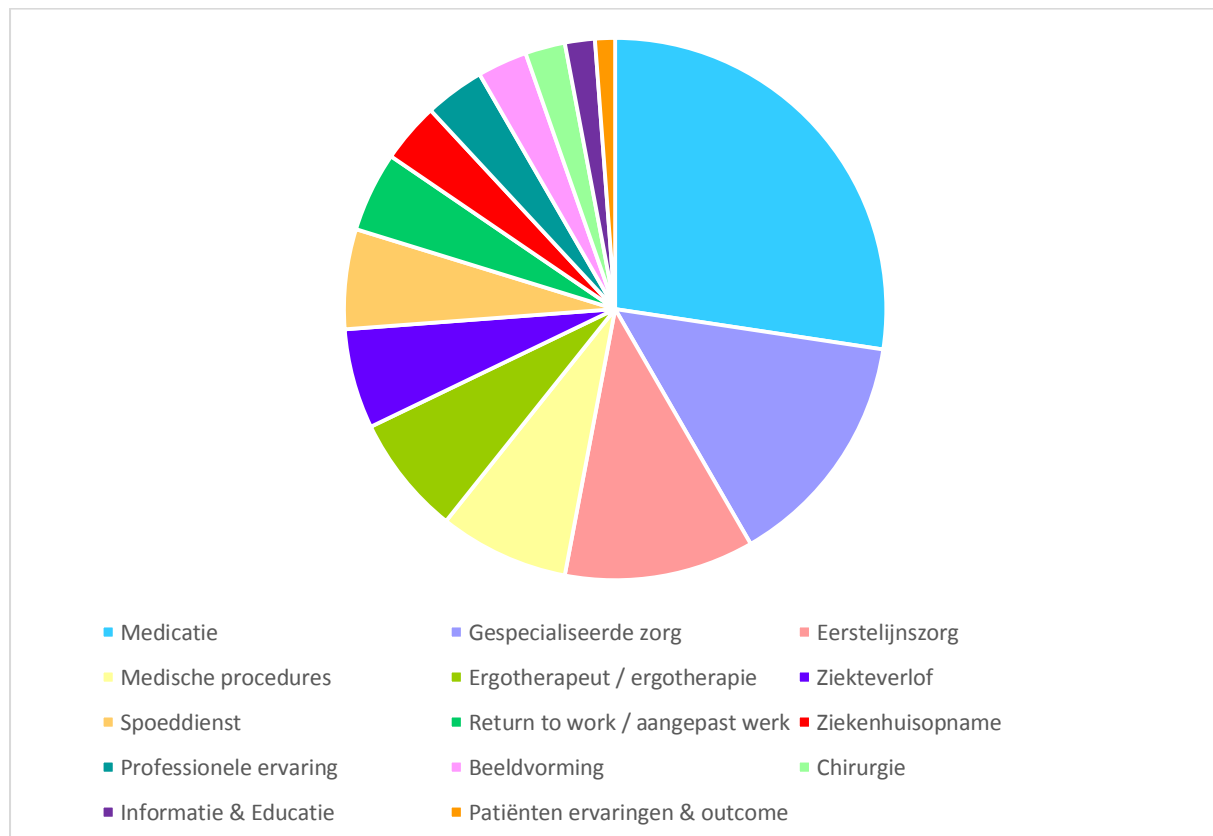
Een set van indicatoren die de mate van implementatie van de nationale zorgpaden konden meten, werden in een eerste delphi-ronde voorgesteld aan de experts. Elke indicator kon op een schaal van 0 tot 10 gescoord worden waarbij 0 niet relevant en 10 uiterst relevant betekende. Experts konden tevens nog bijkomende indicatoren voorstellen.

In totaal hebben 64 experts de vragenlijst volledig beantwoord. 10 nieuwe indicatoren werden voorgesteld: Patient Reported Experience Measures (PREM), Patient Reported Outcome Measures (PROM), informatie en voorlichting van patiënten, voorgeschiedenis van patiënten, het gebruik van risicostratificatie, de inhoud van de kinesitherapeutische aanpak, tevredenheid van patiënten die multidisciplinaire programma's volgen, aantal patiënten dat geen medicatie nodig had na het volgen van multidisciplinaire programma's, aantal CT-scans versus MRI-scans en kwaliteit van leven. 7 indicatoren konden worden opgenomen in de reeds bestaande 14 dimensies, voor 3 indicatoren werden 2 nieuwe dimensies gevormd (informatie en opleiding en stratificatie van patiënten. Voor alle indicatoren werd een gemiddelde groepsscore per indicator bepaald.

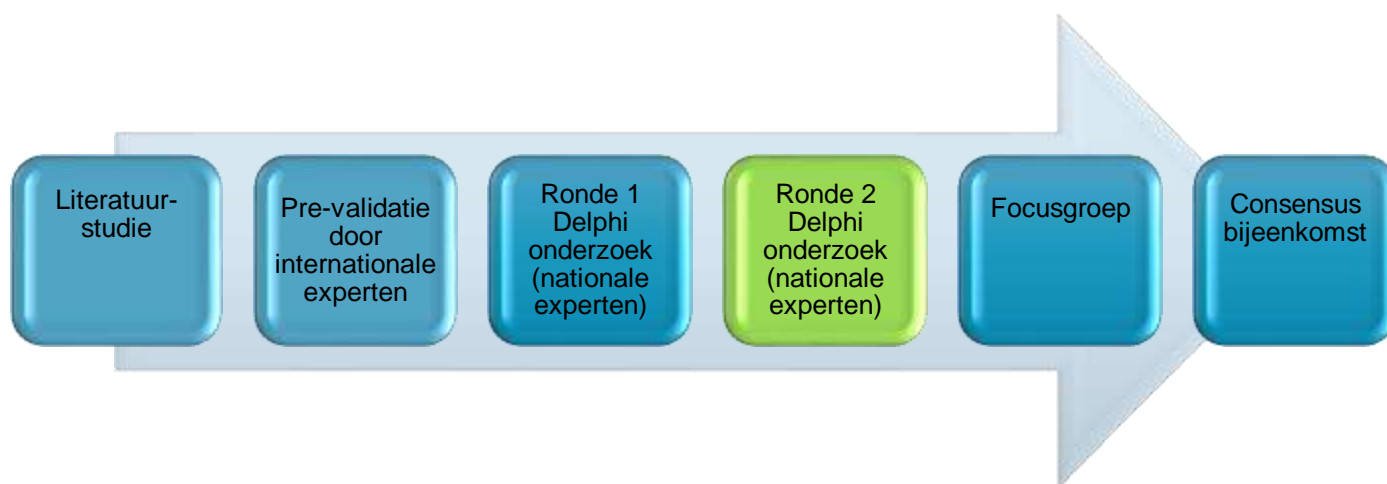
Tabel 14: Respondenten Delphi Ronde 1

<b>45 artsen</b>	13 neurochirurgen
	12 anesthesisten
	9 specialisten in fysische geneeskunde en revalidatie
	5 huisartsen
	5 orthopedisch chirurgen
	1 bedrijfsarts
<b>19 paramedici</b>	8 kinesitherapeuten
	4 chiropractors
	3 onderzoekers
	2 ergotherapeuten
	1 osteopaat
	1 psycholoog

Figuur 6: Indicatoren per dimensie – na ronde 1



## b) Ronde 2 – Delphi vragenlijst



De 64 respondenten die de vragenlijst in de eerste ronde hadden ingevuld, werd in een tweede ronde gevraagd hun score opnieuw te evalueren, rekening houdend met de gemiddelde resultaten per indicator na ronde 1. Ze ontvingen elk een individueel feedbackrapport met alle 157 indicatoren en per indicator hun eigen score, de gemiddelde groepsscore en de mogelijkheid om een nieuwe score te geven. Aan hen werd gevraagd of zij, in het licht van de beoordelingen van hun collega's, hun eigen score wilden veranderen. Voor de beoordelingen werd dezelfde 10-puntsschaal gebruikt als in ronde 1. De extra indicatoren die in ronde 1 werden voorgesteld, konden in deze tweede ronde eveneens gescoord worden.

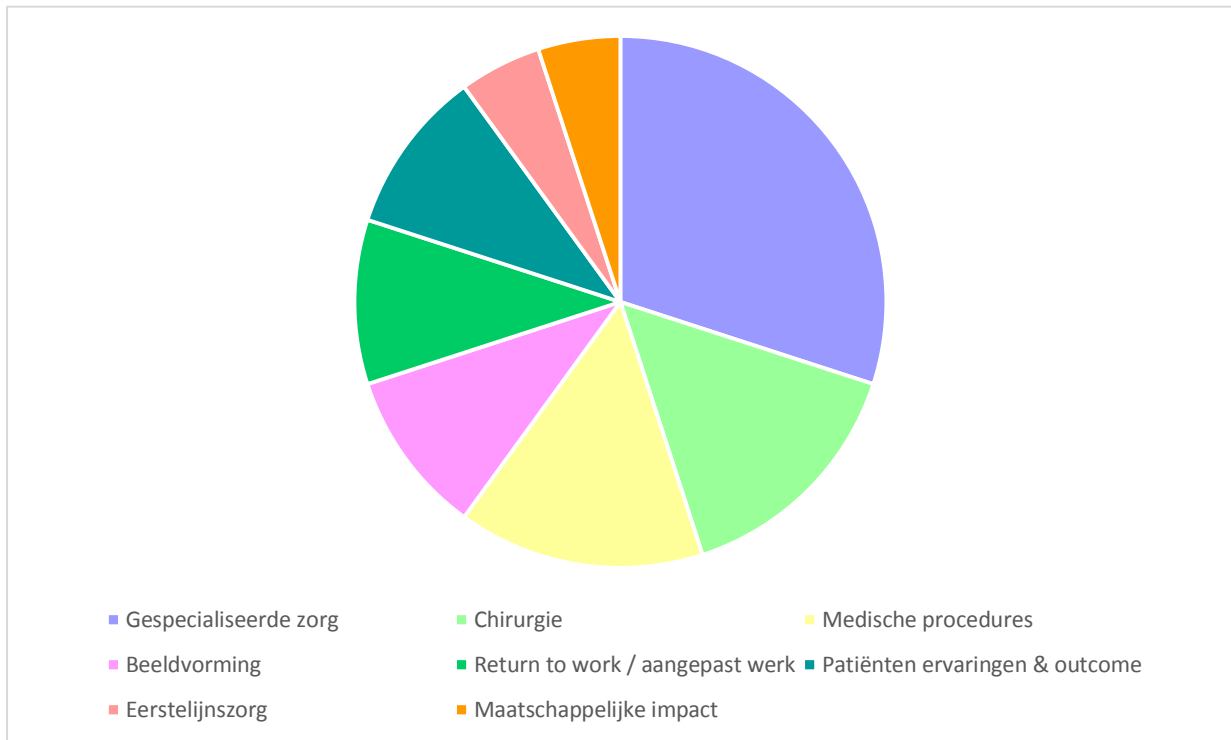
In totaal hebben 45 respondenten de tweede ronde doorlopen. Van deze 45 respondenten hebben 19 respondenten scores aangepast, 26 respondenten behielden alle scores. 17 van de 45 respondenten scoorden ook de aanvullende indicatoren. De cut off voor de selectie van relevante indicatoren werd vastgelegd op 75%. Dit betekent indicatoren die door minstens 75% van de respondenten een score van 7,8,9 of 10 kregen weerhouden werden. Dit resulteerde in een lijst van 20 indicatoren. Er werden indicatoren weerhouden uit 8 dimensies: eerstelijnszorg, beeldvorming, specialistische zorg, chirurgie, medische procedures, werkhervatting / aangepast werk, maatschappelijke impact en patiëntervaring en -resultaten. Er werden geen indicatoren weerhouden uit 7 dimensies: medicatie, afdeling spoedeisende hulp, ziekenhuisopname, ziekteverlof, ergotherapie, beroepservaring, informatie en onderwijs

Tabel 15: Overzicht indicatoren na Delphi Ronde 2

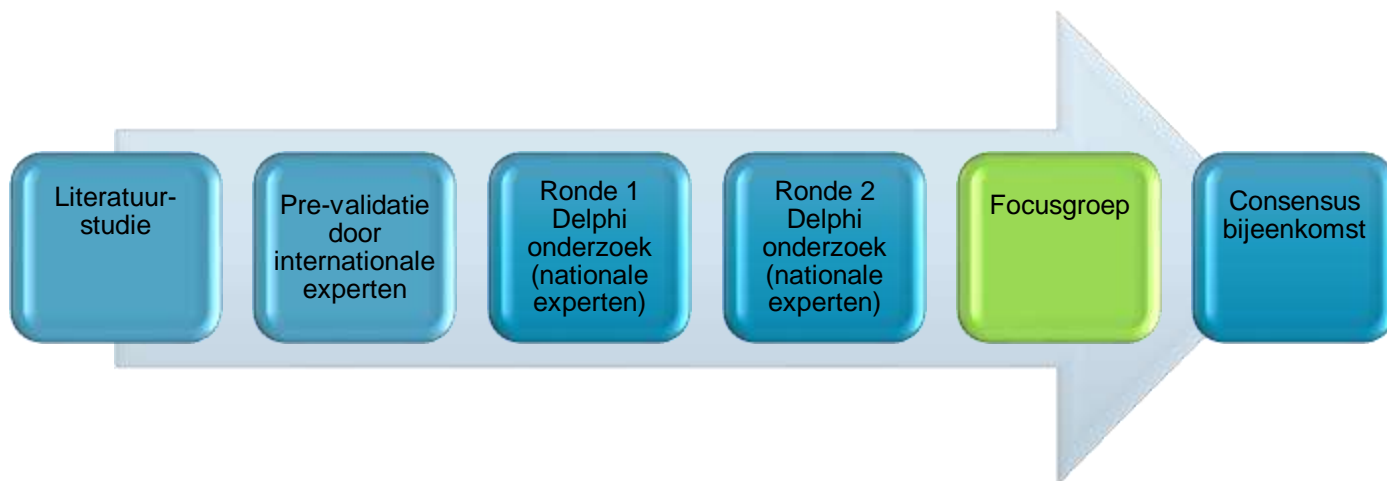
Indicator	Percentage 7,8,9,10
13. Number of patients with low back pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks	75%
39. The proportion of imaging requests for patients with low back pain that are in concordance with the national low back pain pathway	75%
40. The proportion of imaging requests for patients with radicular pain that are in concordance with the national radicular pain pathway	84%
48. Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks	81%
55. Number of patients with low back pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	80%
58. Number of patients with radicular pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	75%
70. Number of patients with radicular pain referred to neurosurgery per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	78%
91. Number of patients with low back pain included in multidisciplinary rehabilitation programs per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	84%
94. Number of patients with radicular pain included in multidisciplinary rehabilitation programs per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	78%
189. Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks	77%
190. Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	77%
191. Number of patients with low back pain with adverse events from spine surgery per 1000 inhabitants	75%
200. Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection per 1000 inhabitants between 6 weeks - 12 weeks	78%
201. Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	75%
207. Number of patients with low back pain undergoing facet injection per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months	77%
270. Number of patients with low back pain that are working at the same percentage as before the onset of low back pain per 1000 inhabitants b) at 6 months	77%
272. Number of patients with radicular pain that are working at the same percentage as before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants b) at 6 months	78%
310. Economic burden of radicular pain	77%
317. PROM of patients with low back pain	82%
318. PROM of patients with radicular pain	77%



Figuur 7: Indicatoren per dimensie – na ronde 2



## 10. Focusgroep



Op maandag 14 oktober 2019 werd een focusgroep georganiseerd om de resultaten van het Delphi onderzoek te valideren. De focusgroep startte met een algemene introductie waarbij de doelstellingen werden herhaald. Daarnaast werden de resultaten van het Delphi onderzoek toegelicht. Bij de samenstelling van deze focusgroep werd een evenwichtige representatie van de disciplines die betrokken zijn bij patiënten met lage rug en radicaire pijn gewaarborgd. De deelnemers van de focusgroep waren:

- Dr. Philippe Catry (specialist fysische geneeskunde en revalidatie)
- Dr. Liesbeth Daenen (onderzoeker bedrijfsgeneeskunde)
- Dr. Frank Jans (anesthesioloog)
- Mrs. Nathalie Pauwen (kinésitherapeut/onderzoeker)
- Dr. Frans Van de Perck (anesthesioloog)
- Dr. Rika Van Overmeire (huisarts)
- Dr. Patrick Van Schaeybroeck (neurochirurg)
- Dr. Peter Van Wambeke (specialist fysische geneeskunde en revalidatie)
- Dr. Johan Vliers (huisarts)
- Dr. Pascale Jonckheer (huisarts)
- Mr Christophe Demoulin (fysiotherapeut)
- Dr. Patrice Forget (anesthesioloog – algologist/ pijndeskundige)

Moderatoren: prof. Dr. Bart Depreitere & Dr. Ellen Coeckelberghs

Bij de start van de bijeenkomst werden de resultaten van de eerste en tweede delphi ronde voorgelegd aan de experts. Hierbij lag de focus op de 20 reeds weerhouden indicatoren (deze werden door minstens 75% van de respondenten hoger dan 7 op 10 gescoord). Daarnaast werd nagegaan of er nog bijkomende, relevante indicatoren niet weerhouden werden die de mate van implementatie van de zorgpaden weergeven. Er werd aan de experts gevraagd om rekening te houden met de haalbaarheid en meetbaarheid van deze indicatoren. De focusgroep werd als volgt opgebouwd: per dimensie werden de indicatoren besproken die weerhouden werden na het delphi onderzoek, deze werden al dan niet bevestigd of het tijdsaspect werd aangepast. Nadien konden experts nog aangeven of er nog bijkomende indicatoren (uit de lijst van 167 indicatoren, na ronde 2) moesten geselecteerd worden.

De focusgroep werd afgerond met de vraag of deelnemers nog iets wilden toevoegen en er werd afgetoetst hoe dit voor hen was verlopen. Het was belangrijk om deze afsluitende vragen mee te nemen in de focusgroep om eventuele ontbrekende elementen mogelijks nog toe te voegen. De focusgroepen werden geleid door 2 moderatoren. Een projectmedewerker was aanwezig als observator en nam notities. De moderatoren van de focusgroep zorgden ervoor dat alle experten aan het woord kwamen. Op het einde van de focusgroep werd een korte samenvatting gegeven van de weerhouden indicatoren.

Er werd een audio opname gemaakt van elke focusgroep welke nadien samenvattend verslag opgemaakt dat bezorgd werd aan franstalige experten zodat zij eventuele aanvullingen konden formuleren.

a. Dimensie 1: Eerstelijnszorg

Geïnccludeerde indicator gebaseerd op de Delphi studie:

*Number of patients with low back pain referred to physiotherapist between 6 – 12 weeks per 1000 inhabitants*

Als de zorgpaden goed geïmplementeerd zijn, dan zou er een verschuiving zichtbaar moeten zijn van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg. Als we deze verschuiving naar de eerste lijn goed willen meten dan zou het logisch zijn om veel indicatoren uit de dimensie “Eerstelijns zorg” te includeren. Een belangrijke interne verwijzing binnen de eerstelijnszorg die door de zorgpaden sterk wordt benadrukt is de verwijzing naar kinesitherapie. We verwachten dat dergelijke verwijzingen stijgen bij correcte implementatie. Daarnaast is het belangrijk te weten hoeveel patiënten door de huisarts doorverwezen worden naar de Radiologie. Als de zorgpaden goed gevolgd worden zou het aantal doorverwijzingen naar Radiologie moeten dalen. Dergelijke verwijzingen voor de diagnose rugpijn of radiculaire pijn worden gecapteerd door Intego, weliswaar met het tijdstip van de consultatie bij de huisarts, maar zonder notificatie van het tijdsinterval tijdens dewelke de rugpijn of radiculaire pijn bestaat. Indicatoren opsplitsen in de eerste 6 weken, 6-12 weken en > 12 weken (cfr. de tijdslijn van de zorgpaden) is op dit ogenblik niet mogelijk.

Conclusie focusgroep: 4 indicatoren

- ***Number of patients with low back pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants***

b. Dimensie 2: Beeldvorming

Geïnccludeerde indicator gebaseerd op de Delphi studie:

***The proportion of imaging requests for patients with low back pain that are in concordance with the national low back pain pathway***

Discussie gedurende de focusgroep:

Als de zorgpaden correct geïmplementeerd zijn dan zou het aantal doorverwijzingen naar radiologie en het aantal beeldvormingsaanvragen moeten dalen. Het aantal aanvragen dat in overeenstemming is met de nationale zorgpaden is een zeer relevant indicator maar deze is niet meetbaar. Daarnaast is het niet de bedoeling dat de doorverwijzing van specialisten naar radiologie zal dalen. Vanuit chirurgisch oogpunt is het namelijk volledig te rechtvaardigen dat een specialist om beeldvorming vraagt bij het overwegen van een interventie.

Conclusie (geïnccludeerde indicatoren op basis van de focusgroep bespreking):

Op basis van de focusgroep bespreking zijn er geen indicatoren uit de dimensie beeldvorming geïnccludeerd. Maar de indicator "Number of patients with low back pain / radicular referred to radiology by the GP" is reeds geïnccludeerd in dimensie 1: eerstelijnszorg.

c. Dimensie 3: Tweedelijns zorg (gespecialiseerde zorg)

Geïnccludeerde indicator gebaseerd op de Delphi studie

- Number of patients with radicular pain referred from primary to **specialist care** per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks
- Number of patients with low back pain referred to **physical medicine** per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months
- Number of patients with radicular pain referred to **physical medicine** per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months
- Number of patients with radicular pain referred to **neurosurgery** per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months
- Number of patients with low back pain included in **multidisciplinary rehabilitation programs** per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months
- Number of patients with radicular pain included in **multidisciplinary rehabilitation programs** per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months

Discussie tijdens de focusgroep bijeenkomst:

De doorverwijzing naar specialistische zorg in de eerste 6 weken van de zorgpaden (uitgezonderd de patiënten die een rode vlag hebben gekregen) zou significant moeten dalen terwijl de doorverwijzing naar fysische geneeskunde en revalidatie significant zou moeten stijgen vanaf 6 weken.

Als er duidelijkheid zou zijn op exact welk moment in het traject er een doorverwijzing zou zijn naar een specifieke specialist dan zou dit zeer waardevol zijn. Helaas is dat op dit moment niet mogelijk (zie hoger). Daarom zou in het algemeen het aantal doorverwijzingen van de eerstelijns zorg naar de tweedelijns zorg per 1000 inwoners gemeten kunnen worden. Dit kan gemeten worden door de verwijsbrieven van de huisarts hiervoor te gebruiken, wat op basis van Intego mogelijk is. We

verwachten dat dit zal dalen bij correcte implementatie. Tegelijk verwachten we een toename van het aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar fysieke geneeskunde.

Conclusie focusgroep: geïnccludeerd3 indicatoren worden geïnccludeerd

- ***Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with low back pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants***

d. Dimensie 4: Medicatie

Geïnccludeerde indicatoren op basis van de Delphi studie:

Geen.

Conclusie focusgroep

Er zijn geen indicatoren uit de dimensie medicatie geïnccludeerd op basis van de focusgroep bespreking. Indicatoren op het gebied van medicatie zijn niet betrouwbaar doordat de directe relatie tussen de gezondheidstoestand en de medicatie niet geregistreerd kan worden. De indicator 'Number of patients with low back pain that get a drug prescription per 1000 inhabitants' geeft wel aan dat het een consumptie is die verband houdt met de LBP-populatie en NIET met de algemene populatie (als het gerelateerd zou zijn aan de algemene populatie, zou het consistentie geven aan de conclusie met betrekking tot de 'relatie tussen de gezondheidstoestand en de medicatie').

Indien het mogelijk zou zijn om patiënten met LBP te registreren met inclusie van het begintijdstip van de klacht, zouden medicatie-indicatoren verzameld kunnen worden. Sommige kunnen uiterst relevant zijn voor het weergeven van de goede / slechte implementatie van de zorgpaden. bijv; aantal patiënten waarbij opioïden worden voorgeschreven in een vroeg stadium van LBP.

Van de "medicatie-indicatoren" zijn er enkele die bijzonder interessant zijn om te meten:

- Antidepressiva voor LBP / radiculare pijn (28a & 28b)
- Anti-epileptica voor LBP / radiculare pijn (29a & 29b)
- Spierverslappers voor LBP / radiculare pijn (30a & 30b)
- Opioiden voor LBP / RP (32a & 32b)

e. Dimensie 5: Chirurgie

Geïnccludeerde indicatoren op basis van de Delphi studie:

- *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks*
- *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months*
- *Number of patients with low back pain with adverse events from spine surgery per 1000 inhabitants*

Discussie gedurende focusgroep:

In het chirurgisch register (Spine Tango via HealthData.be) wordt informatie betreffende de chirurgische patiënten geregistreerd. Het is aan te bevelen om dit register te gebruiken om chirurgische informatie over patiënten met lage rugpijn te verzamelen. Bij een correcte implementatie van het zorgpad zou het aantal operaties voor de indicatie 'lage rugpijn' moeten dalen, vandaar dat het van belang is om gegevens over het aantal operaties te verzamelen. Ten aanzien van de indicatoren op het gebied van adverse events gaven de deelnemers van de focusgroep aan deze proportie niet gewijzigd dient te worden door implementatie van de zorgpaden en dat dit dus geen goede indicator is om mee te nemen. Te bemerken is ten slotte dat het spine register toelaat de duur van de klacht te differentiëren tussen minder of meer dan 12 weken.

Conclusie focusgroep: 3 geïnccludeerde indicatoren:

- ***Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants before 12 weeks***
- ***Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months***
- ***Number of patients with low back pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants***

f. Dimensie 6: Medische procedures

Geïnccludeerde indicators op basis van de Delphi studie: 3 indicatoren

- *Number of patients with low back pain undergoing epidural injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants*
- *Number of patients with low back pain undergoing epidural injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants*
- *Number of patients with low back pain undergoing facet injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants*

Discussie gedurende de focusgroep:

Als de zorgpaden correct geïmplementeerd worden zou er een wijziging zichtbaar moeten worden om het gebied van medische procedures. Volgens de zorgpaden is een epidurale injectie tussen week 2 en 12 een optie bij radicaire pijn. Facetinjecties kunnen een optie zijn bij chronische lage rugpijn. Captatie vanuit de aangerekende procedures op basis van de nomenclatuur blijkt geen betrouwbare manier omdat de nomenclatuur hiervoor niet specifiek genoeg is. Het is immers wel

mogelijk het aantal medische procedures te bepalen maar het is niet mogelijk om dan een link te leggen naar de indicatie waarvoor deze werd uitgevoerd bij een patiënt. Captatie op basis van de Intego database zal tekortschieten, omdat heel wat injecties door de pijntherapeut geïndiceerd worden en niet op voorschrift van de huisarts gebeuren. Het advies van de focusgroep is dus om na te denken over mogelijkheden om deze indicator in de toekomst wel te kunnen meten en dan met name de directe relatie tussen epidurale injecties bij low back pain patiënten en facet injecties bij patiënten met radiculare rugpijn: men zou immers verwachten dat deze dalen tot nul, terwijl nu soms een ‘pakket’ aan patiënten aangeboden wordt met zowel facet injecties als epidurale injecties ongeacht de problematiek (lage rugpijn vs radiculare pijn)

#### Conclusie na focusgroep:

*Er zijn geen indicatoren geïncorporeerd op basis van de bespreking in de focusgroep. Maar het, in de toekomst, meetbaar maken van de volgende twee indicatoren is aanbevolen:*

- ***Number of patients with radicular pain undergoing facet injection per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with low back pain undergoing epidural injection per 1000 inhabitants***

#### g. Dimensie 7: Spoedeisende Hulp

Geïncorporeerde indicatoren gebaseerd op de Delphi studie:

*Geen.*

#### Discussie gedurende de focusgroep bijeenkomst:

Volgens de zorgpaden wordt zelfmanagement in de eerste weken van het ziekteverloop van de patiënt aanbevolen. Dit zou kunnen leiden tot een toename van het aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp. De meeste patiënten komen er immers zonder verwijzing van de huisarts, maar eerder in de context van ‘self-referred’ visites op spoeddienst. Dit is mogelijk een adverse event van de implementatie van de zorgpaden, wat zeker in de gaten moet gehouden worden. Een voorwaarde om deze doorgaans onnuttige visites te monitoren is dat de aanmeldingsklacht op de spoeddienst gestructureerd wordt gecapteerd. Er wordt opgemerkt dat dit in de Franstalige spoeddiensten effectief gebeurt, en dus te monitoren valt.

#### Conclusie na focusgroep: 2 geïncorporeerde indicatoren

- ***Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department per 1000 inhabitants***

- ***Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department per 1000 inhabitants***

h. Dimensie 8: Ziekenhuisopname

Geïnccludeerde indicatoren op basis van de Delphi studie:

*Geen*

Discussie gedurende de focusgroep:

Er wordt verondersteld dat het aantal ziekenhuisopnames bij lage rugpijn moet dalen en dat het aantal ziekenhuisopnames bij acute radriculaire pijn moet dalen bij implementatie van de zorgpaden. Dit gegeven is evenwel niet meetbaar.

Conclusie geïnccludeerdna focusgroep): geen weerhouden indicatoren

Geen indicatoren weerhouden, maar er wordt wel aanbevolen om de mogelijkheden van de MZG data te exploreren. In 2016 waren er in Wallonië 7299 ziekenhuisopnames die gecodeerd werden met M5415- M5416 – M545. Deze bevatten zowel opnames met als zonder chirurgische ingreep. Er is meer onderzoek nodig in de RHM (Résumé Hospitalier Minimum) database om de proportie patiënten met lage rug en radriculaire pijn te bekijken die gehospitaliseerd werden zonder chirurgische ingreep.

i. Dimensie 9: Ziekteverlof

Geïnccludeerde indicatoren gebaseerd op de Delphi studie:

*Geen.*

Discussie gedurende de focusgroep:

De belangrijkste vraag is of er een link gelegd kan worden tussen het niet kunnen werken en de diagnose lage rugpijn of radriculaire pijn. De huisartsen kunnen een korte periode van ziekteverlof voorschrijven (die niet terug te vinden is bij de mutualiteiten) en met de informatie van de mutualiteit kan een periode van ziekteverlof van langer dan 1 maand getraceerd worden. De langere periode van ziekteverlof is eigenlijk veel interessanter. Vandaar ook de suggestie vooral in te zetten op een indicator die meet of een patiënt weer aan het werk is na 3 of 6 maanden ziekteverlof. Maar ook de kortere periodes van ziekteverlof kunnen nuttige informatie opleveren omdat dit zou moeten verminderen na implementatie van de zorgpaden. We zouden het cumulatieve aantal dagen ziekteverlof (het aantal dagen afwezig van werk) moeten kunnen bepalen. Het gemiddelde aantal dagen ziekteverlof zou, na implementatie van de zorgpaden, moeten dalen. Het kan ook nog interessant zijn om te kijken naar de verschillen in de duur van afwezigheid tussen verschillende groepen professionals. Wellicht is het mogelijk deze informatie te capteren met gebruik van de gegevens van de mutualiteit.

Conclusie na focusgroep: 4 indicatoren worden aanbevolen



Er zijn geen indicatoren geïnccludeerd op basis van de bespreking van de focusgroep. Wel is aangegeven dat het interessant zou zijn om het ziekteverlof meetbaar te maken gekoppeld aan de klacht (lage rugpijn of radicaire pijn) om de implementatie van de zorgpaden goed te kunnen beoordelen.

- *Number of patients with low back pain receiving sick leave per 1000 inhabitants*
- *Number of patients with radicular pain receiving sick leave per 1000 inhabitants*
- *Average number of days of sick leave for low back pain per 1000 inhabitants*
- *Average number of days of sick leave for radicular pain per 1000 inhabitants*

j. Dimensie 10: Werkhervatting/ aangepast werk

Geïnccludeerde indicatoren gebaseerd op de Delphi studie:

- *Number of patients with low back pain that are working at the same percentage as before the onset of low back pain per 1000 inhabitants b) at 6 months*
- *Number of patients with radicular pain that are working at the same percentage as before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants a) at 3 months*
- *Number of patients with radicular pain that are working at the same percentage as before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants b) at 6 months*

Discussie gedurende de focusgroep:

Als de zorgpaden correct geïmplementeerd worden, zou het aantal dagen ziekteverlof moeten dalen en zouden patiënten eerder in staat moeten zijn aan hetzelfde percentage terug te gaan werken. Tijdens de bespreking werd vanuit arbeidsgeneeskunde gemeld dat informatie gecapteerd wordt inclusief diagnose (lage rugpijn of radicaire pijn) die toelaat te meten hoeveel mensen binnen de 3 maanden/6 maanden terug aan het werk zijn.

Conclusie na focusgroep: 4 geïnccludeerde indicatoren

- ***Number of patients with low back pain that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with low back pain that are working at 6 months onset of low back pain per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with radicular pain that are working at 3 months after onset of radicular pain per 1000 inhabitants***
- ***Number of patients with radicular pain that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants***

k. Dimensie 11: Bedrijfsarts/ ergotherapeut

Geïnccludeerde indicatoren gebaseerd op de Delphi studie:

Geen

Discussie gedurende de focusgroep:

Voor de dimensie bedrijfsarts/ ergotherapeut wordt dezelfde gedachtegang gevolgd als bij de indicatoren in de dimensie werkhervatting/ aangepast werk. De geïnccludeerde indicatoren in de dimensie werkhervatting omvatten ook de indicatoren uit de dimensie bedrijfsarts/ ergotherapeut.

Conclusie (geïnccludeerde indicatoren)

Er zijn geen aanvullende indicatoren uit de dimensie bedrijfsarts/ ergotherapeut geïnccludeerd maar het is belangrijk om een indicatie hiervan te hebben.

I. Aanvullende indicatoren (voorgesteld door nationale en internationale experts)

Geïnccludeerde indicatoren op basis van de Delphi studie:

- *Economic burden of radicular pain*
- *PROM of patients with low back pain*
- *PROM of patients with radicular pain*

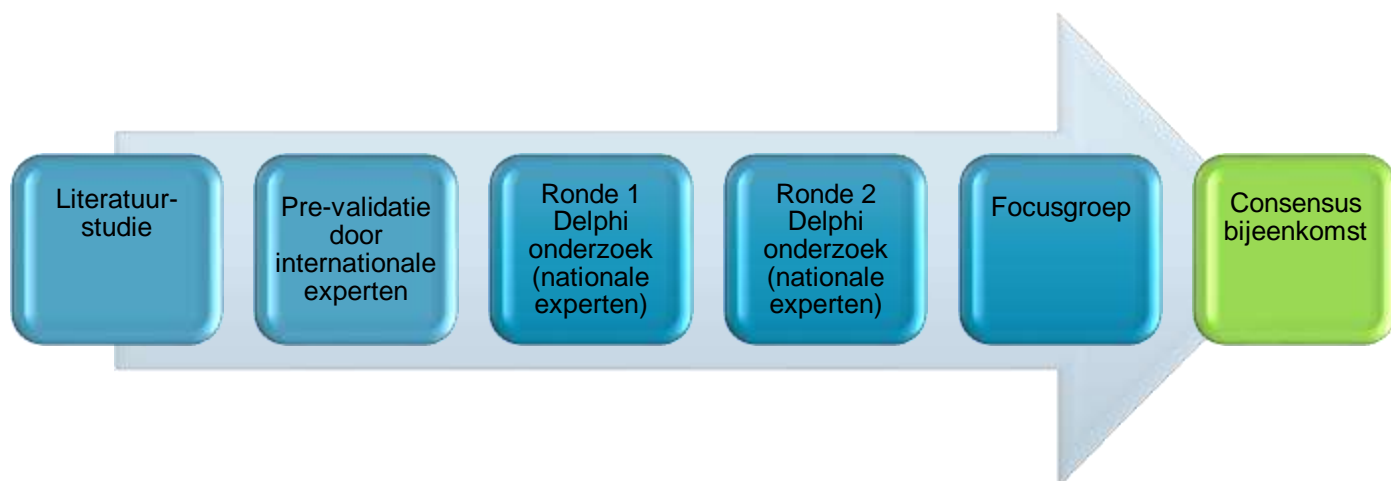
Conclusie (geïnccludeerde indicatoren)

Alle aanvullende indicatoren zijn extreem relevant maar ze zijn niet meetbaar. PROM's en PREM's worden niet standaard verzameld en meten niet of de zorgpaden lage rugpijn en radiculare pijn goed geïmplementeerd zijn. Hetzelfde geldt voor de tevredenheid van zorgverleners.

#### Algemene aanbevelingen focusgroep:

- 1. In de toekomst zouden we in staat moeten zijn om patiënten met lage rugpijn en radriculaire pijn bij het eerste contact met een zorgverlener te “vlaggen”. De eerste verschijnselen van lage rugpijn en radriculaire pijn zouden het startpunt moeten zijn van het traject van de individuele patiënt. Dit zou moeten zorgen voor het verder verfijnen van de indicatoren op het gebied van tijdsintervallen tussen de start van de pijn en de ondernomen acties. Het “vlaggen” van patiënten, in combinatie met de data van de mutualiteiten, kan de medische consumptie van de patiënt in relatie tot de duur van de symptomen in kaart brengen.**
2. Het kan ook nog van belang zijn om de verschillen tussen de verschillende professionele groepen met betrekking tot de duur van het ziekteverlof inzichtelijk te krijgen. Wellicht is het mogelijk deze informatie te verkrijgen met behulp van de database van de mutualiteiten.
3. We moeten nagaan of we het gebruik van opioïden kunnen meten om te bepalen of het gebruik ervan opioïden afneemt door de implementatie van de zorgpaden. De combinatie van het “vlaggen” van patiënten met de informatie uit de apothekersdatabase zou het in de toekomst mogelijk moeten maken informatie over de consumptie van medicatiegebruik te verkrijgen.
4. Als de zorgpaden goed geïmplementeerd zijn, zou er een verschuiving in medische procedures zichtbaar moeten worden. Er is geen betrouwbare methode om de hoeveelheid en het type injectie voor lage rugpijn en radriculaire pijn te capteren omdat de nomenclatuur de indicatie niet capteert. De aanbeveling is dan ook om na te denken over mogelijkheden om dit in de toekomst wel te kunnen capteren.

## 11. Consensus Meeting



De consensus bijeenkomst werd gekoppeld aan een vergadering van het gehele project (perceel 3 van FOD aanbesteding FOD VVVL-EBP/LBP/ NYU/2018/01-F02\_0). Deze bijeenkomst vond plaats op 2 december 2019 en er waren 14 personen aanwezig die expertise hebben binnen het domein en nauw betrokken bij het totaalproject. De bijeenkomst vond plaats op het RIZIV.

1. Ulrike Kool (VVKP)
2. Jacques Vanderstraeten (SSMG)
3. Sanne Peters (EBPracticenet)
4. Nathalie Pauwen (SSFK)
5. Bart Depreitere (KUL)
6. Nico Blyart (VAVP)
7. Maarten Guldentops (Domus Medica)
8. Martine Jeunehomme (Axxon)
9. Paul Matthys (FOD)
10. Pascale Jonckheer (KCE)
11. Alev Avkin (Huis voor Gezondheid)
12. Ellen Coeckelberghs (KUL)
13. Stijn Vanholle (Domus Medica)
14. Michel Yllief (AEMTC)

Tijdens deze bijeenkomst werden de 16 weerhouden indicatoren na de focusgroep gevalideerd en eventuele ontbrekende aspecten of indicatoren besproken. Er werden ook bijkomende indicatoren besproken die niet weerhouden werden tijdens de focusgroep maar wel aanbevolen werden. Alle indicatoren van de focusgroep werden bevestigd en er werd 1 bijkomende indicator toegevoegd, omdat deze volgens de experts uit de consensusgroep wel gecapteerd kan worden. Daarnaast formuleerden de experts een aantal algemene aanbevelingen waar in de toekomst rekening mee dient gehouden te worden.

Indicatoren weerhouden uit focusgroep:

1. Number of patients with *low back pain* referred to physiotherapist per 1000 inhabitants
2. Number of patients with *radicular pain* referred to physiotherapist per 1000 inhabitants
3. Number of patients with *low back pain* referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants
4. Number of patients with *radicular pain* referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants
5. Number of patients with *low back pain* referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants
6. Number of patients with *radicular pain* referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants
7. Number of patients with *low back pain* referred to physical medicine per 1000 inhabitants
8. Number of patients with *low back pain* undergoing spine surgery per 1000 inhabitants
9. Number of patients with *radicular pain* undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants
10. Number of patients with *radicular pain* undergoing spine surgery between 12 weeks and 12 months per 1000 inhabitants
11. Number of patients with *low back pain* visiting an emergency department per 1000 inhabitants
12. Number of patients with *radicular pain* visiting an emergency department per 1000 inhabitants
13. Number of patients with *low back pain* that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants
14. Number of patients with *low back pain* that are working at 6 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants
15. Number of patients with *radicular pain* that are working at 3 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants
16. Number of patients with *radicular pain* that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants

## Bespreking tijdens consensus meeting

1. Indicatoren 1 & 2: “Number of patients with low back pain / radicular pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants”  
Aanbeveling is om in de toekomst de Intego database aan te passen naar analogie met de IMA database, waar men data heeft over de behandelingen bij kinésitherapeuten voor deze patiënten. Dan kunnen we beide databases crossmatchen om de consumptie na te gaan.  
**→ De 2 indicatoren worden bevestigd tijdens de consensusmeeting**
2. Indicatoren 3 & 4 “Number of patients with low back pain / radicular pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants”  
Relevante indicator, opnieuw aanbeveling om dit beter te capteren in de Intego database  
**→ De 2 indicatoren worden bevestigd tijdens de consensusmeeting**
3. Indicatoren 5 & 6 “Number of patients with low back pain / radicular pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants”  
Volgens de nationale zorgpaden voor lage rug en radiculaire pijn moeten patiënten met een hoog risico doorverwezen worden naar een specialist (fysische geneeskunde) tussen 6 en 12 weken. We zouden dergelijke verwijzingen dus willen zien stijgen, terwijl we verwijzingen in het <6w stadium en verwijzingen naar chirurgen tout court zouden willen zien dalen. Er wordt gewezen op de gemengde tendensen. We moeten nu al eens nagaan wat de proportie doorverwijzingen is en hoe deze evolueren. Daarom wordt aanbevolen tijdens deze consensusmeeting om al een baseline meting te doen van het aantal doorverwijzingen, voorafgaand aan de implementatie van de zorgpaden. Desalniettemin hebben we geen zicht op het aantal patiënten op eigen initiatief meteen naar een specialist gaan.  
**→ De 2 indicatoren worden bevestigd tijdens deze consensusmeeting maar men benadrukt het belang van een baseline meting.**
4. Indicator 7: “Number of patients with low back pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants”  
**→ Deze indicator wordt bevestigd tijdens deze consensusmeeting**
5. Indicator 8: Number of patients with low back pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants  
In de nomenclatuur wordt de indicatie niet gecapteerd. Toch wenst men deze indicator te behouden, gezien het Spine Tango register dit wel zal toelaten.  
**→ Deze indicator wordt bevestigd tijdens de consensusmeeting**
6. Indicatoren 9 & 10: Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants  
Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery between 12 weeks and 12 months per 1000 inhabitants

Met de database Spine Tango kunnen we capteren of de symptomen reeds meer of minder dan 3 maanden aanwezig zijn. Dit wordt bevraagd en bijgehouden in deze database.

➔ **De 2 indicatoren worden bevestigd tijdens de consensusmeeting**

7. Indicatoren 11 & 12: Number of patients with low back pain / radicular pain visiting an emergency department per 1000 inhabitants

Een reden voor het bezoek aan de spoedeisende hulp wordt enkel gecapteerd indien er een hospitalisatie aangekoppeld is. De (reden van) doorverwijzing van de huisarts naar de spoedeisende hulp moet wel bijgehouden worden.

In de spoedeisende hulp zijn er specifieke richtlijnen (bv. geen beeldvorming met uitzondering van rode vlaggen). Indien de klacht waarvoor de patiënt naar spoed gaat gecapteerd wordt (zou worden), kan het aantal beeldvormingsaanvragen geanalyseerd worden en een indicatie geven van de proportie terechte/onterechte spoedgevallensites. Het zou al goed zijn dergelijke oefening te doen op individueel ziekenhuis-niveau.

➔ **De 2 indicatoren worden bevestigd tijdens de consensusmeeting, rekening houdend met de beperkingen.**

8. Indicator 13 – 16 “Number of patients with low back pain that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that are working at 6 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that are working at 3 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants”

Soms is het voorschrijven van een korte termijn ziekteverlof wel correct. Daarentegen is het voornamelijk het langdurige ziekteverlof dat interessant is om na te gaan. Maar het meten inclusief korte termijn ziekteverlof is wel een goede start om na te gaan hoeveel patiënten met lage rugpijn en radicaire pijn momenteel werkongeschikt zijn. We moeten nagaan welke input de advizerende geneesheren en mutualiteiten hier kunnen bieden. Zij moeten in de mogelijkheid zijn om bepaalde data te capteren.

➔ **De inhoud van deze 4 indicatoren wordt bevestigd tijdens de consensusmeeting, alleen moet men nagaan hoe deze het best kunnen verkregen worden.**

Bijkomende indicatoren (niet weerhouden tijdens de focusgroepen)

1. Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection  
Number of patients with low back pain undergoing facet injection.  
Akkoord met het **niet** weerhouden van deze indicatoren. We kennen immers wel de nomenclatuur voor bepaalde medische handelingen, maar we weten niet altijd wat de indicatie was om ze uit te voeren.
2. Number of patients with low back pain that are being hospitalized.  
Dit kan volgens de experten op de consensusmeeting wel gecapteerd worden.  
→ **Aanbeveling om deze indicator toe te voegen aan de finale lijst van indicatoren.**

**Algemene aanbevelingen:**

- ⇒ PROM & PREM zijn zeer belangrijk en relevant maar kunnen op dit ogenblik niet meegenomen worden. Zeker kijken of hier in de toekomst wel mogelijkheden zijn.
- ⇒ Tijdsaspect van de indicatoren is een zeer belangrijke factor om mee te nemen in de toekomst, als er een mogelijkheid zou komen om patiënten te 'vlaggen'.
- ⇒ Medicatie: kan ontzettend relevant zijn. Er wordt voorgesteld na te gaan of er effectief een probleem is met de consumptie van pijnstillers. Door het crossmatchen van de Intego database en IAM zouden we in staat moeten zijn om de consumptie van pijnstillende medicatie te meten. Zeker het gebruik van opioïden is nuttig (in het licht van endemisch gebruik bijv. in de Verenigde Staten). Na de implementatie van de zorgpaden zouden we dan kunnen nagaan of er een evolutie is in de consumptie van opioïden. Er wordt opgemerkt dat deze analyses post-hoc studies zijn en geen eigenlijke 'monitoring' betreffen



## 12. Weerhouden indicatoren

---

### *Number of patients with **low back pain** referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie (inclusief verschillende tijdsintervallen)
- Delphi ronde 1: 77% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Delphi ronde 2: 75% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Focusgroep: Weerhouden; geen indicatie van tijd
- Concensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden correct geïmplementeerd worden, zouden we een verschuiving moeten zien naar de eerstelijnszorg, en bijgevolg meer doorverwijzingen naar kinésithérapie.*

---

### *Number of patients with **radicular pain** referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie (inclusief verschillende tijdsintervallen)
- Delphi ronde 1: 72% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Delphi ronde 2: 64% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Focusgroep: Weerhouden; geen indicatie van tijd
- Concensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden correct geïmplementeerd worden, zouden we een verschuiving moeten zien naar de eerstelijnszorg. Het zorgpad voor radicaire pijn stelt de doorverwijzing naar kinesitherapie voor, bv. in het geval van 'gele vlaggen'.*

<b>Description</b>	<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés vers un kinésithérapeute pour 1000 habitants.</b>
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO ICPC : L03, L84 (lombalgie) OU L86 (radiculalgie), nombre de patients ayant une L/R référés vers un kinésithérapeute (sans vérification des séances réellement effectuées) : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant une L/R ayant effectué des séances de kinésithérapie: <i>consommations de kinésithérapie</i>
<b>Justification</b>	Estimation de la prescription et de la consommation d'au moins une séance kinésithérapie des patients ayant une L/R
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : [A] INTEGO et/ou [B] [AIMxINTEGO]
<b>Définitions techniques</b>	A. Code INTEGO de prescription de kinésithérapie B. Code nomenclature INAMI de kinésithérapie - 560011 - 560114 : Moins de/ou 18 séances de kiné - 560055 – 560151 : Plus de 18 séances de kiné
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
<b>Références</b>	Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. <i>Lancet Lond Engl.</i> 2018 09;391(10137):2368–83 (22). • Abdel Shaheed C, McFarlane B, Maher CG, Williams KA, Bergin J, Matthews A, et al. Investigating the Primary Care Management of Low Back Pain: A Simulated Patient Study. <i>J Pain.</i> 2016;17(1):27–35 (23). • van Hooff ML, Ter Avest W, Horsting PP, O'Dowd J, de Kleuver M, van Lankveld W, et al. A short, intensive cognitive behavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain: two-year follow-up results of a prospective cohort. <i>Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.</i> 2012 Jul;21(7):1257–64 (24). • Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit? <i>Phys Ther.</i> 2010 Aug;90(8):1111–22 (25). • Whitehurst DGT, Bryan S, Lewis M, Hill J, Hay EM. Exploring the cost-utility of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice within risk-defined subgroups. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2012 Nov;71(11):1796–802 (26). • Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. <i>Spine.</i> 2012 May 15;37(11):E668-677 (27). • Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. <i>Health Technol Assess Winch Engl.</i> 2010 Aug;14(41):1–253, iii–iv (28). • Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Sep 2;(9):CD000963 (29). • Fried JG, Andrew AS, Ring NY, Pastel DA. Changes in primary care health care utilization after inclusion of epidemiologic data in lumbar spine MR imaging reports for uncomplicated low back pain. <i>Radiology.</i> 2018;287(2):563–9 (30). • Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of

stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med.* 2014 Mar-Apr;12(2):102-11 (8).

- Moi JHY, Phan U, Gruchy A de, Liew D, Yuen TI, Cunningham JE, et al. Is establishing a specialist back pain assessment and management service in primary care a safe and effective model? Twelve-month results from the Back pain Assessment Clinic (BAC) prospective cohort pilot study. *BMJ Open.* 2018 Oct 1;8(10):e019275 (31).
- Hodder RK, Wolfenden L, Kamper SJ, Lee H, Williams A, O'Brien KM, et al. Developing implementation science to improve the translation of research to address low back pain: A critical review. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(6):1050–73 (32).
- Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, et al. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci* 2016;11(1):126 (5).
- Dziedzic KS, French S, Davis AM, Geelhoed E, Porcheret M. Implementation of musculoskeletal Models of Care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcomes for musculoskeletal health in high-income economies. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(3):375–97 (33).
- Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016 10;17:258 (34).
- Magel J, Hansen P, Meier W, Cohee K, Thackeray A, Hiush M, et al. Implementation of an alternative pathway for patients seeking care for low back pain: A prospective observational cohort study. *Phys Ther.* 2018;98(12):1000–9 (35).
- Jenkins HJ, Hancock MJ, French SD, Maher CG, Engel RM, Magnussen JS. Effectiveness of interventions designed to reduce the use of imaging for low-back pain: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2015 Apr 7;187(6):401–8 (36).
- French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006094. DOI: 10.1002/14651858.CD006094.pub2 (37).
- Cougot B, Petit A, Paget C, Roedlich C, Fleury-Bahi G, Fouquet M, et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. *J Occup Med Toxicol Lond Engl.* 2015;10:40 (38).
- Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 6;(5):CD007495 (39).

L/R : Lombalgie/radiculalgie

---

*Number of patients with **low back pain** referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 59% (tijdslimiet binnen 6 weken)
- Delphi ronde 2: 59% (Wel weerhouden: “The proportion of imaging requests for patients with low back pain that are in concordance with the national low back pain pathway”)
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden goed geïmplementeerd zijn en correct nageleefd worden, zou deze proportie moeten dalen.*

---

*Number of patients with **radicular pain** referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 67% (tijdslimiet binnen 6 weken)
- Delphi ronde 2: 67% (Wel weerhouden: “The proportion of imaging requests for patients with radicular pain that are in concordance with the national low back pain pathway”)
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden goed geïmplementeerd zijn en correct nageleefd worden, zou deze proportie moeten dalen.*

Description	Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie pour lesquels le médecin généraliste effectue une prescription de radiologie pour 1000 habitants
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	A. Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), référés à un examen de radiologie par le médecin généraliste (sans vérification si la prestation est réellement effectuée): <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) référés à un examen de radiologie par le médecin généraliste ET ayant effectué au moins un examen de radiologie
<b>Justification</b>	Mesure de la prescription par les médecins généralistes/consommation de radiologie des patients ayant une L/R. Une baisse de la prescription/consommation en radiologie est espérée
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : (A) INTEGO – (B) [AIMxINTEGO] ou [AIM] (*)
<b>Définitions techniques</b>	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) OU L86 (radiculalgie) ET Code INTEGO de prescription de radiologie, <b>SI</b> la prescription est faite par un médecin généraliste (code de compétence INAMI : 001-008) : layout soins de santé : SS0070 = [001 -008]  B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) ou L86 (radiculalgie) ET Code nomenclature INAMI des prestations de radiologie 455475-455486(2019) ou 466476-466480(2018):Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés 455593-455604 (2019 ou 466594-466605(2018):Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre <i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres</i> (*) (*) La prescription d'imagerie liée au diagnostic est envisagée dans les futures données de l'AIM
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suman A, Schaafsma FG, van de Ven PM, Slottje P, Buchbinder R, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy compared to usual care on low back pain guideline adherence among general practitioners. BMC Health Serv Res. 2018 May 11;18(1):358 (7).</li> <li>• Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. Lancet Lond Engl. 2018 09;391(10137):2368–83 (22).</li> <li>• Hirsch O, Strauch K, Held H, Redaelli M, Chenot J-F, Leonhardt C, et al. Low back pain patient subgroups in primary care: pain characteristics, psychosocial determinants, and health care utilization. Clin J Pain. 2014 Dec;30(12):1023–32 (40).</li> <li>• Suman A, Schaafsma FG, Elders PJ, van Tulder MW, Anema JR. Cost effectiveness of a multifaceted implementation strategy for the Dutch multidisciplinary guideline for</li> </ul>

nonspecific low back pain: design of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2015 May 31;15:522 (6).

- Hodder RK, Wolfenden L, Kamper SJ, Lee H, Williams A, O'Brien KM, et al. Developing implementation science to improve the translation of research to address low back pain: A critical review. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016;30(6):1050–73 (32).
- Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, et al. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. Implement Sci 2016;11(1):126 (5).
- Jenkins HJ, Hancock MJ, French SD, Maher CG, Engel RM, Magnussen JS. Effectiveness of interventions designed to reduce the use of imaging for low-back pain: a systematic review. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2015 Apr 7;187(6):401–8 (36).
- Jensen CE, Jensen MB, Riis A, Petersen KD. Systematic review of the cost-effectiveness of implementing guidelines on low back pain management in primary care: is transferability to other countries possible? BMJ Open. 2016 07;6(6):e011042 (41).
- McKenzie JE, O'Connor DA, Page MJ, Mortimer DS, French SD, Walker BF, et al. Improving the care for people with acute low-back pain by allied health professionals (the ALIGN trial): A cluster randomised trial protocol. Implement Sci IS. 2010 Nov 10;5:86 (42).

L/R : Lombalgie/radiculalgie

---

*Number of patients with **low back pain** referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 70% (tijdslimiet 12 weken - 12 maanden)
- Delphi ronde 2: 70% (tijdslimiet 12 weken – 12 maanden)
- Focusgroep: Weerhouden (Aanbeveling: de verwijzing naar specifieke specialismen zou waardevoller zijn als er een indicatie van de timing is (wanneer). Dit is momenteel echter niet mogelijk)
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de paden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen*

---

*Number of patients with **radicular pain** referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 80% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Delphi ronde 2: 81% (tijdslimiet 6-12 weken)
- Focusgroep: Weerhouden (Aanbeveling: de verwijzing naar specifieke specialismen zou waardevoller zijn als er een indicatie van de timing is (wanneer). Dit is momenteel echter niet mogelijk)
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de paden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen*

<b>Description</b>	<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie renvoyés vers un spécialiste pour 1000 habitants</b>
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu un référencement chez un médecin spécialiste (au moins une des spécialités reprises): <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant effectué au moins une consultation chez un médecin spécialiste: <i>recours à la médecine spécialisée</i>
<b>Justification</b>	Recours à la médecine spécialisée
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
<b>Définitions techniques</b>	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) OU L86 (radiculalgie) ET Code INTEGO de référencement à un spécialiste (parmi les spécialités reprises ci-dessous) B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) OU L86 (radiculalgie) ET Codes nomenclature INAMI des prestations de médecine spécialisée 102012, 102535 : Consultation par un médecin spécialiste (accrédité) [101275, 101290 : Consultation de médecine physique OU 102815, 102830 : Consultation chez un médecin anesthésiste spécialisé en algologie OU 102535 : Consultation chez un médecin spécialisé en (chirurgie) orthopédique OU 101275-101290 : Consultation chez un chez un médecin spécialisé en neurochirurgie OU 102152, 102653 : Consultation chez un médecin spécialisé en rhumatologie OU 102535 : Consultation par un orthopédiste OU 102174, 102675 : Consultation chez un chez un médecin spécialisé en neurologie]
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suman A, Schaafsma FG, van de Ven PM, Slottje P, Buchbinder R, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy compared to usual care on low back pain guideline adherence among general practitioners. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2018 May 11;18(1):358 (7).</li> <li>• Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. <i>Lancet Lond Engl.</i> 2018 09;391(10137):2368–83 (22).</li> <li>• Jensen CE, Riis A, Pedersen KM, Jensen MB, Petersen KD. Study protocol of an economic evaluation of an extended implementation strategy for the treatment of low back pain in general practice: a cluster randomised controlled trial. <i>Implement Sci IS.</i> 2014 Oct 8;9:140 (43).</li> <li>• Hirsch O, Strauch K, Held H, Redaelli M, Chenot J-F, Leonhardt C, et al. Low back pain patient subgroups in primary care: pain characteristics, psychosocial determinants, and health care utilization. <i>Clin J Pain.</i> 2014 Dec;30(12):1023–32 (40).</li> <li>• Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. <i>Spine.</i> 2012 May 15;37(11):E668-677 (27).</li> <li>• Plénet A, Gourmelen J, Chastang J-F, Ozguler A, Lanoë J-L, Leclerc A. Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: the results of the 2002-2003 Décennale Santé survey. <i>Ann Phys Rehabil Med.</i> 2010 May;53(4):224–31, 231–8 (44).</li> </ul>



- Wilhelm Houweling TA. Description of outcomes, patient experiences and related costs of care in low back pain patients undergoing chiropractic treatment in the UK [Internet] [Doctoral thesis]. University of Portsmouth; 2013 [cited 2019 Jun 11]. Available from: [https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD\\_manuscript\\_TH.pdf](https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD_manuscript_TH.pdf) (45).
- Suman A, Schaafsma FG, Elders PJ, van Tulder MW, Anema JR. Cost effectiveness of a multifaceted implementation strategy for the Dutch multidisciplinary guideline for nonspecific low back pain: design of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. BMC Public Health. 2015 May 31;15:522 (6).
- Moi JHY, Phan U, Gruchy A de, Liew D, Yuen TI, Cunningham JE, et al. Is establishing a specialist back pain assessment and management service in primary care a safe and effective model? Twelve-month results from the Back pain Assessment Clinic (BAC) prospective cohort pilot study. BMJ Open. 2018 Oct 1;8(10):e019275 (31).
- Suman A, Dijkers MF, Schaafsma FG, et al. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. Implement Sci 2016;11(1):126 (5).
- Magel J, Hansen P, Meier W, Cohee K, Thackeray A, Hiush M, et al. Implementation of an alternative pathway for patients seeking care for low back pain: A prospective observational cohort study. Phys Ther. 2018;98(12):1000–9 (35).
- Fried JG, Andrew AS, Ring NY, Pastel DA. Changes in primary care health care utilization after inclusion of epidemiologic data in lumbar spine MR imaging reports for uncomplicated low back pain. Radiology. 2018;287(2):563–9 (30).

**L/R** : Lombalgie/radiculalgie

---

*Number of patients with **low back pain** referred to physical medicine per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 80% (tijdslimiet: tussen 12 weken and 12 maanden)
- Delphi ronde 2: 80% (tijdslimiet: tussen 12 weken and 12 maanden)
- Focusgroep: weerhouden, geen tijdslimiet
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting toenemen*

Description	Nombre de patients ayant une lombalgie renvoyés vers la médecine physique pour 1000 habitants
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	Parmi les patients ayant une lombalgie (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant effectué au moins une consultation en médecine physique : <i>recours à la médecine physique</i>
<b>Justification</b>	Recours à la médecine physique
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
<b>Définitions techniques</b>	(numérateur) Code diagnostic ICPC dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) ET Codes nomenclature INAMI des prestations de médecine spécialisée en médecine physique 101275, 101290 : consultation de médecine physique 558 994 : prestations de médecine physique
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. <i>Spine</i>. 2012 May 15;37(11):E668-677 (27).</li> <li>• Jenkins HJ, Hancock MJ, French SD, Maher CG, Engel RM, Magnussen JS. Effectiveness of interventions designed to reduce the use of imaging for low-back pain: a systematic review. <i>CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can</i>. 2015 Apr 7;187(6):401-8 (36).</li> <li>• Sorensen LP, Krog BR, Kongsted A, Bronfort G, Hartvigsen J. Development of disease-specific quality indicators for danish chiropractic patients with low back pain. <i>J Manipulative Physiol Ther</i>. 2011;34(4):204-10 (46).</li> <li>• Campillo C, Casamitjana M, Carrillo-Arias F, Royuela A, Kovacs FM, Abreira V. Post-implementation surveillance of a non-pharmacological health technology within a national health service. <i>Int J Technol Assess Health Care</i>. 2014;30(2):153-64 (47).</li> </ul>

**L/R** : Lombalgie/radiculalgie

---

*Number of patients with **low back pain** undergoing spine surgery per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 73% (tijdslimiet: tussen 12 weken and 12 maanden)
- Delphi ronde 2: 72% (tijdslimiet: tussen 12 weken and 12 maanden)
- Focusgroep: weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *Als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen (een chirurgisch register /chirurgische database zal dit kunnen capteren)*

---

*Number of patients with **radicular pain** undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 75%
- Delphi ronde 2: 77%
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen (chirurgisch register zal toelaten om een onderscheid te maken tussen >3 maanden en <12 maanden pijn)*

---

*Number of patients with **radicular pain** undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 78%
- Delphi ronde 2: 77%
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen (chirurgisch register zal toelaten om een onderscheid te maken tussen >3 maanden en <12 maanden pijn)*

<b>Description</b>	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R et subissant une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale dans un délai (a) ou (b) après le diagnostic
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins une intervention dans un délai (a) ou (b) après le diagnostic
<b>Justification</b>	Estimer les interventions chirurgicales de la colonne pour les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : [AIMxINTEGO]
<b>Définitions techniques</b>	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L03, L84 (lombalgie) OU L86 (radiculalgie) <i>ET</i> <i>Codes de nomenclature INAMI de chirurgie de la colonne [Annexe 6]</i> 232794-232805 : Laminectomie (Sténose lombaire - Queue de cheval) 281536-281540 : Ostéosynthèse vertébrale 281551-281562 OU 281573-281584 : Arthrodèse vertébrale 281610-281621 : Arthrodèse inter-articulaire postérieure 281676-281680 : Arthrodèse intercorporeale postérieure 281713-281724 : Laminectomie 281735-281746 : Laminectomie avec arthrodèse 300355-300366 : Nucléotomie percutanée 281772-281783 : Hernie discale 281794-281805 : Hernie discale + arthrodèse 281875-281886 : Résection ap épineuse 281934-281945 : Spondylodiscite 281971-281982 : Reconstruction corps vertébral 281993-282004 : Ostéotomie vertébrale
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. <i>Spine</i>. 2012 May 15;37(11):E668-677 (27).</li> <li>• Chaléat-Valayer E, Denis A, Abelin-Genevois K, Zelmar A, Siani-Trebern F, Touzet S, et al. Long-term effectiveness of an educational and physical intervention for preventing low-back pain recurrence: a randomized controlled trial. <i>Scand J Work Environ Health</i>. 2016 01;42(6):510–9 (48).</li> <li>• Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2014 Sep 2;(9):CD000963 (29).</li> <li>• Houweling W, TA. Description of outcomes, patient experiences and related costs of care in low back pain patients undergoing chiropractic treatment in the UK [Internet] [Doctoral thesis]. University of Portsmouth; 2013 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <a href="https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD_manuscript_TH.pdf">https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD_manuscript_TH.pdf</a> (45)</li> <li>• Fried JG, Andrew AS, Ring NY, Pastel DA. Changes in primary care health care utilization after inclusion of epidemiologic data in lumbar spine MR imaging reports for uncomplicated low back pain. <i>Radiology</i>. 2018;287(2):563–9 (30).</li> <li>• Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. <i>BMC Musculoskelet Disord</i>. 2016 10;17:258 (34).</li> <li>• Magel J, Hansen P, Meier W, Cohee K, Thackeray A, Hiush M, et al. Implementation of an alternative pathway for patients seeking care for low back pain: A prospective observational cohort study. <i>Phys Ther</i>. 2018;98(12):1000–9 (35).</li> <li>• Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2016 May 6;(5):CD007495 (39).</li> </ul>

- Magel J, Kim J, Thackeray A, Hawley C, Petersen S, Fritz JM. Associations Between Physical Therapy Continuity of Care and Health Care Utilization and Costs in Patients With Low Back Pain: A Retrospective Cohort Study. *Phys Ther.* 2018 01;98(12):990–9 (49).
- Cifuentes M, Powell R, Webster B. Shorter time between opioid prescriptions associated with reduced work disability among acute low back pain opioid users. *J Occup Environ Med.* 2012 Apr;54(4):491–6 (50).
- Werber A, Schiltewolf M. Treatment of Lower Back Pain-The Gap between Guideline-Based Treatment and Medical Care Reality. *Healthc Basel Switz.* 2016 Jul 15;4(3) (51).

**L/R** : Lombalgie/radiculalgie

NOTE : Les informations relatives aux actes chirurgicaux seront captées à l'avenir par le Spine Tango Belgian National Spine Registry (initiative de l'INAMI/SSBE/HEALTHDATA).

---

Number of patients with **low back pain** visiting an emergency department per 1000 inhabitants

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 61% (tijdslimiet: binnen 6 weken)
- Delphi ronde 2: 59% (tijdslimiet: binnen 6 weken)
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** In de nationale zorgpaden wordt zelfmanagement in de eerste weken van de lage rugpijn / radiculaire pijn gestimuleerd. Dit kan leiden tot een toename van bezoeken aan spoedeisende hulp. De meeste patiënten worden niet door hun huisarts verwezen, maar besluiten zelfstandig naar de spoedeisende hulp te gaan. Mogelijks neemt het aantal bezoeken aan spoed toe, dit 'adverse event' van het implementatie van de zorgpaden, vandaar is het belangrijk dit te monitoren.

---

Number of patients with **radicular pain** visiting an emergency department per 1000 inhabitants

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 65% (tijdslimiet: binnen 6 weken)
- Delphi ronde 2: 66 % (tijdslimiet: binnen 6 weken)
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** In de nationale zorgpaden wordt zelfmanagement in de eerste weken van de lage rugpijn / radiculaire pijn gestimuleerd. Dit kan leiden tot een toename van bezoeken aan spoedeisende hulp. De meeste patiënten worden niet door hun huisarts verwezen, maar besluiten zelfstandig naar de spoedeisende hulp te gaan. Mogelijks neemt het aantal bezoeken aan spoed toe, dit 'adverse event' van het implementeren van de zorgpaden, vandaar is het belangrijk dit te monitoren.

<b>Description</b>	<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie et ayant fait au moins une visite dans un service d'urgences, pour 1000 habitants</b>
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)
<b>Calcul du numérateur</b>	Nombre de patients ayant fait au moins une visite dans un service d'urgences pour lombalgie/radiculalgie
<b>Justification</b>	Estimer le recours aux services d'urgences pour les patients ayant une lombalgie/radiculalgie, qui pourrait être un effet indésirable de l'implémentation (si aucun drapeau rouge n'est identifié dans le service d'urgence) OU qui pourrait être un effet positif de l'implémentation (si les drapeaux rouges sont mieux identifiés par les prestataires de 1 <sup>ère</sup> ligne et que ceux-ci renvoient les patients vers les urgences)
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : RHM
<b>Définitions techniques</b>	<p><b>A. Codes RHM pour identifier une visite dans les services d'urgences (avec hospitalisation) pour lombalgie/radiculalgie :</b></p> <pre>[ Fichier STAYHOSP (A2) : (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET (A2_HOSPTYPE_FAC = U) ]</pre> <p><b>ET</b></p> <pre>[ Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= code ICD-10 de la lombalgie/radiculalgie [Annexe 6]]</pre> <p><b>B. Codes RHM pour identifier une visite dans les services d'urgences (sans hospitalisation) pour lombalgie/radiculalgie (à vérifier avec le projet 'UREG')</b></p> <pre>[ Fichier STAYHOSP (A2) : (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET (A2_HOSPTYPE_FAC = U) ]</pre> <p><b>ET</b></p> <pre>[ (Fichier URGADMIN (M6) : M6_CODE_INFO_URG = R ET (ajouter nouveau code lié à la lombalgie/radiculalgie [Fichier URGADMIN (M6)] ) OU M6_CODE_INFO_URG = F (suivi éventuel après le service d'urgences – passage en ambulatoire) ET code A, B, C ou D ]</pre>
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la région Bruxelloise et de Wallonie, <b>à la condition d'avoir eu une hospitalisation suite au passage des urgences</b>
<b>Références</b>	• Jensen CE, Riis A, Pedersen KM, Jensen MB, Petersen KD. Study protocol of an economic evaluation of an extended implementation strategy for the treatment of low back pain in

general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*. 2014 Oct 8;9:140 (43).

- Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2010 Aug;14(41):1–253, iii–iv (28).
- Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine*. 2012 May 15;37(11):E668-677 (27).
- Hanney WJ, Masaracchio M, Liu X, Kolber MJ. The Influence of Physical Therapy Guideline Adherence on Healthcare Utilization and Costs among Patients with Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature. *PloS One*. 2016;11(6):e0156799 (52).
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 2;(9):CD000963 (29).
- Houweling W TA. Description of outcomes, patient experiences and related costs of care in low back pain patients undergoing chiropractic treatment in the UK [Internet] [Doctoral thesis]. University of Portsmouth; 2013 [cited 2019 Jun 11]. Available from: [https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD\\_manuscript\\_TH.pdf](https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD_manuscript_TH.pdf) (45)
- Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med*. 2014 Mar-Apr;12(2):102-11 (8).
- Machado GC, Richards B, Needs C, et al. Implementation of an evidence-based model care for low back pain in emergency departments: protocol for the Sydney Health Partners Emergency Department (SHaPED) trial. *BMJ Open*. 2018 Apr 19;8(4):e019052 (53).
- Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 6;(5):CD007495 (39).
- Magel J, Kim J, Thackeray A, Hawley C, Petersen S, Fritz JM. Associations Between Physical Therapy Continuity of Care and Health Care Utilization and Costs in Patients With Low Back Pain: A Retrospective Cohort Study. *Phys Ther*. 2018 01;98(12):990–9 (49).



---

*Number of patients with **low back pain** that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 70%
- Delphi ronde 2: 67%
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting toenemen*

---

*Number of patients with **radicular pain** that are working at 3 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 72%
- Delphi ronde 2: 70%
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting toenemen*

---

*Number of patients with **low back pain** that are working at 6 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 78% (werkend aan hetzelfde percentage)
- Delphi ronde 2: 77% (werkend aan hetzelfde percentage)
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting toenemen*

---

*Number of patients with **radicular pain** that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 80%
- Delphi ronde 2: 78%
- Focusgroep: Weerhouden
- Consensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting toenemen*

<b>Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une lombalgie/radiculalgie et qui travaillent (a) à 3 mois après le diagnostic OU (b) à 6 mois après le diagnostic</b>	
<b>Calcul du dénominateur</b>	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
<b>Calcul du numérateur</b>	<p>Parmi les patients ayant une lombalgie/radiculalgie (identifiés par la stratégie A), nombre de patients n'ayant pas d'ITT</p> <p>(a) N'ayant pas d'ITT &gt; 90 jours entre le diagnostic[T0] dans l'année qui suit le diagnostic[T0+12mois]</p> <p>OU</p> <p>(b) N'ayant pas d'ITT &gt; 180 jours entre le diagnostic[T0] dans l'année qui suit le diagnostic[T0+12mois]</p>
<b>Justification</b>	<p>Estimer le nombre patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui sont au travail à</p> <p>(a) 3 mois après le début du diagnostic[T0] (donnant le droit à au moins 60 jours d'indemnités de l'AMI pour les employés et agents statutaires du service public et donnant le droit à au moins 75 jours d'indemnités de l'AMI chez les ouvriers)</p> <p>OU</p> <p>(b) 6 mois après le début du diagnostic[T0] (donnant le droit à au moins 150 jours d'indemnités de l'AMI pour les employés et agents statutaires du service public et donnant le droit à au moins 165 jours d'indemnités de l'AMI chez les ouvriers),</p>
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : [AIMxINTEGO]
<b>Définitions techniques</b>	<p>(numérateur)</p> <p>Code INTEGO de diagnostic ICPC de lombalgie (L03,L84) ou de radiculalgie (L86) ET</p> <p>Code AIM (layout Population) sommer les patients n'ayant PAS les codes</p> <p>(a) (PP4002-PP4003) à ≥ 90 jours après diagnostic[T0] (si PP1003=01) pour les ouvriers (PP4002-PP4003) à ≥ 90 jours après diagnostic[T0] (si PP1003=02 ou 03) pour les employés et agents statutaires du service public <b>Si</b> ces codes apparaissent entre [T0 et T0+12mois]</p> <p>(b) (PP4002-PP4003) ≥ 180 jours après diagnostic[T0] (si PP1003=01) pour les ouvriers (PP4002-PP4003) ≥ 180 jours après diagnostic[T0] (si PP1003=02 ou 03) pour les employés et agents statutaires du service public <b>Si</b> ces codes apparaissent entre [T0 et T0+12mois]</p>
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hodder RK, Wolfenden L, Kamper SJ, Lee H, Williams A, O'Brien KM, et al. Developing implementation science to improve the translation of research to address low back pain: A critical review. <i>Best Pract Res Clin Rheumatol.</i> 2016;30(6):1050–73 (32).</li> <li>• Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2016 May 6;(5):CD007495 (39).</li> <li>• Cougot B, Petit A, Paget C, Roedlich C, Fleury-Bahi G, Fouquet M, et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. <i>J Occup Med Toxicol Lond Engl.</i> 2015;10:40 (38).</li> </ul>

ITT=Incapacité Temporaire de Travail

---

*Number of patients with **low back pain** that are being hospitalized per 1000 inhabitants*

---

- Literatuurstudie
- Delphi ronde 1: 54,7%
- Delphi ronde 2: 51,6%
- Focusgroep: Niet weerhouden, wel aanbevolen
- Concensusmeeting: Weerhouden

**Rationale:** *als de zorgpaden geïmplementeerd worden, zal dit aantal naar verwachting afnemen*

<b>Calcul du dénominateur</b>	<b>Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)</b>
<b>Calcul du numérateur</b>	Nombre de patients ayant été hospitalisés pour lombalgie
<b>Justification</b>	Estimer le recours à l'hospitalisation pour les patients ayant une lombalgie
<b>Sources des résultats</b>	Bases de données : RHM
<b>Définitions techniques</b>	<p><b>A. Codes RHM pour identifier une hospitalisation pour lombalgie (avec passage par les urgences):</b></p> <p>[  (Fichier STAYHOSP (A2) :  (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET  (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET  (A2_HOSPTYPE_FAC = U))  ET  (Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= Principal + code ICD-10 de la lombalgie/radiculalgie [Annexe 6]</p> <p><b>B. Codes RHM pour identifier une hospitalisation pour lombalgie (sans passage par les urgences):</b></p> <p>[  (Fichier STAYHOSP (A2) :  (A2_CODE_AMIN= D)  ET  (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = Principal code ICD-10 de la lombalgie/radiculalgie [Annexe 6]  ET  (Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= code ICD-10 de la lombalgie/radiculalgie [Annexe 6]  ]</p>
<b>Limites</b>	Bonne inférence par rapport à la population de la région Bruxelloise et Wallonie
<b>Références</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for</li> </ul>

low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2010 Aug;14(41):1–253, iii–iv (28).

- Whitehurst DGT, Bryan S, Lewis M, Hill J, Hay EM. Exploring the cost-utility of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice within risk-defined subgroups. *Ann Rheum Dis.* 2012 Nov;71(11):1796–802 (26).
- Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai K-S, Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine.* 2012 May 15;37(11):E668–677 (27).
- Hanney WJ, Masaracchio M, Liu X, Kolber MJ. The Influence of Physical Therapy Guideline Adherence on Healthcare Utilization and Costs among Patients with Low Back Pain: A Systematic Review of the Literature. *PloS One.* 2016;11(6):e0156799 (52).
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 2;(9):CD000963 (29).
- Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med.* 2014 Mar-Apr;12(2):102–11 (8).
- Machado GC, Richards B, Needs C, et al. Implementation of an evidence-based model of care for low back pain in emergency departments: protocol for the Sydney Health Partners Emergency Department (SHaPED) trial. *BMJ Open.* 2018 Apr 19;8(4):e019052 (53).
- French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006094. DOI: 10.1002/14651858.CD006094.pub2 (37).
- Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 6;(5):CD007495 (39).

## 13. Conclusie

Dit project (perceel 3 van FOD aanbesteding EBP/LBP/NYU/2018/01) resulteerde in de aanbeveling van 17 indicatoren die de mate van implementatie van de nationale zorgpaden voor de behandeling van lage rugpijn en radicaire pijn (KCE Report 295) evalueren (1).

De systematische internationale literatuurstudie resulteerde in een lijst 154 indicatoren verdeeld over 11 dimensies. Na de pré-validatie door internationale experts wiens zorgtrajecten werden geëvalueerd bij de internationale vergelijking van lage rugpijn zorgpaden in KCE Report 295 (1) werd een lijst van 157 indicatoren verdeeld over 14 dimensies weerhouden. Deze werd in een Delphi onderzoek voorgelegd aan nationale experts in 2 rondes. Aan hen werd gevraagd om de 157 indicatoren te scoren op relevantie en eventuele bijkomende indicatoren voor te stellen. 64 experts vulden de vragenlijst volledig in en stelden 10 nieuwe indicatoren voor. In een tweede ronde werd aan de 64 respondenten gevraagd hun score te evalueren, rekening houdend met de resultaten na ronde 1. Ze ontvingen hiervoor elk een individueel feedbackrapport. In totaal hebben 45 respondenten de tweede ronde doorlopen. Indicatoren die door minstens 75% van de respondenten een score van 7,8,9 of 10/ 10 kregen werden weerhouden. Dit resulteerde in een lijst van 20 indicatoren.

Tijdens de focusgroep hebben we de resultaten van het delphi onderzoek voorgelegd aan 12 experts. Aan hen werd gevraagd de 20 reeds weerhouden indicatoren te valideren en eventuele bijkomende indicatoren te formuleren, dit resulteerde in een lijst van 16 indicatoren. Deze werd gevalideerd op de consensus bijeenkomst, waar nog 1 bijkomende indicator toegevoegd. Finaal werden er dus **17 indicatoren** voorgesteld die de mate van 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. *Number of patients with low back pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*
2. *Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*
3. *Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*
4. *Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*
5. *Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*
6. *Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*
7. *Number of patients with low back pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants*
8. *Number of patients with low back pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants*
9. *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants*
10. *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery between 12 weeks and 12 months per 1000 inhabitants*
11. *Number of patients with low back pain visiting an emergency department per 1000 inhabitants*
12. *Number of patients with radicular pain visiting an emergency department per 1000 inhabitants*
13. *Number of patients with low back pain that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*
14. *Number of patients with low back pain that are working at 6 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*
15. *Number of patients with radicular pain that are working at 3 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*
16. *Number of patients with radicular pain that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*
17. *Number of patients with low back pain that are being hospitalized per 1000 inhabitants*

Ce projet (lot 3 de l'appel d'offre EBP/LBP/NYU/2018/01) a abouti à l'élaboration d'un set de 17 indicateurs permettant d'évaluer l'implémentation du guide de pratique cliniques pour le traitement des lombalgies et des douleurs radiculaires (Rapport KCE 295) (1).

La revue systématique de la littérature internationale a abouti à une liste d'indicateurs internationaux qui, après une procédure de pré-validation par des experts internationaux, étaient au nombre de 157 indicateurs répartis sur 14 dimensions.

Dans le cadre d'une enquête Delphi menée en 2 rounds, ces indicateurs ont été présentés à des experts nationaux qui ont scoré chacun de ces 157 indicateurs selon son degré de pertinence et qui ont pu proposer des indicateurs supplémentaires. Au total, 64 experts ont pleinement répondu à l'enquête et 10 nouveaux indicateurs ont été proposés. Dans un deuxième temps (lors du 2ème round) les 64 experts répondants ont été invités à ré-évaluer les scores qu'ils ont donné pour chaque indicateur, en tenant compte du score moyen obtenu pour chaque indicateur lors du 1er round et au regard de leur propre score. Au total, 45 experts ont répondu au deuxième round. Les indicateurs ayant obtenu un score de 7, 8, 9 ou 10 / 10 par au moins 75% des répondants ont été retenus, menant la liste à 20 indicateurs répartis en 8 dimensions.

Ces résultats ont été présentés dans le cadre d'un groupe de discussion (focus group) rassemblant 12 experts nationaux. Il a été demandé à ces derniers de discuter et valider les 20 indicateurs retenus et au besoin, de ré-envisager des indicateurs qui auraient été exclus lors des 2 rounds précédents. Une liste de 16 indicateurs a été retenue pour la réunion de consensus finale. Lors de la réunion de consensus, la liste de 16 indicateurs a été confirmée et 1 indicateur supplémentaire a été ajouté.

Il en résulte qu'un **set de 17 indicateurs** est proposé afin de permettre l'évaluation de l'implémentation du guide de pratique cliniques pour le traitement des lombalgies et des douleurs radiculaires. Ces indicateurs sont fondés sur les preuves, ils sont pertinents, réalistes et mesurables.

1. *Number of patients with low back pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*
2. *Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist per 1000 inhabitants*
3. *Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*
4. *Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP per 1000 inhabitants*
5. *Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*
6. *Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care per 1000 inhabitants*
7. *Number of patients with low back pain referred to physical medicine per 1000 inhabitants*
8. *Number of patients with low back pain undergoing spine surgery per 1000 inhabitants*
9. *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery before 12 weeks per 1000 inhabitants*
10. *Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery between 12 weeks and 12 months per 1000 inhabitants*
11. *Number of patients with low back pain visiting an emergency department per 1000 inhabitants*
12. *Number of patients with radicular pain visiting an emergency department per 1000 inhabitants*
13. *Number of patients with low back pain that are working at 3 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*
14. *Number of patients with low back pain that are working at 6 months after the onset of low back pain per 1000 inhabitants*
15. *Number of patients with radicular pain that are working at 3 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*
16. *Number of patients with radicular pain that are working at 6 months after the onset of radicular pain per 1000 inhabitants*
17. *Number of patients with low back pain that are being hospitalized per 1000 inhabitants*

## ANNEXE 1

### Process performance indicators-PPIs – PROMs – PREMs recueillis dans la revue de la littérature.

- Process performance indicators PPIs

---

#### **Stratification/Classification of Pa(NSLBP)**

---

# of times GP have used Start Back Screening Tool (StBST)

% Pa(NSLBP) with StBST classification

Applying the screening/scoring tool & Tool format

Management of low risk patients

---

#=number, %=rate, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

#### **Blue flag (work related risk factors) & Yellow flag (psychosocial risk factors)**

---

# of inquiries to Pa(NSLBP)

#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

#### **Red flags**

---

# Record of ref flags investigation/ assessed correctly

#=number

---



---

#### **Manipulation**

---

Rate of continued passive spinal manipulation

# of spinal manipulation/adjustment OR spinal tractions

# of mobilisations OR massage

# of electrotherapy

# of thermal modalities

---

#=number

---



---

#### **Psychosocial treatment**

---

Psychologically informed therapy provided by a physiotherapist

% Pa(NSLBP) referred to biopsychosocial treatment

---

%=rate, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

#### **Patient education**

---

# of Pa(NSLBP) referencement to educational program

% of Pa(NSLBP) compliance to treatment

Pa(NSLBP) known to the practice

Pa(NSLBP) reason for the consultation

---

#=number, %=rate, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

### General Practitioner education

---

Adherence to recommended treatment approaches  
 Beliefs & behaviour  
 Influence of care following information provision  
 Prompt medical review  
 Assessment of the patient's complaints  
 Correct choice of the patient profile  
 % Pa(NSLBP) who have been examined for centralization of symptoms

---

%=rate, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

### Health Care Providers (HCP)

---

Behavioural intention of the HCP  
 Beliefs about capabilities of the HCP  
 Beliefs about consequences of the HCP  
 Knowledge of the HCP  
 Professional role and identity of the HCP  
 Social influences of the HCP  
 Memory of the HCP  
 Environmental context and resources  
 TDF: Theoretical domains framework : explore clinicians' beliefs and attitudes; to assess factors likely to impede or enable the uptake of clinical practice guidelines

---



---

### Barriers perceived

---

At innovation level : Scientific basis - Flexibility - Complexity - Compatibility - Time-investment  
 At healthcare professional level : Attitude - Knowledge - Perceived advantage - Expertise  
 At context level : Resistance of patients - Resistance of employers/other healthcare professionals

---



---

### Questionnaire HealthCare Providers

---

PABS-PT : Pain attitudes and beliefs scale for PT  
 PABS-GP : Pain attitudes and beliefs scale for GP  
 CRPE tool : Clinical reasoning and process evaluation tool  
 PCS : Practitioner confidence scale  
 DIBQ : Determinants of implementation behaviour questionnaire  
 HC-PAIRS : Health Care Providers Pain and Impairment Relationship Scale  
 HCCQ : health care climate questionnaire (to assess verbal communication between HC providers and Pa)

---

PT=physiotherapist, GP=general practitioner, HC=healthcare, Pa=patient

---



---

### Drugs

---

Screened for precautions or contraindications to medicine supplied  
 Give minimum dose per day  
 Advice on side effects

---

---

### Advices

---

% of back exercises instructions given in emergency department  
 % of back exercises instructions given  
 General exercises  
 Advising active treatment  
 Advice given to the Pa(NSLBP)  
 Advice to stay active/to bed rest  
 Self-care advice-Reassurance of a favorable outcome  
 # Printed information given to the Pa

---

%=rate, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, #=number

---



---

### Other

---

Waiting time  
 # acupuncture sessions  
 # yoga sessions  
 Osteopathy, lumbar belt, corset, mesotherapy  
 #=number

---

- **PROMs**

#### - Quality of life

SF-9/12/36 : Short Form Health Survey 9/12/36 items  
 EQ-5D : EuroQol-5D  
 HRQol : Health-Related Quality of Life  
 SF-6D : Short Form 6 dimensions  
 Wilson clearly model

#### - Functional disability

ODI : Oswestry Disability Questionnaire  
 RMQD : Roland Morris Disability Questionnaire  
 PSFS : Patient specific function scale  
 QBPDS : Quebec back pain disability scale  
 Hannover Functional Status Questionnaire  
 Sickness Impact Profile  
 SIP : Sickness Impact Profile  
 Million Pain Disability questionnaire  
 DDS : Dusseldorf Disability scale  
 LBP rating scale  
 LBP Disability Index  
 VDPQ : Vermont Disability Prediction Questionnaire

#### - Pain

NRS : Numeric Rating Scale  
 VAS : Visual analogue scale  
 PDI : Pain Disability Index  
 Botheromeness questionnaire  
 MPQ : McGill pain questionnaire  
 BPI-I : brief pain inventory intensity subscale  
 Pain rating index  
 Von Korff questionnaire  
 Dallas pain questionnaire

QSDA : Questionnaire Douleur Saint-Antoine  
 OMPSQ : Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire  
 DMS : Dutch version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire  
 Pain vigilance and awareness questionnaire  
 West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory  
 PCCL : Pain Coping and Cognition List  
 PSEQ : Pain self efficacy questionnaire  
 Main complaints (Patient specific complaints scale)  
 External pain control preception  
 Pain duration (months)  
 Interference of pain with daily life

### - Psychology

BBQ : Back Belief Questionnaire  
 PCS-CAT : Pain Catastrophizing scale  
 QR-CSQ : Coping Strategies Questionnaire  
 TSK : Tampa scale for kinesiophobia  
 HSCL-25 : Hopkins Symptom Checklist-25  
 PBQ : Personality Belief Questionnaire  
 ASE : Attitude-Social influence-self Efficacy  
 CMD : common mental disorders  
 SCL-90 : Psychological distress  
 Bournemouth Questionnaire  
 IUS : Intolerance for Uncertainty scale (associated with worry and anxiety)  
 Wellness indexes  
 Global wellbeing scale  
 QWBS : quality of well being scale  
 BSI : Brief Symptom Inventory  
 GAD-7 : Generalised Anxiety Disorder  
 PHQ : Patient Health Questionnaire  
 HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale  
 Beck depression inventory  
 CES-D : depression scale  
 STAI : State-Trait Anxiety Inventory  
 BDI : Beck Depression Inventory  
 PFQ : Personal Feelings Questionnaire  
 FABQ (work score) : Fear-Avoidance Belief Questionnaire

### - Other

Ito test  
 Sorensen test  
 FTF : finger to floor  
 Shirado test  
 Schober's test  
 Harmfulness of activities (PHODA)  
 Physical activity questionnaire : PAQ  
 PFCAT : physical function computer adapted measure  
 PSFS : Patient Specific Functional Scale  
 FRI : Functional Rating Index  
 CCI : charlson comorbidity index  
 Patient - specific measure : MYMOP (measure yourself medical outcome profil)  
 CSES : Core Self-Evaluations Scale  
 IRT : Item Response Theory  
 RAND Health Questionnaires (Rand-12, Rand-36)  
 HUI : Health utilities index  
 HSQ : Health Status Questionnaire  
 Self rated health  
 RCS : Resistance to Change Scale  
 PGIC : Patient Global Rating of change

Global perceived change  
 GPE : Perceived Global effect scale  
 PEI : Patient enablement index  
 Chronic LBP history (duration ; previous surgery)  
 Symptom duration  
 Rate of LBP with improved outcomes

- **PREMs**

QR-IPQ / QR-MIPQ : Illness perception  
 Pa(NSLBP) satisfaction with outcome  
 Borkovec and Nau questionnaire : Satisfaction with treatment  
 Satisfaction with care  
 Beliefs about care  
 PSOHSQ : Patient Satisfaction with Occupational Health Services Questionnaire  
 Employee satisfaction at the workplace  
 Self-rated overall improvement  
 Activity of Daily Life (scale 0-30)  
 Work ability index  
 Rate of self perceived ability to return to work

- **Economic indicators**

---

**Incremental cost-effectiveness ratio (ICER)**

---

ICERs with QALY from EQ-5D

ICERs per Pa(NSLBP) avoiding SP care

---

EQ-5D= EuroQol-5D, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain, SP=specialist

---



---

**Return to work (RTW)**

---

# of days lost from work per Pa(NSLBP)

Costs of sick leave for Pa(NSLBP)

Work absence costs

Cost per workers' compensation claim

Productivity : change in mean cost of LBP related work absence      OR      Production losses due to sick leave  
 (calculated using the Human Capital Approach or WPAI instrument)

---

#=number, Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---



---

**Costs of care**

---

Costs of Primary care consultation (GP appointment costs, PT sessions costs)

Costs of Secondary care consultation (SP)

Cost of rehabilitation

Costs of imaging (RX,MRI, CTscan)

Costs of drug prescription

---

GP=general practionner, PT=physiotherapist, SP=specialist

---

---

**Costs for emergency department/hospital**

---

Costs of emergency department

Costs related to hospital/emergency admission

Mean cost per Pa(NSLBP) of overnight stay in hospital

Cost of low back surgery

Costs related to therapeutic procedure: epidural injections...

Hospital Care Costs : inpatient care, outpatient care, medical procedures, and diagnostic tests

---

Pa(NSLBP)=patient with non specific low back pain

---

---

**General cost**

---

Medical cost

Health Care consumption/use

Direct cost (hospital care cost, medication, general practitioner costs, allied health care costs) : calculated from the amount of paid occupational health care interventions by the social security

Indirect cost : calculated from the (additional) costs of paid sickness benefit

Total cost (direct or indirect) of back pain

Cost-effectiveness

---

---

**Other**

---

Patient costs' for osteopathy/acupuncture/other

Allied Health Care Costs : Physical therapy, exercise therapy, and manual therapy

---

## ANNEXE 2

### Stratégie A - construction de l'équation de recherche couvrant les domaines de la lombalgie, des indicateurs et de leur implémentation, ainsi que des soins de 1ère ligne.

L'équation finale de la stratégie A retenue est celle de la combinaison 2, contenant :

tous les synonymes de « **Low back pain** »

ET

le(s) terme(s) « **Implementation(s)** »

PubMed : ("Low Back Pain"[Mesh] OR "Low Back Pain"[title/abstract] OR "Low Back Pains"[title/abstract] OR Lumbago[title/abstract] OR Lumbagos[title/abstract] OR "Lower Back Pain"[title/abstract] OR "Lower Back Pains"[title/abstract] OR "Low Back Ache"[title/abstract] OR "Low Backache"[title/abstract]) AND (implementation[title/abstract] OR implementations[title/abstract]) AND ("full text"[sb] AND "2009/03/07"[PDat] : "2019/03/04"[PDat] AND (English[lang] OR French[lang])),

Filtres : Langue de rédaction : anglais ou français - date : publication entre [2009 et 2019]-disponibilité de l'article : résumé et texte intégral).

## ANNEXE 3

**Stratégie B - construction de l'équation de recherche couvrant les domaines de la lombalgie, des indicateurs et de leur implémentation, ainsi que des soins de 1ère ligne.**

*Table.1 Stratégie B - Domaine de la lombalgie :*

Numéro de l'équation	Termes	Nombre de résultats
#1	Low Back Pain	25061
#2	Low Back Pains	52
#3	Lumbago	1311
#4	Lumbagos	9
#5	Lower Back Pain	2252
#6	Lower Back Pains	11
#7	Low Back Ache	46
#8	Low Backache	228
#9	Lumbosacral Region	1234
#10	Backache	3602
#11	Back disorder	131
#12	Back disorders	515
#13	Back Pain	43152
#14	Back Pains	162
#15	Lumboischialgia	45
#16	Piriformis syndrome	256
#17	Piriformis Muscle Syndrome	51
#18	Spinal Diseases	1524
#19	Osteoarthritis, Spine	0
#20	Dorsalgia	85
#21	Vertebrogenic pain	48
#22	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21	50501

*Table.2 Stratégie B - Domaine des indicateurs et de leur implémentation :*

#23	Quality Indicators, Health Care	5830
#24	Healthcare Quality Indicator	15
#25	Healthcare Quality Indicators	38
#26	Indicator, Healthcare Quality	112
#27	Indicators, Healthcare Quality	333
#28	Quality Indicator, Healthcare	1016
#29	Health Metrics	422
#30	Health Metric	68
#31	Metrics, Health	6689
#32	Global Trigger Tool, Healthcare	51
#33	Healthcare Global Trigger Tool	52
#34	Health Plan Implementation	62
#35	Health Plan Implementations	1
#36	Implementation Science	1572
#37	Implementation Sciences	17
#38	Implementation	212468
#39	Implementations	6469
#40	Practice Guidelines as Topic	110
#41	Guidelines as Topic	156
#42	Guideline, Health Planning	0
#43	Guidelines, Health Planning	0
#44	Health Planning Guidelines	19
#45	Health Planning Guideline	7
#46	Planning Guideline, Health	0
#47	Planning Guidelines, Health	0
#48	Guidelines for Health Planning	14
#49	Recommendations, Health Planning	0
#50	Health Planning Recommendation	1823



#51	Health Planning Recommendations	8
#52	Planning Recommendation, Health	491
#53	Planning Recommendations, Health	0
#54	Recommendation, Health Planning	8
#55	Indicators	131565
#56	Indicator	136714
#57	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56	475004

*Table.3 Stratégie B - Domaines des soins de 1ère ligne :*

#58	Primary health care	24755
#59	Care, Primary Health	1
#60	Health Care, Primary	2
#61	Health Care, Practioner	41
#62	Primary Healthcare	5012
#63	Healthcare, Primary	119253
#64	Primary Care	105356
#65	Care, Primary	4
#66	General Practice	36377
#67	General Practitioners	30431
#68	General Practitioner	18339
#69	Practitioner, General	1
#70	Practitioners, General	42737
#71	Physicians, General Practice	0
#72	General Practice Physician	22
#73	General Practice Physicians	85
#74	Physician, General Practice	9453
#75	Practice Physicians, General	0

#76	#58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75	253649
#77	#22 AND #57 AND #76	219
#78	#77 + add filters : Full text available, in last 10 years, English/French	146

## ANNEXE 4

### Statistiques des occurrences des indicateurs extraits des 89 articles issus de la revue de la littérature

#### Statistiques descriptives

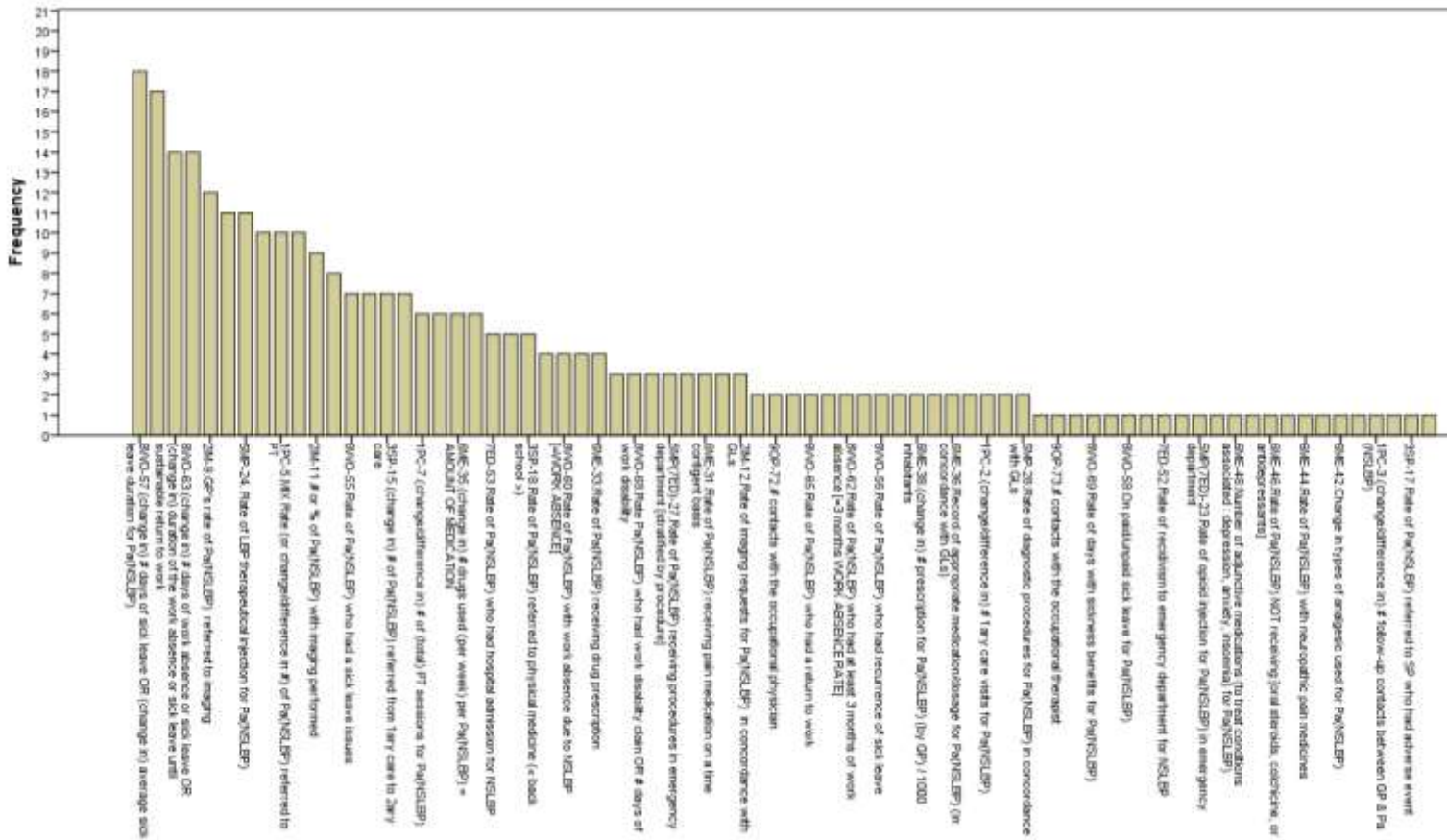
	N	Occurrence
1PC-1.(change/difference in) # of GP visits for Pa(NSLBP) / 100(0) inhabitants	89	14
1PC-2.(change/difference in) # 1ary care visits for Pa(NSLBP)	89	2
1PC-3.(change/difference in) # follow-up contacts between GP & Pa(NSLBP)	89	1
1PC-4.Rate of Pa(NSLBP) referred to Psy(CBT) OR Rate of GPs visits for NSLBP referred to Psy(CBT) / GP	89	3
1PC-5.Rate (or change/difference in #) of Pa(NSLBP) referred to PT	89	11
1PC-6.Rate of Pa(NSLBP) continuing PT usage	89	1
1PC-7.(change/difference in) # of (total) PT sessions for Pa(NSLBP)	89	6
1PC-8.# of PT sessions per Pa(NSLBP)	89	8
2IM-9.GP's rate of Pa(NSLBP) referred to imaging	89	12
2IM-10.# imaging request [ /1000 Pa(NSLBP)] per...	89	7
2IM-11.# or % of Pa(NSLBP) with imaging performed	89	9
2IM-12.Rate of imaging requests for Pa(NSLBP) in concordance with GLs	89	3
2IM-13.Rate of Pa(NSLBP) with repeated imagery	89	1
2IM-14.Imagery prescription period between inclusion of the Pa(NSLBP) and the prescription	89	2
3SP-15.(change in) # of Pa(NSLBP) referred from 1ary care to 2ary care	89	7
3SP-16.(change in) # or rate of Pa(NSLBP) referred to SP	89	17
3SP-17.Rate of Pa(NSLBP) referred to SP who had adverse event	89	1
3SP-18.Rate of Pa(NSLBP) referred to physical medicine (« back school »)	89	5
6ME-29.# or rate of drug prescription for Pa(NSLBP)	89	10
6ME-30.# Prescription of paracetamol vs NSAIDs [ per Pa(NSLBP)]	89	3
6ME-31.Rate of Pa(NSLBP) receiving pain medication on a time contingent basis	89	3
6ME-32.Rate of Pa(NSLBP) receiving systemic corticoïds (without NSAIDs)	89	1
6ME-33.Rate of Pa(NSLBP) receiving drug prescription	89	4
6ME-34.Rate of Pa(NSLBP) receiving opioïd	89	2
6ME-36.Record of appropriate medication/dosage for Pa(NSLBP) (in concordance with GLs)	89	2
6ME-37.Prescription of over-the-counter medicine for Pa(NSLBP)	89	2
6ME-38.(change in) # prescription for Pa(NSLBP) (by GP) / 1000 inhabitants	89	2
6ME-39.Rate of Pa(NSLBP) taking medication	89	1
6ME-40.Prescription of paracetamol or NSAIDs for Pa(NSLBP)	89	6
6ME-41.Rate of Pa(NSLBP) receiving pain medication	89	5
6ME-42.Change in types of analgesic used for Pa(NSLBP)	89	1
6ME-43.Rate of Pa(NSLBP) receiving codeïne	89	1
6ME-44.Rate of Pa(NSLBP) with neuropathic pain medicines	89	1

6ME-45.Rate of a(NSLBP) receiving at least 1 drug prescription	89	1
6ME-46.Rate of Pa(NSLBP) NOT receiving [oral steroids, colchicine, or antidepressants]	89	1
6ME-47.Rate of Pa(NSLBP) in reduction use of medication	89	1
6ME-48.Number of adjunctive medications (to treat conditions associated : depression, anxiety, insomnia) for Pa(NSLBP)	89	1
6ME-35.(change in) # drugs used (per week) per Pa(NSLBP) = AMOUNT OF MEDICATION	89	6
6ME-49.(change in) # days with medication per week per Pa(NSLBP) [=MEDICATION USE]	89	1
5MP(7ED)-23.Rate of opioid injection for Pa(NSLBP) in emergency department	89	1
5MP-24. Rate of LBP therapeutical injection for Pa(NSLBP)	89	11
5MP-25.(change in) # medical procedures / Pa(NSLBP)	89	4
5MP-26. (change in) # of treatment codes for Pa(NSLBP)	89	1
5MP-28.Rate of diagnostic procedures for Pa(NSLBP) in concordance with GLs	89	2
7ED-50.(change in) # of emergency visits / emergency department admission for Pa(NSLBP)	89	7
5MP(7ED)-27.Rate of Pa(NSLBP) receiving procedures in emergency department [stratified by procedure]	89	3
7ED-51.(change in) # of significant findings in referral of imaging for Pa(NSLBP) in emergency department	89	2
7ED-52.Rate of recidivism to emergency department for NSLBP	89	1
7ED-53.Rate of Pa(NSLBP) who had hospital admission for NSLBP	89	5
7ED-54.(change in) # of days of hospitalization for NSLBP	89	1
8WO-55.Rate of Pa(NSLBP) who had a sick leave issues	89	7
8WO-56.Rate of Pa(NSLBP) who had recurrence of sick leave	89	2
8WO-57.(change in) # days of sick leave OR (change in) average sick leave duration for Pa(NSLBP)	89	18
8WO-58.On paid/unpaid sick leave for Pa(NSLBP)	89	1
8WO-59.Rate of Pa(NSLBP) at work full-time or part-time [=WORK PRESENCE]	89	3
8WO-60.Rate of Pa(NSLBP) with work absence due to NSLBP [=WORK ABSENCE]	89	4
8WO-61.(change in) # days of work absence OR (change in) duration of the work absence	89	2
8WO-62.Rate of Pa(NSLBP) who had at least 3 months of work absence [=3 months WORK ABSENCE RATE]	89	2
8WO-63.(change in) # days of work absence or sick leave OR (change in) duration of the work absence or sick leave until sustainable return to work	89	14
8WO-64.Rate of Pa(NSLBP) who had sustainable return to work	89	2
8WO-65.Rate of Pa(NSLBP) who had a return to work	89	2
8WO-66.Rate of Pa(NSLBP) who had return to modified work or work place intervention	89	4
8WO-67.Rate of Pa(NSLBP) who had modified work status	89	6

8WO-68.Rate Pa(NSLBP) who had work disability claim OR # days of work disability	89	3
8WO-69.Rate of days with sickness benefits for Pa(NSLBP)	89	1
8WO-70.(change in) # days of sickness benefits for Pa(NSLBP) [=DURATION OF THE SICKNESS BENEFIT]	89	1
9OP-71.Rate of Pa(NSLBP) referred to the occupational physician	89	2
9OP-72.# contacts with the occupational physician	89	2
9OP-73.# contacts with the occupational therapist	89	1
4SU-19.Rate of spine surgery/100.000 adults	89	1
4SU-20.(change in) # of spine procedures	89	10
4SU-21.Change in # or rate of Pa(NSLBP) referred to spine surgery	89	2
4SU-22.Rate of spine surgery adverse events for Pa(NSLBP)	89	3
N valide (listwise)	89	

# ANNEXE 5

## Liste des 73 indicateurs extraits de la littérature avec leur classement



## ANNEXE 6

### Codes ICD-9 et ICD-10 de la lombalgie / radiculalgie

#### Codes ICD-10 de la lombalgie /radiculalgie

Code ICD-9	Description
724.2	Douleur lombaire décrite comme "simple" lumbago
724.5	Douleur vertébrale non autrement précisée ou rachialgie
722.x	Pathologies des disques intervertébraux (hernies discales)

Ref:

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/manuel\\_2013\\_f\\_final20130215\\_2.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_2013_f_final20130215_2.pdf)

#### Codes ICD-10 de la lombalgie /radiculalgie

Code ICD-10	Description
<b>M51.1</b>	Thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc disorders with radiculopathy
M51.15	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, thoracolumbar region
M51.16	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, lumbar region
M51.17	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, lumbosacral region
<b>M51.2</b>	Other thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc displacement
<b>M54.1</b>	<b>Radiculopathie</b>
M54.15	Radiculopathie, région thoraco-lombaire
M54.16	Radiculopathie, région lombaire
M54.17	Radiculopathie, région lombo-sacrée
<b>M54.3</b>	<b>Sciatique</b>
M54.31	Sciatique droite
M54.32	Sciatique gauche
<b>M54.4</b>	<b>Lumbago avec sciatique</b>
M54.41	Lumbago avec sciatique droite

M54.42	Lumbago avec sciatique gauche
<b>M54.5</b>	<b>Lombalgie basse, Douleur lombaire, Lumbago</b>

Ref : (<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/M00-M99/M50-M54/>)

## Codes de nomenclature INAMI reportés dans les indicateurs

### Nomenclature des interventions invasives

Code INAMI	Description
	<i><u>Chirurgie de la colonne vertébrale :</u></i>
232794-232805	Laminectomie (Sténose lombaire - Queue de cheval)
281536-281540	Ostéosynthèse vertébrale
281551-281562 OU 281573-281584	Arthrodèse vertébrale
281610-281621	Vissage articulaire
281632-281643	Arthrodèse inter-articulaire postérieure
281654-281665	Arthrodèse par voie antérieure
281676-281680	Arthrodèse intercorporéale postérieure
281713-281724	Laminectomie
281735-281746	Laminectomie avec arthrodèse
300355-300366	Nucléotomie percutanée
281772-281783	Hernie discale
281794-281805	Hernie discale + arthrodèse
281875-281886	Résection ap épineuse
281934-281945	Spondylodiscite
281971-281982	Reconstruction corps vertébral
281993-282004	Ostéotomie vertébrale



282052-282063		Scoliose (traitement tige Harrington)
281595-281606		Résection partielle ou totale du greffon après arthrodèse vertébrale
281853-281864		Résection de l'arc postérieur avec arthrodèse
172012-172023		Ensemble des implants d'arthrodèse non mobile (cages) pour placement dans l'espace intervertébral thoraco-lombaire, par niveau
	<u>Chirurgie du nerf :</u>	
293834-293845		Neurolyse N sciatique
293856-293860		Neurolyse N crural
293871-293882		Neurolyse N fémoro-cutané
	<u>Infiltrations :</u>	
202790 – 202801		Infiltrations radiculaires (foraminales) après novembre 2016
208212-202823		Infiltrations radiculaires (foraminales) avant 2016
10400		Inter-épineuses (épidurales)
299972-299983		Injection intradiscale
202436-202440		Radiofréquence (Blocage diagn. ou trait. par radiofréquence articulations zygo-apophysaires)
202753-202764		Traitement chimique ou traitement par radiofréquence
202495-202506 (202554-202565) 202532-202543		Traitement percutané par radiofréquence
202716-202720		Tunnelisation sous-cutanée de cathéter épidural
354060		Cathéter épidural + pompe programmable

354303		Remplissage pompe programmable
232492-232503		Mise en place électrode stimulation médullaire
232411-232422		Ablation électrode
354384		Mise en place neurostimulateur
232433-232444		Programmation neurostimulateur

#### Nomenclature des radiologies

Code INAMI	Description
455416-455420 (2019) / 466410-466421 (2018)	Radiographie de la colonne dorsale, min. 3 clichés
455475-455486 (2019) / 466476 466480 (2018)	Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés
455593-455604 (2019) / 466594-466605 (2018)	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires

#### Nomenclature de l'imagerie médicale

Code INAMI	Description
455416-455420 (2019) / 466410-466421 (2018)	Radiographie de la colonne dorsale, minimum 3 clichés
455475-455486 (2019) / 466476 466480 (2018)	Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés
455593-455604 (2019) / 466594-466605 (2018)	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires
458835-458846	Tomographie commandée par ordinateur, d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum - pour un niveau

457870-457881	Tomographie commandée par ordinateur, d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum - pour deux ou plusieurs niveaux du rachis lombosacré
459351-459362	Tomographie commandée par ordinateur du bassin et/ou de la colonne vertébrale, du crâne ou du thorax, avec ou sans moyen de contraste, avec fusion d'images, lors d'un examen SPECT-CT, réalisé au moyen d'un appareil SPECT-CT
457936-457940	Examen d'IRM du rachis lombosacré, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique
457951-457962	Examen d'IRM du rachis entier ou combinaison de deux des examens d'IRM des rachis cervical, thoracique ou lombosacré, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique
459071-459082	Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale
460703	Honoraires de consultance payables par admission dans un ou plusieurs services aigus A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, NIC, Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur d'un hôpital général
460821	Honoraires de consultance du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460703 du présent article

## Codes ICD-9 et ICD-10 de la lombalgie / radiculalgie

### Codes ICD-10 de la lombalgie /radiculalgie

Code ICD-9	Description
724.2	Douleur lombaire décrite comme "simple" lumbago
724.5	Douleur vertébrale non autrement précisée ou rachialgie
722.x	Pathologies des disques intervertébraux (hernies discales)

Ref:

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/manuel\\_2013\\_f\\_final20130215\\_2.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_2013_f_final20130215_2.pdf)

### Codes ICD-10 de la lombalgie /radiculalgie

Code ICD-10	Description
<b>M51.1</b>	Thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc disorders with radiculopathy
M51.15	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, thoracolumbar region
M51.16	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, lumbar region
M51.17	Intervertebral disc disorders with radiculopathy, lumbosacral region
<b>M51.2</b>	Other thoracic, thoracolumbar and lumbosacral intervertebral disc displacement
<b>M54.1</b>	<b>Radiculopathie</b>
M54.15	Radiculopathie, région thoraco-lombaire
M54.16	Radiculopathie, région lombaire
M54.17	Radiculopathie, région lombo-sacrée
<b>M54.3</b>	<b>Sciatique</b>
M54.31	Sciatique droite
M54.32	Sciatique gauche
<b>M54.4</b>	<b>Lumbago avec sciatique</b>
M54.41	Lumbago avec sciatique droite
M54.42	Lumbago avec sciatique gauche
<b>M54.5</b>	<b>Lombalgie basse, Douleur lombaire, Lumbago</b>

Ref : (<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/M00-M99/M50-M54/>)

## ANNEXE 7

Construction des indicateurs non selectionnes d'implementation de la lombalgie à partir des bases de données medico-administratives à disposition dans le système de soins de santé en belgique en 2019

Lot 3 – implémentation en 1ere ligne de soins du guide de pratique clinique des douleurs lombaires et radiculaires (KCE 287B et KCE 295A)

## TABLE DES MATIERES D'ANNEXE 7

construction des indicateurs non selectionnes d'implementation de la lombalgie à partir des bases de données medico-administratives à disposition dans le système de soins de santé en belgique en 2019 .....	109
Construction des indicateurs.....	114
Prestations de soins de santé en 1ère ligne de soins.....	114
Nombre de visites chez le médecin généraliste pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants.....	114
Nombre de visite de 1 <sup>ère</sup> ligne pour un patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants... ..	115
Nombre de contacts entre le médecin généraliste et le patient ayant une lombalgie/radiculalgie dans les 12 semaines .....	116
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un psychologue pour 1000 habitants dans les 12 semaines .....	116
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés vers une thérapie cognitivo-comportementale pour 1000 habitants dans les 12 semaines .....	117
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui <b>continuent</b> la kinésithérapie pour 1000 habitants (a) après 5 semaines, (b) 12 semaines.....	118
Nombre de séances de kinésithérapie par patient ayant une lombalgie/radiculalgie (a) entre 6-12 semaines, (b) entre 12 semaines et 12 mois.....	118
Imagerie.....	119
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés en <b>radiologie</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	119
Proportion de <b>demande d'imagerie</b> pour les patients ayant une lombalgie/radiculalgie, <b>en concordance avec les recommandations nationales</b> concernant la prise en charge de la douleur lombaire/radiculaire. ....	120
Proportion de demande d' <b>électrophysiologie</b> pour les patients ayant une lombalgie/radiculalgie <b>en concordance avec les recommandations nationales</b> concernant la prise en charge de la douleur lombaire/radiculaire.....	121
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec <b>imagerie répétée</b> pour 1000 habitants dans les 12 mois .....	122
<b>Intervalle de temps</b> entre la première visite chez le médecin et le <b>renvoi vers l'imagerie</b> (pour les diagnostic de lombalgie/radiculalgie).....	122
Prestataires de soins de santé de 2 <sup>ème</sup> ligne.....	123
<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie renvoyés vers (1) la médecine physique, (2) un algologue, (3) un chirurgien orthopédique, (4) un neurochirurgien, (5) un rhumatologue, (6) un</b>	

<b>neurologue pour 1000 habitants</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	123
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie inclus dans des <b>programmes multidisciplinaires de réadaptation</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	123
Médicaments .....	124
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui obtiennent une ordonnance pour des médicaments pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	124
<b>Nombre de prescriptions de médicaments</b> délivrées par médecin généraliste pour une lombalgie / douleur radiculaire .....	124
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance / un conseil pour du <b>paracétamol</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	125
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d' <b>AINS</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	126
Taux de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance pour du <b>paracétamol</b> par rapport aux patients qui reçoivent une ordonnance pour un <b>AINS</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	127
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d' <b>antidépresseurs</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois ..	128
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d' <b>antiépileptiques</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois ..	129
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance de <b>myorelaxants</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois ..	130
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance de <b>corticoïdes systémiques</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	131
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d' <b>opioïdes</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	132
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie consommant <b>plusieurs médicaments</b> pour la prise en charge de la lombalgie/douleur radiculaire, pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois ( <b>pluri-médication</b> ).....	133
Nombre moyen d' <b>analgésiques</b> par patient ayant une lombalgie/radiculalgie (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	134
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant le <b>médicament/dosage approprié</b> en fonction des recommandations pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	135

Proportion de patients ayant une lombalgie/radiculalgie prenant <b>un/des médicament(s)</b> pour la gestion de la douleur lombaire/radiculaire (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	136
<b>Nombre moyen de jours de prise de médicaments</b> pour la douleur lombaire/radiculaire pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	137
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie chez qui <b>les médicaments pour la douleur lombaire/radiculaire pourraient être réduits</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	140
Interventions chirurgicales.....	141
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie et présentant des effets indésirables liés à une <b>chirurgie de la colonne vertébrale</b> pour 1000 habitants .....	141
Procédures médicales.....	142
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une <b>injection intramusculaire</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	142
<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une injection épidurale pour 1000 habitants</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	143
<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une injection facettaire pour 1000 habitants</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	143
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une <b>dénervation facettaire</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	144
Urgences .....	145
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant une <b>procédure/traitement dans un service d'urgence</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	145
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec un <b>diagnostic de drapeau rouge confirmé après une visite à un service d'urgence</b> pour 1000 habitants.....	146
Hospitalisations .....	147
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie <b>hospitalisés</b> pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	147
Nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	148
Arrêt maladie – Incapacités de travail .....	149
<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant un arrêt maladie pour 1000 habitants</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	149



Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec <b>arrêt maladie récurrent</b> pour 1000 habitants dans les 12 mois.....	150
<b>Nombre moyen de jours d'arrêt maladie par patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants</b> (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois.....	151
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie en <b>arrêt maladie à temps partiel</b> pour 1000 habitants dans les 12 mois.....	152
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec <b>plus de 15 jours</b> (pour les ouvriers) ou <b>plus de 30 jours</b> (pour les employés) d'arrêt maladie pour 1000 habitants sur 12 mois .....	152
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec <b>plus de 3 mois d'arrêt maladie</b> pour 1000 habitants sur 12 mois .....	153
Retour au travail.....	154
<b>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui travaillent au même pourcentage qu'avant l'apparition de la lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants, (a) 3 mois ou à (b) 6 mois.....</b>	154
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie dont le <b>retour au travail</b> était <b>durable</b> après l'arrêt maladie pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants sur 12 mois .....	155
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui sont revenus et ont eu <b>une modification du travail ou une modification de l'environnement de travail</b> pour 1000 habitants dans les 12 mois.....	155
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui travaillent à un <b>pourcentage réduit</b> par rapport à la période précédant l'incapacité de travail pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants, (a) 3 mois ou à (b) 6 mois.....	157
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie, qui étaient au travail avant l'incapacité de travail pour lombalgie/radiculalgie et qui ne travaillaient pas à (a) 3 mois ou à (b) 6 mois, pour 1000 habitants. ....	158
Médecin du travail / ergothérapeute .....	159
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un médecin du travail pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	159
Nombre moyen de contacts des médecins du travail avec les patients ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois ..	159
Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un ergothérapeute pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	159
Nombre moyen de contacts ergothérapeutes de patients ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois .....	160

## Construction des indicateurs

### Prestations de soins de santé en 1ère ligne de soins

	Nombre de visites chez le médecin généraliste pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants
Description	Nombre de visites chez un médecin généraliste à la suite de laquelle un diagnostic de L/R a été posé ou pour suivi de L/R (pour 1000 habitants)
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Somme des consultations en médecine générale (chez les médecins participant à INTEGO) au décours desquelles un diagnostic de L/R a été posé ou pour suivi de L/R
Justification	Mesure de la fréquence de consultation en médecine générale pour L/R
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO ou (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques du numérateur	A. Code INTEGO de visite chez le médecin généraliste relative au diagnostic/suivi de L/R (ICPC : L02, L03, L84, L86) B. Codes nomenclature INAMI de consultation en médecine générale chez les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) : - 101010, 101032, 101076 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste - 102410, 102432 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste stagiaire - 103110-103132 : visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de Flandre (A)
L/R : Lombalgie/radiculalgie	

Nombre de visite de 1<sup>ère</sup> ligne pour un patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants

Description	Somme des visites en 1 <sup>ère</sup> ligne de soins (médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychologues) pour un patient ayant eu un diagnostic de L/R (pour 1000 habitants), sur la durée du trajet de soins de 1 <sup>ère</sup> ligne (12 semaines)
Calcul du dénominateur	Effectif des patients diagnostiqués avec une L/R dans INTEGO (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Somme des consultations (de médecine générale, de kinésithérapie et de psychologie) des patients domicilié en Flandres et ayant une L/R (identifié par la stratégie A) entre le moment du diagnostic et la 12 <sup>ème</sup> semaine
Justification	Estimation des visites en 1 <sup>ère</sup> ligne de soins (hors actes techniques) dédiée à la L/R <i>Les recommandations actuelles limitent la prise en charge de 1<sup>ère</sup> ligne à 12 semaines pour la plupart des cas de L/R</i>
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques du numérateur	<i>Code nomenclature INAMI des prestations de 1<sup>ère</sup> ligne de soins</i> parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins généralistes <ul style="list-style-type: none"> <li>- 101010, 101032, 101076 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste</li> <li>- 102410, 102432 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste stagiaire</li> <li>- 103110-103132 : Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis</li> </ul> </li> <li>• Kinésithérapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- 560011 -560114 : Moins de/ou 18 séances de kinésithérapie</li> <li>- 560055 – 560151 : Plus de 18 séances de kiné</li> </ul> </li> <li>• Psychothérapie réalisée par un psychiatre (12) 109513, 109631, 109535, 109550, 109653, (12)109572</li> <li>• Psychologie ambulatoire : (code nomenclature en cours)</li> </ul>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de contacts entre le médecin généraliste et le patient ayant une lombalgie/radiculalgie dans les 12 semaines

Description	Nombre de contact moyen du patient ayant une L/R avec le médecin généraliste dans les 12 premières semaines de la L/R
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	Somme du nombre de visites en médecine générale des patients domiciliés en Flandres et ayant une L/R, identifiés par (A) Code diagnostic INTEGO OU par (B) la stratégie A, dans les 12 premières semaines du diagnostic de L/R
Justification	Estimation de l'intensité du recours au médecin généraliste des patients ayant une L/R, durant la durée de leur prise en charge en 1 <sup>ère</sup> ligne de soins
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO ou (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques du numérateur	A. Code INTEGO de visite chez le médecin généraliste relative au diagnostic/suivi de L/R (ICPC : L02, L03, L84, L86) B. Codes nomenclature INAMI de consultations en médecine générale: - 101010, 101032, 101076 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste - 102410, 102432 : consultation au cabinet d'un médecin généraliste stagiaire - 103110-103132 : Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis
Limites	A. Bonne inférence par rapport à la population de Flandres mais sous-estimation du nombre de contacts (seules les consultations/visites sont estimées)

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un psychologue pour 1000 habitants dans les 12 semaines

Description	Nombre de patients ayant une L/R référés à un psychologue (pour 1000 habitants) dans les 12 premières semaines de la L/R
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO ICPC : L02, L03, L84, L86), nombre de patients référés vers un psychologue (sans vérification des séances réellement effectuées) dans les 12 semaines de la L/R: <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients référés vers un psychologue ET ayant réellement effectué des séances de psychothérapie dans les 12 semaines de la L/R: <i>consommations de psychothérapie</i>
Justification	Estimation du nombre de référencement de patients ayant une L/R chez le psychologue avant la phase de chronicité, indiquant la détection et la présence de drapeaux jaunes ainsi qu'une prise en charge adéquate de ceux-ci en 1 <sup>ère</sup> ligne de soins
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]

Définitions techniques du numérateur	<p>A. Code INTEGO de référencement à un psychologue (si existant)</p> <p>B. <i>Code nomenclature INAMI pour psychologie ambulatoire</i> : code nomenclature de psychothérapie :</p> <p>790031 (1<sup>ère</sup> session de psychothérapie) - 790053 (problème d'anxiété) - 790075 (problème dépressif) - Attestation de Thérapie Cognitive Comportementale (TCC)</p>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	
	<p>Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés vers une thérapie cognitivo-comportementale pour 1000 habitants dans les 12 semaines</p>
Description	Nombre de patients ayant une L/R référés à une prise en charge cognitivo-comportementale (CBT) (pour 1000 habitants) dans les 12 premières semaines de la L/R
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO ICPC : L02, L03, L84, L86), nombre de patients référés vers un psychologue-CBT (sans vérification des séances réellement effectuées) dans les 12 semaines de la L/R : <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients référés à un psychologue ET ayant réellement effectué des séances de psychothérapie dans les 12 semaines de la L/R : <i>consommations de psychothérapie</i></p>
Justification	Estimation du nombre de référencement de patients ayant une L/R chez le psychologue avant la phase de chronicité, indiquant la détection et la présence de drapeaux jaunes ainsi qu'une prise en charge adéquate de ceux-ci en 1 <sup>ère</sup> ligne de soins
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques du numérateur	<p>A. Code INTEGO de référencement à un psychologue-CBT (si existant)</p> <p>B. Code nomenclature INAMI : Psychologie ambulatoire 790031 (1<sup>ère</sup> session de psychothérapie) - 790053 (problème d'anxiété) - 790075 (problème dépressif) - Attestation de Thérapie Cognitive Comportementale (TCC)</p>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	CBT= Prise en charge cognitivo-comportementale

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui **continuent** la kinésithérapie pour 1000 habitants (a) après 5 semaines, (b) 12 semaines

Description	Nombre de patients ayant une L/R qui ont commencé de la kinésithérapie et continuent à bénéficier de kinésithérapie (pour 1000 habitants), au-delà d'un délai (a) ou (b) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Nombre patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) qui ont des séances de kinésithérapie effectuées et (a) qui ont débuté avant la 5 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic et qui se poursuivent au-delà de la 5 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic (b) qui ont débuté avant la 12 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic et qui se poursuivent au-delà de la 12 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic
Justification	Mesure de la poursuite de la consommation en kinésithérapie des patients lombalgiques dans un délai de 5 semaines ou de 12 semaines après le diagnostic
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<i>Code nomenclature INAMI de kinésithérapie</i> - 560011 - 560114 : Moins de/ou 18 séances de kiné - 560055 – 560151 : Plus de 18 séances de kiné
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de séances de kinésithérapie par patient ayant une lombalgie/radiculalgie (a) entre 6-12 semaines, (b) entre 12 semaines et 12 mois

Description	Nombre de séance de kinésithérapie par patient ayant une L/R selon un délai (a) ou (b) suivant la date du diagnostic
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	Somme des séances de kinésithérapie effectuées par tous patient ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) (a) entre la 6 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic et la 12 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic (b) entre la 12 <sup>ème</sup> semaine du diagnostic et le 12 <sup>ème</sup> mois du diagnostic
Justification	Mesure de la consommation en kinésithérapie des patients ayant une L/R dans les délais selon les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<i>Code nomenclature INAMI de kinésithérapie</i> - 560011 - 560114 : Moins de/ou 18 séances de kiné - 560055 – 560151 : Plus de 18 séances de kiné
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Imagerie

*La prescription d'imagerie liée au diagnostic est envisagée dans les futures données de l'AIM (\*)*

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés en **radiologie** (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R et qui effectuent au moins un examen de radiologie selon un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) ayant effectué au moins un examen de radiologie dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Mesure de la consommation de radiologie des patients ayant une L/R selon un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic. Une baisse de la consommation en radiologie est espérée
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] ou [AIM] (*)
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code nomenclature INAMI des prestations de radiologie 455475-455486(2019) ou 466476-466480(2018):Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés 455593-455604 (2019 ou 466594-466605(2018):Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre <i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres(*)</i>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Proportion de **demande d'imagerie** pour les patients ayant une lombalgie/radiculalgie, **en concordance avec les recommandations nationales** concernant la prise en charge de la douleur lombaire/radiculaire.

Description	Proportion de demande d'imagerie parmi les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	A. Nombre de patients référés à une demande d'imagerie par le médecin généraliste (sans vérification si la prestation est réellement effectuée): <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Nombre de patients référés à une demande d'imagerie ET ayant effectué au moins une imagerie : <i>consommation d'imagerie</i>
Justification	Mesure de la prescription (par les médecins généralistes)/consommation en imageries des patients ayant une L/R, <b>en concordance avec les recommandations</b> . Une baisse de la consommation en imagerie est espérée
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO – (B) [AIMxINTEGO] ou [AIM] (*)
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription d'imagerie B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Codes nomenclature INAMI des prestations d'imageries (voir Tableaux 4 et 5)
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre (pour les demandes effectuées par les médecins généralistes) <i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres(*)</i> <b>La concordance avec les recommandations ne peut pas être vérifiée</b>

L/R : Lombalgie/radiculalgie



Proportion de demande d'**électrophysiologie** pour les patients ayant une lombalgie/radiculalgie **en concordance avec les recommandations nationales** concernant la prise en charge de la douleur lombaire/radiculaire.

Description	Proportion de demande d'électrophysiologie parmi les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	<p><i>A. Nombre de patients référés à une demande d'électrophysiologie par le médecin généraliste (sans vérification si la prestation est réellement effectuée): pratiques des médecins généralistes</i></p> <p><i>B. Nombre de patients référés à une demande d'électrophysiologie ET ayant effectué au moins une prestation d'électrophysiologie : consommation d'électrophysiologie</i></p> <p><i>La concordance avec les recommandations ne peut pas être vérifiée</i></p>
Justification	<p>Mesure de la prescription (par les médecins généralistes)/consommation en électrophysiologie des patients ayant une L/R, <b>en concordance avec les recommandations</b>.</p> <p>Une baisse de la consommation d'électrophysiologie est espérée</p>
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO – (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<p>(numérateurs)</p> <p>C. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET</p> <p>Code INTEGO de prescription d'électrophysiologie</p> <p>D. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET</p> <p>Codes nomenclature INAMI des prestations d'électrophysiologie (<i>Tableau 3</i>)</p> <p>202436-202440 : Radiofréquence (Blocage diagn. ou trait. par radiofréquence articulations zygo-apophysaires)</p> <p>202753-202764 : Traitement chimique ou traitement par radiofréquence</p> <p>202495-202506 (202554-202565) 202532-202543 : Traitement percutané par radiofréquence</p>
Limites	<p>Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre (pour les demandes effectuées par les médecins généralistes)</p> <p><i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres<sup>(*)</sup></i></p> <p><b><i>La concordance avec les recommandations ne peut pas être vérifiée</i></b></p>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec **imagerie répétée** pour 1000 habitants dans les 12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant plus d'une imagerie effectuée dans les 12 mois (pour 1000 habitants)
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant au moins 2 imageries effectuées dans les 12 mois suivant le diagnostic
Justification	Mesure de la consommation en imagerie des patients ayant une L/R dans l'année qui suit le diagnostic. Une baisse de la consommation en imagerie est espérée.
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] ou [AIM] (*)
Définitions techniques	Codes nomenclature INAMI des prestations d'imageries (voir Tableaux 4 et 5)
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre <i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres</i> (*)

L/R : Lombalgie/radiculalgie

**Intervalle de temps** entre la première visite chez le médecin et le **renvoi vers l'imagerie** (pour les diagnostic de lombalgie/radiculalgie)

Description	Délai moyen entre la date de la 1 <sup>ère</sup> visite chez le médecin (diagnostic de L/R) et la date de prescription de la 1 <sup>ère</sup> imagerie
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), sommer les délais (en semaines) écoulés entre la date d'identification du diagnostic de L/R (INTEGO) et A. la date de la prescription d'imagerie (INTEGO) OU B. la date de la 1 <sup>ère</sup> imagerie effectuée (AIM)
Justification	Estimation des délais de prescription d'imagerie <b>en concordance avec les recommandations</b> . Une augmentation des délais moyens de prescription d'imagerie est espérée
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] ou [AIM] (*)
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription d'imagerie B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Codes nomenclature INAMI de la date de la 1 <sup>ère</sup> prestation d'imagerie (voir Tableaux 4 et 5)
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre <i>Inférence aux assurés couverts par l'AMI dans la population domiciliée en Flandres</i> (*)

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Prestataires de soins de santé de 2<sup>ème</sup> ligne

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie renvoyés vers (1) la médecine physique, (2) un algologue, (3) un chirurgien orthopédique, (4) un neurochirurgien, (5) un rhumatologue, (6) un neurologue pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R renvoyés vers un spécialiste [stratifié selon la spécialité (1),(2),(3),(4),(5) ou (6)] pour 1000 habitants, dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant effectué au moins une consultation chez un médecin spécialiste [par spécialité (1),(2),(3),(4),(5) ou (6)], dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>recours à la médecine spécialisée (par spécialité)</i>
Justification	Recours à la médecine spécialisée (par spécialité) selon le délai
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Codes nomenclature INAMI des prestations de médecine spécialisée (1) 101275, 101290 : Consultation de médecine physique (2) 102815, 102830 : Consultation chez un médecin anesthésiste spécialisé en algologie (3) 102535 : Consultation chez un médecin spécialisé en (chirurgie) orthopédique (4) 101275-101290 : Consultation chez un chez un médecin spécialisé en neurochirurgie (5) 102152, 102653 : Consultation chez un médecin spécialisé en rhumatologie (6) 102174, 102675 : Consultation chez un chez un médecin spécialisé en neurologie

Limites Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie inclus dans des programmes multidisciplinaires de réadaptation (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R inclus dans des programmes multidisciplinaires de réadaptation dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant effectué au moins une séance d'un programme multidisciplinaire de réadaptation parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Justification	Mesure du recours en médecine physique et réadaptation selon le délai
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Codes nomenclature INAMI des prestations de médecine physique 558 994 : de médecine physique
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Médicaments

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui obtiennent une ordonnance pour des médicaments pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance et/ou ayant consommé un/des médicaments (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription de médicament(s) dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>recours au médicament(s)</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation de médicament(s) des patients ayant une L/R en concordance/discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET ≥ 1 Code INTEGO de prescription <b>de médicament</b> B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : ≥ 1 code ATC
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

### Nombre de prescriptions de médicaments délivrées par médecin généraliste pour une lombalgie / douleur radicaire

Description	Nombre de prescriptions de médicaments délivrées par médecin généraliste (par patient ayant une L/R)
Calcul du dénominateur	Effectif des médecins traitants soignant l'ensemble des patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic L/R dans INTEGO)
Calcul du numérateur	Nombre de prescriptions de médicaments délivrées à chaque patient ayant une L/R, après son diagnostic
Justification	Pratique des médecins généralistes (prescription de médicaments pour les patients ayant une L/R)
Sources des résultats	Bases de données : INTEGO
Définitions techniques	(numérateurs) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Nombre de prescriptions <b>de médicament</b>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance / un conseil pour du **paracétamol** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance/conseil et/ou ayant consommé du paracétamol (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription de paracétamol dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-paracétamol remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation de paracétamol remboursé pour les maladies chroniques (*) et non remboursé (**)</i> <i>NB : remboursement du paracétamol exclusivement sur accord du médecin conseil</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation de paracétamol des patients ayant une L/R en concordance/discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription <b>de paracétamol</b> B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : code ATC-paracétamol NO2BE01
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre <i>(*) Paracétamol remboursé sur accord du médecin conseil (maladies chroniques)</i> <i>(**) A partir de septembre 2019 : enregistrement d'analgésiques non remboursables pour les maladies chroniques</i>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d'**AINS** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance d' <b>AINS</b> (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription <b>d'AINS</b> dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-AINS remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'AINS</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation <b>d'AINS</b> des patients ayant une L/R en concordance/discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription <b>d'AINS</b> B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : <i>Code ATC général : M01A – Anti-inflammatory and antirheumatic products, non-steroids</i> <i>Code ATC par molécule :</i> Aceclofenac : M01AB16 Diclofenac : M01AB05 ou M01AB55 ( en combinaison) Ketorolac : M01AB15 Dexketoprofène : M01AE17 ; N02AJ14 (+ tramadol) Ibuprofène : M01AE01 ; M01AE51 (combinaison) ; N02AJ08 (+ codeine) Ketoprofène : M01AE03 ; M01AE53 (combinaison) Naproxène : M01AE02 ; M01AE52 (combinaison) ; M01AE56 (+ misoprostol) Indométacine : M01AB01 ; M01AB51 (combinaison) Meloxicam : M01AC06 ; M01AC56 (combinaison) Piroxicam : M01AC01 Tenoxicam : M01AC02 Celecoxib : M01AH01 Etoricoxib : M01AH05 Parécoxib : M01AH04 Nabumétone : M01AX01

**Limites** Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Taux de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance pour du **paracétamol** par rapport aux patients qui reçoivent une ordonnance pour un **AINS** (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Rapport entre le nombre de patients ayant une L/R qui reçoivent une ordonnance pour du paracétamol et le nombre de patients ayant une L/R qui reçoivent une ordonnance pour un AINS, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	<p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEG0), nombre de patients ayant eu au moins une prescription pour AINS dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-AINS remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'AINS</i></p>
Calcul du numérateur	<p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEG0), nombre de patients ayant eu au moins une prescription de paracétamol dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-paracétamol remboursé (et non remboursé) dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation de paracétamol remboursé (*) et non remboursé (**)</i></p>
Justification	Estimer l'usage comparatif du paracétamol et des AINS par rapport aux recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEG0 - (B) [AIMxINTEG0] ou [PHARMANETxINTEG0]
Définitions techniques	(numérateurs)
	<p>A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEG0 : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEG0 de prescription <b>de paracétamol et d'AINS</b></p> <p>B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEG0 : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : Code ATC du paracétamol : N02BE01 Code ATC général AINS : M01A</p>
Limites	<p>Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre</p> <p>(*) Paracétamol remboursé sur accord du médecin conseil (maladies chroniques)</p> <p>(**) A partir de septembre 2019 : enregistrement d'analgésiques non remboursables pour les maladies chroniques</p>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d'antidépresseurs pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription d'antidépresseurs dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-antidépresseurs remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'antidépresseurs</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation d'antidépresseurs des patients ayant une L/R en concordance/discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription d'antidépresseurs B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : <i>Code ATC général : N06A</i> <b>Antidépresseurs tricycliques</b> (Code ATC par molécule) Amitriptyline N06AA09 Clomipramine N06AA04 Dosulépine N06AA16 Imipramine N06AA02 Maprotiline N06AA21 Nortriptyline N06AA10 <b>IRSN (inhibiteur de la recapture à la sérotonine et la noradrénaline)</b> Code ATC par molécule : Duloxétine N06AX21 Venlafaxine N06AX16
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	



Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d'antiépileptiques pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance d'antiépileptiques (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription d'antiépileptiques dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-antiépileptiques remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'antiépileptiques</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation d'antiépileptiques des patients ayant une L/R en concordance/discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription d'antiépileptiques B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : <i>Code ATC général : N03A</i> Acide valproïque/ valproate N03AG01 Lamotrigine N03AX09 Levetiracétam N03AX14 Topiramate N03AX11 Perampanel N03AX22 Zonisamide N03AX15 Carbamazépine N03AF01 Oxcarbazépine N03AF02 Gabapentine N03AX12 Pregabaline N03AX16
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance de **myorelaxants** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance de myorelaxants (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription de myorelaxants dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-myorelaxants remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation de myorelaxants</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation de myorelaxants des patients ayant une L/R en discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription de myorelaxants B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : <i>Code ATC général : M03</i> Code ATC par molécule : Chlorzoxazone           Magistrale / M03BB03 Baclofène           M03BX01 Tizanidine           M03BX02 Tetrazepam           M03BX07 Dantrolène           M03CA01 Pregabaline           N03AX16
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance de corticoïdes systémiques pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance de corticoïdes systémiques (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription de corticoïdes systémiques dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC- corticoïdes systémiques remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation de corticoïdes systémiques</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation de corticoïdes systémiques des patients ayant une L/R en discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription de corticoïdes systémiques B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : Code ATC général : H02A + H02B
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui reçoivent une ordonnance d'opioïdes pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R ayant reçu une ordonnance d'opioïdes (pour 1000 habitants) dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients ayant eu une prescription d'opioïdes dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins un code ATC-opioïdes remboursé dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'opioïdes</i>
Justification	Mesure de la prescription et/ou consommation d'opioïdes des patients ayant une L/R en discordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateurs) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescription d'opioïdes B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : Code ATC général : N02A Buprenorphine N02AE01 Fentanyl N02AB03 Hydromorphone N02AA03 ; N02AA53 (+ naloxone) Méthadone N02AC52 Morphine N02AA01 ; N02AA51 (combinaison) Oxycodone N02AA05 ; N02AA55 (combinaison) Pethidine N02AB02 Pir tramide N02AC03 Tapentadol N02AX06 Tramadol N02AX02 ; N02AJ14 (+ dexketoprofène) ; N02AJ13 (+ paracétamol) ; N02AJ15 (+analgésique non opioïde) Tilidine/naloxone N02AX01 Codéine N02AJ08 (+ ibuprofène) ; N02AJ06 (+ paracétamol (caféine))

Limites Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie consommant **plusieurs médicaments** pour la prise en charge de la lombalgie/douleur radicaire, pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois (**pluri-médication**)

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R ayant consommant des médicaments de catégories différentes pour la L/R dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients consommant des médicaments de catégories différentes pour la L/R dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins deux code ATC de catégories différentes remboursés dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>pluri-médication pour L/R</i>
Justification	Mesure de la pluri-médication des patients ayant une L/R en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescriptions de médicaments de catégories ATC différentes B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : N02A (opioïde) ET/OU N02B (autres analgésiques) ET/OU M01A (AINS) ET/OU N03A (antiépileptique) ET/OU N06AA (antidépresseurs tricycliques) ET/OU M03BB03 (chlorzoxazone) ET/OU M03BX01 (Baclofène) ET/OU M03BX02 (Tizanidine) ET/OU M03BX07 (Tetrazepam) ET/OU M03CA01 (Dantrolène) ET/OU N06AX21 (duloxétine) ET/OU N06AX16 (venlafaxine) ET/OU H02A + H02B
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre moyen d'**analgésiques** par patient ayant une lombalgie/radiculalgie (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre moyen d'analgésiques consommé par patient ayant une L/R dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	<p>Somme des codes ATC de classes d'analgésiques différents (AINS - opioïdes – autres analgésiques) par patient ayant une L/R</p> <p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), somme des codes ATC de classes d'analgésiques différents (AINS - opioïdes – autres analgésiques) par patient, prescrits dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), somme des codes ATC de classes d'analgésiques différents (AINS - opioïdes – autres analgésiques) par patient, prescrits dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>consommation d'analgésiques pour L/R</i></p>
Justification	Mesure la consommation en analgésiques pour les patients ayant une L/R
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	<p>(numérateur)</p> <p>A. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code INTEGO de prescriptions de médicaments de catégories ATC d'analgésiques</p> <p>B. Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : Code ATC général : N02A (opioïde) ET/OU N02B (autres analgésiques) ET/OU M01A (AINS)</p>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant le **médicament/dosage approprié** en fonction des recommandations pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R recevant le(s) médicament(s)/dosage approprié selon les délais (a), (b) ou (c) des recommandations nationales
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO), nombre de patients recevant le médicament/dosage approprié selon les recommandations pour la L/R dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients recevant le médicament/dosage approprié selon les recommandations dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic: <i>adéquation de la médication</i>
Justification	Adéquation de la médication aux recommandations selon les délais (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	-
Limites	<i>La catégorie de médicament/ le dosage approprié ne sont pas estimables avec les bases de données médico-administratives à disposition</i>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Proportion de patients ayant une lombalgie/radiculalgie prenant **un/des médicament(s)** pour la gestion de la douleur lombaire/radiculaire (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Proportion de patients ayant une L/R prenant au moins un médicament pour la prise en charge de la douleur lombaire/radiculaire dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant au moins un des codes ATC remboursé parmi les catégories de médicaments suivants : opioïdes, AINS, autres analgésiques, corticoïdes systémiques, antidépresseurs, antiépileptiques, dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Une diminution du taux de patients ayant une L/R sous traitement médicamenteux est espérée
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET AIM ou PHARMANET : Code ATC général : N02A (opioïde) ET/OU N02B (autres analgésiques) ET/OU M01A (AINS) ET/OU N03A (antiépileptique) ET/OU N06AA (antidépresseurs tricycliques) ET/OU M03BB03 (chlorzoxazone) ET/OU M03BX01 (Baclofène) ET/OU M03BX02 (Tizanidine) ET/OU M03BX07 (Tetrazepam) ET/OU M03CA01 (Dantrolène) ET/OU N06AX21 (duloxétine) ET/OU N06AX16 (venlafaxine) ET/OU H02A + H02B
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie



**Nombre moyen de jours de prise de médicaments** pour la douleur lombaire/radiculaire pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre moyen de jours de prise de médicaments pour la douleur lombaire/radiculaire (pour 1000 habitants), dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<i>Le nombre de jour de prise de médicament est estimé à partir des DDD du conditionnement délivré</i> Pour les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), somme des DDD délivrées de médicaments parmi les classes de médicaments suivants : opioïdes, AINS, autres analgésiques, corticoïdes systémiques, antidépresseurs, antiépileptiques, dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic
Justification	La prescription et la consommation de médicaments devrait diminuer
Sources des résultats	Bases de données :[AIMxINTEGO] ou [PHARMANETxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET PHARMANET : DDD des médicaments de chaque classe repris dans les tableaux ci-dessous
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre (dénominateur) <i>Inférence limitée liée au conditionnement des médicaments en officine (numérateur)</i>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

**AINS**

Molécule	Code ATC	DDD
Aceclofenac	M01AB16	0,2g
Diclofenac	M01AB05	0,1g
Ketorolac	M01AB15	30mg
Dexketoprofène	M01AE17	75mg
Ibuprofene	M01AE01	1,2g
Ketoprofene	M01AE03	0,15g
Naproxène	M01AE02	0,5g
Indométacine	M01AB01	0,1g
Meloxicam	M01AC06	15mg
Piroxicam	M01AC01	20mg
Tenoxicam	M01AC02	20mg
Celecoxib	M01AH01	0,2g
Etoricoxib	M01AH05	60mg
Parécoxib	M01AH04	40mg
Nabumétone	M01AX01	1g

### Opioides

Molécule	Code ATC	DDD
Buprenorphine	N02AE01	1,2mg
Fentanyl	N02AB03	0,6mg et 1,2mg en transdermique
Méthadone	N02AC52	25mg
Morphine	N02AA01	0,1g en oral et 30mg pr le reste
Oxycodone	N02AA05	75mg en oral et 30mg en parentérale
Pethidine	N02AB02	0,4g
Piritramide	N02AC03	45mg
Tapentadol	N02AX06	0,4g
Tramadol	N02AX02	0,3g
Tilidine/naloxone	N02AX01	0,2g

### Antidépresseurs tricycliques

Molécule	Code ATC	DDD
Amitriptyline	N06AA09	75mg
Clomipramine	N06AA04	75mg en oral et 30mg en parentérale
Dosulépine	N06AA16	0,15g
Imipramine	N06AA02	0,1g
Maprotiline	N06AA21	0,1g
Nortriptyline	N06AA10	75mg en oral, 30mg en parentérale

### ISRS

Duloxétine	N06AX21	60mg
Venlafaxine	N06AX16	0,1g

### Antiépileptiques

Acide valproïque/ valproate	N03AG01	1,5g
Lamotrigine	N03AX09	0,3g
Levetiracétam	N03AX14	1,5g
Topiramate	N03AX11	0,3g

Perampanel	N03AX22	8mg
Zonisamide	N03AX15	0,2g
Carbamazépine	N03AF01	1g
Oxcarbazépine	N03AF02	1g
Gabapentine	N03AX12	1,8g
Pregabaline	N03AX16	0,3g
Phenobarbital	N03AA02	0,1g
Primidone	N03AA03	1,25g
Phenytoïne	N03AB02	0,3g
Tiagabine	N03AG06	30mg
Lacosamide	N03AX18	0,3g
Ethosuximide	N03AD01	1,25g
Felbamate	N03AX10	2,4g
Rufinamide	N03AF03	1,4g
Stiripentol	N03AX17	1g
Vigabatrine	N03AG04	2g

### Musculo-relaxants

Chlorzoxazone	Magistrale / M03BB03	
Baclofène	M03BX01	50mg O ; 0,55mg P
Tizanidine	M03BX02	12mg
Tetrazepam	M03BX07	
Dantrolène	M03CA01	0,1g

### Corticoïdes

Béthamétasone	H02AB01	1.5 mg en oral/parentérale  0.4 mg en dépôt (libération prolongée)
Dexamethasone	H02AB02	1.5 mg
Hydrocortisone	H02AB09	30mg en oral/parentérale
Méthylprednisolone	H02AB04	20mg en parentérale  7.5 mg en oral
	H02BX01 (combinaison)	/
Prednisone	Magistrale/H02AB07	10mg
Prednisolone	Magistrale/H02AB06	10mg en oral/parentérale
Triamcinolone	H02AB08	7.5mg en oral/parentérale

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie chez qui **les médicaments pour la douleur lombaire/radiculaire pourraient être réduits** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description                      Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R prenant des médicaments et pour lesquels les DDD et/ou le nombre de classe de médicaments pourraient être réduits, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic

Calcul du                              -

dénominateur                      -

Calcul du                              -

numérateur                        -

Justification                        -

Sources des résultats              -

Définitions                         -

techniques                         -

Limites                                -

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Interventions chirurgicales

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie et présentant des effets indésirables liés à une **chirurgie de la colonne vertébrale** pour 1000 habitants

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R présentant des effets indésirables liés à une chirurgie de la colonne vertébrale
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p>Nombre de patients ayant présenté au moins un effet indésirable dans le Spine-Tango-Registry :</p> <p>CD_TREAT=1 (lumbar surgery) ET          [(CD_COMPLIC_AFTER_TREAT TX_COMPLIC_AFTER_TREAT=Y) OU          ((PATIENT_ID DECEASED=Y) and          (PATIENT_ID DATE_OF_DEATH)=(date_of_surgery))]</p> <p>Parmi les patients ayant une L/R (identifiés avec la stratégie A)          ET ayant eu une chirurgie de la colonne vertébrale (Code INAMI Tableaux 3),</p>
Justification	Estimer l'impact des interventions chirurgicales de la colonne pour les patients ayant une L/R
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] x Spine-Tango-Registry
Définitions techniques	<p>(numérateur)</p> <p>Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86</p> <p>ET</p> <p><i>Codes de nomenclature INAMI de chirurgie de la colonne (Tableaux 3)</i></p> <p>232794-232805 : Laminectomie (Sténose lombaire - Queue de cheval)</p> <p>281536-281540 : Ostéosynthèse vertébrale</p> <p>281551-281562 OU 281573-281584 : Arthrodèse vertébrale</p> <p>281610-281621 : Arthrodèse inter-articulaire postérieure</p> <p>281676-281680 : Arthrodèse intercorporelle postérieure</p> <p>281713-281724 : Laminectomie</p> <p>281735-281746 : Laminectomie avec arthrodèse</p> <p>300355-300366 : Nucléotomie percutanée</p> <p>281772-281783 : Hernie discale</p> <p>281794-281805 : Hernie discale + arthrodèse</p> <p>281875-281886 : Résection ap épineuse</p> <p>281934-281945 : Spondylodiscite</p> <p>281971-281982 : Reconstruction corps vertébral</p> <p>281993-282004 : Ostéotomie vertébrale</p>
Limites	<p>Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre</p> <p><i>Voir Adverse Events répertoriés dans le Tango-Spine-Registry (décès actuellement répertorié)</i></p>

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Procédures médicales

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une **injection intramusculaire** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients ayant une L/R (pour 1000 habitants) ayant une injection intramusculaire, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) ET ayant eu au moins un code ATC remboursé parmi les codes ATC d'anti-inflammatoires injectables en intramusculaire dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer les injections intramusculaires pour les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO] et PHARMANET
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code nomenclature INAMI : <i>Code ATC par molécule</i> Anti-inflammatory and antirheumatic products, non-steroids (injectable IM): Diclofenac : M01AB05 Ketoprofene : M01AE03 Piroxicam : M01AC01 Tenoxicam : M01AC02
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

### Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une injection épidurale pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R ayant une injection épidurale, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) ET ayant eu au moins une injection épidurale dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer les injections épidurales pour les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code nomenclature INAMI 202790-202801 : Infiltrations radiculaires (foraminales) après novembre 2016 208212-202823 : Infiltrations radiculaires (foraminales) avant 2016 10400 : injection inter-épineuses (épidurales)
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

### Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une injection facettaire pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R ayant une injection facettaire, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) ET ayant eu au moins une injection facettaire dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer les injections facettaires pour les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code nomenclature INAMI 202790 – 202801 : Infiltrations radiculaires (foraminales) après novembre 2016 208212-202823 : Infiltrations radiculaires (foraminales) avant 2016
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie ayant une **dénervation facettaire** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R ayant une dénervation facettaire, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) ET ayant eu au moins une dénervation facettaire dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer les dénervations facettaires pour les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	(numérateur) Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO : L02, L03, L84, L86 ET Code nomenclature INAMI 293834-293845 : Neurolyse N sciatique 293856-293860 : Neurolyse N crural 293871-293882 : Neurolyse N fémoro-cutané
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre
L/R : Lombalgie/radiculalgie	



## Urgences

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant une **procédure/traitement dans un service d'urgence** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R ayant fait au moins une procédure/traitement lors d'une visite dans un service d'urgences (pour L/R) se rendant aux urgences, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant fait au moins une procédure/traitement lors d'une visite dans un service d'urgences pour L/R dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer le recours aux procédures/traitements dans les services d'urgences pour les patients ayant une L/R
Sources des résultats	Bases de données : RHM
Définitions techniques	Codes RHM pour identifier une procédure dans le cadre d'une visite dans les services d'urgences ( <u>avec hospitalisation</u> ) pour L/R : <pre>[ Fichier STAYHOSP (A2) :   (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET   (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET   (A2_HOSPTYPE_FAC = U) ] <b>ET</b> [ (Fichier URGADMIN (M6) :   M6_CODE_INFO_URG = T (<i>traitement dans le service d'urgence</i>) OU   M6_CODE_INFO_URG = F (<i>suivi éventuel après le service d'urgences – passage en ambulatoire</i>) ET code A ou B ] <b>SI</b> [ (Fichier STAYHOSP (A2) :   (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET   (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET   (A2_HOSPTYPE_FAC = U)) ET (Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= Codes ICD-10 de la L/R) ] </pre>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la région Bruxelloise et Wallonie à la condition d'avoir eu une hospitalisation suite au passage des urgences

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec un **diagnostic de drapeau rouge confirmé après une visite à un service d'urgence** pour 1000 habitants

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R, avec un diagnostic de drapeau rouge confirmé après une visite à un service d'urgences
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant un diagnostic de drapeau rouge de L/R confirmé lors d'une visite dans un service d'urgences
Justification	Estimer les patients ayant une L/R avec drapeaux rouges non détectés en 1 <sup>ère</sup> ligne
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Hospitalisations

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie **hospitalisés** pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R hospitalisés, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)
Calcul du numérateur	Nombre de patients ayant été hospitalisés pour L/R dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer le recours à l'hospitalisation pour les patients ayant une L/R
Sources des résultats	Bases de données : RHM
Définitions techniques	<p><b>C. Codes RHM pour identifier une hospitalisation pour L/R (avec passage par les urgences):</b></p> <p>[  (Fichier STAYHOSP (A2) :  (A2_CODE_AMIN= A) ou (A2_CODE_AMIN= B) ou (A2_CODE_AMIN= C) ET  (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = #UUUUUU#) ET  (A2_HOSPTYPE_FAC = U))  ET  (Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= Principal + codes ICD-10 de la L/R)  ]</p> <p><b>D. Codes RHM pour identifier une hospitalisation pour L/R (sans passage par les urgences):</b></p> <p>[  (Fichier STAYHOSP (A2) :  (A2_CODE_AMIN= D)  ET  (A2_CODE_DIAG_VERIF_ADMIN = Principal + codes ICD-10 de la L/R)  ET  (Fichier DIAGNOSE (M1) : CODE_DIAGNOSE= Codes ICD-10 de la L/R)  ]</p>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la région Bruxelloise et Wallonie

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Durée moyenne (en jours) de l'hospitalisation des patients ayant une L/R (pour 1000 habitants), dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients de la région de Bruxelles-capitale et de Wallonie (par 1000 habitants)
Calcul du numérateur	Somme des durées des séjours (en jours) de patients ayant été hospitalisés pour L/R dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Justification	Estimer la durée moyenne de l'hospitalisation (en jours) pour L/R
Sources des résultats	Bases de données : RHM
Définitions techniques	<p><b>A. Voir indicateur précédent pour l'identification des patients hospitalisés pour L/R dans le RHM (avec ou sans passage par les urgences)</b></p> <p><b>B. Estimation du délai par patient :</b>  Fichier STAYHOSP (A2) :  Date entrée du patient : A_YEAR_HOSP_IN ; A_MONTH_HOSP_IN ; A_DAY_HOSP_IN  Date sortie du patient : A_YEAR_HOSP_OUT ; A_MONTH_HOSP_OUT ; A_DAY_HOSP_OUT</p>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la région Bruxelloise et Wallonie

L/R : Lombalgie/radiculalgie

## Arrêt maladie – Incapacités de travail

**Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie recevant un arrêt maladie pour 1000 habitants** (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	<p>Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R recevant <u>au moins un jour d'ITT</u>, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic <b>PRESENTEISME</b> : nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R qui n'ont eu <u>aucune ITT</u> donnant droit à des indemnités, dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic</p>
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO)<sup>(*)</sup>, nombre de patients ayant au moins un jour d'ITT dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic[T0] : <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)<sup>(*)</sup> <b>ET</b> qui ont une profession (INTEGO), nombre de patients ayant eu au moins un jour d'ITT dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic[T0] : <i>recours aux prescriptions d'ITT</i></p> <p><b>PRESENTEISME:</b></p> <p>C. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO)<sup>(*)</sup>, nombre de patients n'ayant eu aucune ITT prescrite dans un délai (a), ou (b) ou (c) après le diagnostic[T0] : <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>D. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), <b>ET</b> qui ont une profession (INTEGO), nombre de patients ayant eu <b>0 jour d'ITT</b> dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic[T0]</p> <p><i>(*) La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i></p>
Justification	Estimer le nombre d'ITT chez les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A)(C) INTEGO - (B)(D) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<p>A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R<sup>(*)</sup> : Code ICPC = L02, L03, L84, L86</p> <p>nombre de patients ayant <math>\geq 1</math> ITT prescrite entre (a) [(T0) et (T0+6sem)], (b) [(T0+6sem) et (T0+12sem)], (c) [(T0+12sem) et (T0+12mois)]</p> <p>B. AIM (layout Population): sommer les patients<sup>(*)</sup> ayant des codes (PP4002-PP4003) <math>\geq 1</math> jour</p> <p><b>PRESENTEISME:</b></p> <p>C. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R<sup>(*)</sup> : Code ICPC = L02, L03, L84, L86</p> <p>nombre de patients n'ayant <u>aucune ITT</u> dans les délais (a), ou (b), ou (c)</p> <p>D. AIM (layout Population) : nombre de patients<sup>(*)</sup> ayant des codes (PP4002-PP4003) = 0 jour</p> <p><i>(*) La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i></p>
Limites	<p>A. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT, chez les patients qui ont un travail ou non</p> <p>B. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre, MAIS uniquement pour les ITT &gt;14 jours chez les ouvriers ou pour les ITT &gt;30 jours chez les employés</p> <p>C. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT</p>

- D. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre, MAIS uniquement pour les ITT >14 jours chez les ouvriers ou pour les ITT >30 jours chez les employés

L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec **arrêt maladie récurrent** pour 1000 habitants dans les 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R <u>recevant au moins une prescription d'ITT</u> , dans les 12 mois après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p>A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) (*), nombre de patients ayant <math>\geq 1</math> prescription d'ITT dans les 12 mois après le diagnostic[T0] : <i>pratiques des médecins généralistes</i></p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) (*), nombre de patients ayant <math>\geq 1</math> prescription d'ITT dans les 12 mois après le diagnostic[T0]: <i>recours aux prescriptions d'ITT récurrentes</i></p>
Justification	<p>(*) <i>La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i></p> <p>Estimer le nombre d'ITT récurrentes chez les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations</p>
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<p>A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R(*) : Code ICPC = L02, L03, L84, L86 sommer les patients ayant reçu <math>\geq 1</math> prescription d'ITT prescrite entre [(T0) et (T0+12mois)]</p> <p>B. AIM (layout Population) (*), sommer les patients ayant des codes (PP4002-PP4003) <math>\geq 1</math> jour relatifs à <u>des dates différentes</u> entre [(T0) et (T0+12mois)]</p> <p>(*) <i>La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i></p>
Limites	<p>A. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT.</p> <p>B. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre, MAIS uniquement pour les ITT &gt;14 jours chez les ouvriers ou pour les ITT &gt;30 jours chez les employés</p>

L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail

## Nombre moyen de jours d'arrêt maladie par patient ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	Durée moyenne des ITT prescrites (jours) pour les patients ayant une L/R (pour 1000 habitants), dans un délai (a), (b) ou (c) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par code diagnostic INTEGO) <sup>(*)</sup> , somme des jours d'ITT prescrites dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic[T0] : <i>pratiques des médecins généralistes</i> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) <sup>(*)</sup> , somme des jours d'ITT prescrites dans un délai (a),(b) ou (c) après le diagnostic[T0]: <i>durée moyenne des prescriptions d'ITT</i> <i>(*) La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i>
Justification	Estimer la durée des ITT chez les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO - (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R <sup>(*)</sup> : Code ICPC = L02, L03, L84, L86 <b>ET</b> pour chaque ITT prescrite prescrite entre (a) [(T0) et (T0+6sem)], (b) [(T0+6sem) et (T0+12sem)], (c) [(T0+12sem) et (T0+12mois)], sommer les jours entre [date début ITT – date fin ITT] B. AIM (layout Population) <sup>(*)</sup> : pour chaque patient ayant une L/R avec les codes (PP4002-PP4003) ≥ 1, sommer les jours d'ITT figurant aux codes (PP4002-PP4003) Pour chaque ITT encodée à une date différente : – pour les ouvriers actifs ou chômeurs (PP1003 = 01) : Ajouter 14 jours au nombre de jours figurant aux codes PP4002-PP4003 – pour les employés/ agents statutaires du service public /chômeurs (PP1003 = 02 ou 03) : Ajouter 30 jours au nombre de jours figurant aux codes PP4002-PP4003 <i>(*) La distinction entre le statut de travailleur ou non travailleur est possible (stratification avec la variable 'profession' dans INTEGO)</i>
Limites	A. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT. B. Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre, MAIS uniquement pour les ITT >14 jours chez les ouvriers ou pour les ITT >30 jours chez les employés

L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie en **arrêt maladie à temps partiel** pour 1000 habitants dans les 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R en arrêt maladie à temps partiel dans les 12 mois
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	-
Justification	Estimer le nombre de patient ayant une L/R et ayant eu un/des ITT à temps partiel dans les 12 mois, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec **plus de 15 jours** (pour les ouvriers) ou **plus de 30 jours** (pour les employés) d'arrêt maladie pour 1000 habitants sur 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R recevant plus de 2 semaines d'ITT (ouvriers) ou plus de 30 jours d'ITT (employés), dans les 12 mois après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu > 14 jours d'ITT (ouvriers) ayant eu > 30 jours d'ITT (employés) dans les 12 mois après le diagnostic[T0] : <i>recours aux prescriptions d'ITT donnant droit à une indemnité de l'AMI (pour les ouvriers, employés, fonctionnaires et chômeurs)</i>
Justification	Estimer le nombre d'ITT donnant le droit à une indemnité de l'AMI chez les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	AIM (layout Population) : sommer les patients ayant des codes (PP4002 et/ou PP4003) $\geq 1$ jour à des dates différentes comprise entre [(T0) et (T0+12mois)] et stratifier les résultats selon PP1003 = 01 : ouvriers actifs (y compris chômeurs et invalides) PP1003 = 02 : employés actifs (y compris chômeurs et invalides) PP1003 = 03 : agents statutaires du service public PP1003 = 04 : travailleurs indépendants actifs
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT

L/R : Lombalgie/radiculalgie ITT=Incapacité Temporaire de Travail



Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie avec **plus de 3 mois d'arrêt maladie** pour  
1000 habitants sur 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R recevant plus de 3 mois d'ITT dans l'année qui suit le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu au moins une ITT > 90 jours entre le diagnostic[T0] l'année qui suit le diagnostic[T0+12mois]
Justification	Estimer le nombre d'ITT de plus de 3 mois (donnant le droit à au moins 60 jours d'indemnités de l'AMI pour les employés et agents statutaires du service public et donnant le droit à au moins 45 jours d'indemnités de l'AMI chez les ouvriers) chez les patients ayant une L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	Bases de données : [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	Code AIM (layout Population) sommer les patients ayant des codes (PP4002-PP4003) ≥ 75 jours (si PP1003=01) pour les ouvriers (PP4002-PP4003) ≥ 60 jours (si PP1003=02 ou 03) pour les employés et agents statutaires du service public <b>Si ces codes apparaissent entre [T0+12mois]</b>
Limites	Bonne inférence par rapport à la population de la Flandre pour toutes les ITT

L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail

## Retour au travail

Pour tous les indicateurs liés au retour au travail, pas d'inférence possible pour les travailleurs indépendants

### Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui travaillent au même pourcentage qu'avant l'apparition de la lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants, (a) 3 mois ou à (b) 6 mois

Description	<p>Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R qui travaillent au même pourcentage qu'avant le diagnostic de L/R, dans un délai (a) ou (b) après le diagnostic</p> <p><b>Proxy:</b> <i>Nombre de patients avec emploi ayant une L/R et qui n'ont pas eu d'ITT (a) à 3 mois ou (b) à 6 mois après le diagnostic</i></p>
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p><b>Proxy:</b></p> <p>A. Pour chaque patient ayant un Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO et qui ont un travail, nombre de patients n'ayant pas <u>eu d'ITT prescrite (a) à 3 mois ou (b) à 6 mois</u> après le diagnostic[T0]</p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), ET qui ont un emploi, nombre de patients n'ayant PAS d'ITT (a) à 3 mois ou (b) à 6 mois après le diagnostic</p>
Justification	<p>Estimer le nombre de patients ayant une L/R et qui travaillent avec la même charge de travail selon les délais (a) ou (b), en concordance avec les recommandations</p> <p><b>Proxy:</b> Estimer le présentéisme (au travail) à 3 mois ou 6 mois après le diagnostic, en concordance avec les recommandations</p>
Sources des résultats	Bases de données : (A) INTEGO – (B) [AIMxINTEGO]
Définitions techniques	<p><b>Proxy:</b></p> <p>A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R : Code ICPC = L02, L03, L84, L86 , ET Statut=actif, nombre de patients <u>n'ayant pas d'ITT prescrite (a) à 3 mois[T0+3mois] ou (b) à 6 mois[T0+6mois]</u></p> <p>B. AIM (layout Population) : parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A) ET qui ont un emploi : [ouvriers: PP1003=01, employés: PP1003=02, agents statutaires du service public: PP1003=03], nombre de patients n'ayant aucun jour d'incapacité ni d'invalidité (PP4002=0 et PP4003=0) entre la date de début du diagnostic[T0] et (a)[T0+89jours] ou (b)[T0+179jours]</p>
Limites	<p>Bonne estimation du Proxy estimé par (A) et bonne inférence à la population de la Flandres</p> <p>Sous-estimation du Proxy estimé par (B), car ne tient compte QUE des ITT &gt; 14 jours (ouvriers-chômeurs) ou des ITT &gt; 30 jours (employés- agents statutaires du service public- chômeurs)</p>

L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie dont le **retour au travail** était **durable** après l'arrêt maladie pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants sur 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R avec une ITT prescrite et qui n'ont plus eu d'ITT prescrite 12 mois après leur retour au travail
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	A. Pour chaque patient ayant un Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO, nombre de patients ayant <u>eu UNE ITT prescrite mais qui n'ont plus d'ITT prescrite dans les 12 mois qui suivent l'unique ITT</u> B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu UNE ITT prescrite pour L/R <u>mais qui n'ont plus d'ITT dans les 12 mois qui suivent la 1<sup>ère</sup> ITT</u>
Justification	Estimer le nombre de RTW durable dans les 12 mois après une ITT pour L/R, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	
Définitions techniques	A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R : Code ICPC = L02, L03, L84, L86 , nombre de patients d'ayant <u>eu 1 ITT prescrite à une date [T<sub>1</sub>], sans plus aucune ITT prescrite et démarrant à [T<sub>1</sub>+1jour+12mois]</u> B. AIM (layout Population) : parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant les codes (PP4002=1 et PP4003=1) <u>date [T<sub>1</sub>] qui suit la date du diagnostic</u> <u>ET ayant les codes d'incapacité et d'invalidité (PP4002=0 et PP4003=0) à [T<sub>1</sub>+1jour+12mois]</u>
Limites	Bonne estimation par la méthode (A) et bonne inférence à la population de la Flandres Sous-estimation du Proxy estimé par la méthode (B), car ne tient compte QUE des ITT > 14 jours (ouvriers-chômeurs) ou des ITT > 30 jours (employés- agents statutaires du service public- chômeurs)
L/R : Lombalgie/radiculalgie	ITT=Incapacité Temporaire de Travail      RTW=Retour au Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui sont revenus et ont eu **une modification du travail ou une modification de l'environnement de travail** pour 1000 habitants dans les 12 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R qui sont retournés au travail dans les 12 mois, avec un travail modifié/une modification de l'environnement de travail
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	-
Justification	Estimer le nombre de RTW dans les 12 mois après une ITT pour L/R, avec modification du travail et/ou de l'environnement de travail, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-

## Limites

L/R : Lombalgie/radiculalgie

ITT=Incapacité Temporaire de Travail

RTW=Retour au Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie qui travaillent à un **pourcentage réduit** par rapport à la période précédant l'incapacité de travail pour lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants, (a) 3 mois ou à (b) 6 mois

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) ayant une L/R qui sont retournés au travail avec un temps réduit (temps partiel médical) selon les délais (a) ou (b)	
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)	
Calcul du numérateur	-	
Justification	-	
Sources des résultats	-	
Définitions techniques	-	
Limites	-	

L/R : Lombalgie/radiculalgie

ITT=Incapacité Temporaire de Travail

RTW=Retour au Travail

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie, qui étaient au travail avant l'incapacité de travail pour lombalgie/radiculalgie et qui ne travaillaient pas à (a) 3 mois ou à (b) 6 mois, pour 1000 habitants.

Description	Nombre de patients (pour 1000 habitants) avec un emploi, ayant une L/R avec une prescription d'ITT et qui ne travaillent pas, selon les délais (a) ou (b) après le diagnostic
Calcul du dénominateur	Effectif de l'échantillon des patients représentés dans INTEGO, rapportés à la population de Flandres (par 1000 habitants de Flandres)
Calcul du numérateur	<p>A. Pour chaque patient ayant un Code diagnostic ICPC de L/R dans INTEGO ET ayant un emploi, nombre de patients ayant eu UNE ITT prescrite pour L/R lors du diagnostic [T0] et qui ont toujours une ITT prescrite (a) à [T0+3mois] ou (b) à [T0+6mois] après le diagnostic</p> <p>B. Parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A), nombre de patients ayant eu UNE ITT prescrite pour L/R lors du diagnostic [T0] et qui ont toujours une ITT prescrite (a) à [T0+3mois] ou (b) à [T0+6mois] après le diagnostic</p>
Justification	Estimer le nombre d'ITT pour L/R dont les durées dépassent (a) à 3 mois ou (b) à 6 mois, en concordance avec les recommandations
Sources des résultats	
Définitions techniques	<p>A. INTEGO : Pour chaque patient ayant un diagnostic L/R: Code ICPC = L02, L03, L84, L86  <b>ET</b> Statut=actif <b>ET</b> profession≠0,          nombre de patients d'ayant <u>eu 1 ITT prescrite à [T0]</u>  <u><b>ET</b> ayant toujours une ITT à (a) [T0+3mois] ou (b) [T0+6mois]</u></p> <p>B. AIM (layout Population) : parmi les patients ayant une L/R (identifiés par la stratégie A)  <b>ET</b> qui ont un emploi : [ouvriers: PP1003=01, employés: PP1003=02, agents statutaires du service public: PP1003=03],</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (a) nombre de patients ayant les codes d'incapacité ou invalidité (PP4002 ≥ 60 jours ou PP4003 ≥ 60 jours) <b>SI</b> employés ou statutaires du service public (PP1003=02 ou PP1003=03)</li> <li>- (a) nombre de patients ayant les codes d'incapacité ou invalidité (PP4002 ≥ 75 jours ou PP4003 ≥ 75 jours) <b>SI</b> ouvriers (PP1003=01)</li> <li>- (b) nombre de patients ayant les codes d'incapacité ou invalidité (PP4002 ≥ 150 jours ou PP4003 ≥ 150 jours) <b>SI</b> employés ou statutaires du service public (PP1003=02 ou PP1003=03)</li> <li>- (a) nombre de patients ayant les codes d'incapacité ou invalidité (PP4002 ≥ 165 jours ou PP4003 ≥ 165 jours) <b>SI</b> ouvriers (PP1003=01)</li> </ul>
Limites	Bonne inférence à la population de la Flandres
L/R : Lombalgie/radiculalgie    ITT=Incapacité Temporaire de Travail	

## Médecin du travail / ergothérapeute

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un médecin du travail pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	-
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	-
Justification	-
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre moyen de contacts des médecins du travail avec les patients ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	-
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	-
Justification	-
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre de patients ayant une lombalgie/radiculalgie référés à un ergothérapeute pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	-
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	-
Justification	-
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie

Nombre moyen de contacts ergothérapeutes de patients ayant une lombalgie/radiculalgie pour 1000 habitants (a) dans les 6 semaines, (b) entre 6-12 semaines, (c) entre 12 semaines-12 mois

Description	-
Calcul du dénominateur	-
Calcul du numérateur	-
Justification	-
Sources des résultats	-
Définitions techniques	-
Limites	-

L/R : Lombalgie/radiculalgie



## ANNEX 8

### Indicators Delphi Low Back Pain

#### Primary Care

Number of GP (general practitioner) visits for low back pain per 1000 inhabitants

Number of GP (general practitioner) visits for radicular pain per 1000 inhabitants

Number of primary care visits for low back pain per 1000 inhabitants

Number of primary care visits for radicular pain per 1000 inhabitants

Number of follow-up contacts between GP and patients with low back pain within 12 weeks

Number of follow-up contacts between GP and patients with radicular pain within 12 weeks

Number of patients with low back pain referred to psychologist within 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to psychologist within 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to cognitive behavioural intervention per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to cognitive behavioural intervention within 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physiotherapist before 3 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physiotherapist 6 weeks per 1000 inhabitants within

Number of patients with low back pain referred to physiotherapist between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physiotherapist between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist before 3 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physiotherapist between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain who continue physiotherapy usage after 5 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain who continue physiotherapy usage after 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain who continue physiotherapy usage after 5 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain who continue physiotherapy usage after 12 weeks

Number of physiotherapy sessions per patient with low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of physiotherapy sessions per patient with low back pain between 12 weeks - 12 months

Number of physiotherapy sessions per patient with radicular pain between 6 - 12 weeks

Number of physiotherapy sessions per patient with radicular pain between 12 weeks - 12 months

Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP within 6 weeks

Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP between 6 - 12 weeks

Number of patients with low back pain referred to radiology by the GP between 12 weeks - 12 months

Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP within 6 weeks

Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain referred to radiology by the GP between 12 weeks - 12 months

Number of patients with low back pain referred to radiology within 6 weeks

Number of patients with low back pain referred to radiology between 6 - 12 weeks

Number of patients with low back pain referred to radiology between 12 weeks - 12 months

Number of patients with radicular pain referred to radiology within 6 weeks

Number of patients with radicular pain referred to radiology between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain referred to radiology between 12 weeks - 12 months

### **Imaging**

The proportion of imaging requests for patients with low back pain that are in concordance with the national low back pain pathway

The proportion of imaging requests for patients with radicular pain that are in concordance with the national radicular pain pathway

The proportion of electrophysiology requests for patients with low back pain that are in concordance with the national low back pain pathway

The proportion of electrophysiology requests for patients with radicular pain that are in concordance with the national radicular pain pathway

Number of patients with low back pain with repeated imaging per 1000 inhabitants within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with repeated imaging within 12 months per 1000 inhabitants

Time interval between first MD visit and referral for imaging for low back pain

Time interval between first MD visit and referral for imaging for radicular pain

### **Specialist Care**

Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred from primary to specialist care between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred from primary to specialist care between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physical medicine within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physical medicine between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to physical medicine between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physical medicine within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physical medicine between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to physical medicine between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to pain therapy within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to pain therapy between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to pain therapy between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to pain therapy within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to pain therapy between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to pain therapy between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to orthopaedic surgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to orthopaedic surgery between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to orthopaedic surgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to orthopaedic surgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to orthopaedic surgery between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to orthopaedic surgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurosurgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurosurgery between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurosurgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to neurosurgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to neurosurgery between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain referred to neurosurgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to rheumatology within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to rheumatology between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to rheumatology between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to rheumatology within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to rheumatology between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to rheumatology between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurology within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurology between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to neurology between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to neurology within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to neurology between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to neurology between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain included in multidisciplinary rehabilitation programs within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain included in multidisciplinary rehabilitation programs between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain included in multidisciplinary rehabilitation programs between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain included in multidisciplinary rehabilitation programs within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain included in multidisciplinary rehabilitation programs between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain included in multidisciplinary rehabilitation between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

### **Medication**

Number of patients with low back pain that get a drug prescription within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a drug prescription between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a drug prescription between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a drug prescription within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a drug prescription between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a drug prescription between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of drugs prescriptions issued per GP for patients with low back pain

Number of drugs prescriptions issued per GP for patients with radicular pain

Number of patients with low back pain that get a prescription/ advice for paracetamol within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription/ advice for paracetamol between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription/ advice for paracetamol between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription/ advice for paracetamol within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription/ advice for paracetamol between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription/ advice for paracetamol between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for NSAID within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for NSAID between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for NSAID between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for NSAID within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for NSAID between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for NSAID between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Rate of patients with low back pain that get a prescription for paracetamol over patients with low back pain that get a prescription for NSAID within 6 weeks

Rate of patients with low back pain that get a prescription for paracetamol over patients with low back pain that get a prescription for NSAID between 6 - 12 weeks

Rate of patients with low back pain that get a prescription for paracetamol over patients with low back pain that get a prescription for NSAID between 12 weeks - 12 months

Rate of patients with radicular pain that get a prescription for paracetamol over patients with radicular pain that get a prescription for NSAID within 6 weeks

Rate of patients with radicular pain that get a prescription for paracetamol over patients with radicular pain that get a prescription for NSAID between 6 - 12 weeks

Rate of patients with radicular pain that get a prescription for paracetamol over patients with radicular pain that get a prescription for NSAID between 12 weeks - 12 months

Number of patients with low back pain that get a prescription for antidepressants within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for antidepressants between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for antidepressants between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for antidepressants within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for antidepressants between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for antidepressants between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for anti-epileptic drugs within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for anti-epileptic drugs between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for anti-epileptic drugs between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for anti-epileptic drugs within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for anti-epileptic drugs between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for anti-epileptic drugs between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for muscle relaxants within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for muscle relaxants between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for muscle relaxants between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for muscle relaxants within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for muscle relaxants between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for muscle relaxants between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for systemic corticosteroids within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for systemic corticosteroids between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for systemic corticosteroids between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for systemic corticosteroids within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for systemic corticosteroids between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for systemic corticosteroids between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for opioids within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for opioids between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain that get a prescription for opioids between 12 weeks - 12 per 1000 inhabitants months

Number of patients with radicular pain that get a prescription for opioids within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for opioids between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain that get a prescription for opioids between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain on multiple drugs for management of low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain on multiple drugs for management of low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain on multiple drugs for management of low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on multiple drugs for management of radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on multiple drugs for management of radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on multiple drugs for management of radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of painkillers per patient with low back pain within 6 weeks

Average number of painkillers per patient with low back pain between 6 - 12 weeks

Average number of painkillers per patient with low back pain between 12 weeks - 12 months

Average number of painkillers per patient with radicular pain within 6 weeks

Average number of painkillers per patient with radicular pain between 6 - 12 weeks

Average number of painkillers per patient with radicular pain between 12 weeks - 12 months

Number of patients with low back pain on appropriate medication/dosage according to the national low back pain pathway within 6 weeks per 1000 inhabitants



Number of patients with low back pain on appropriate medication/dosage according to the national low back pain pathway between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain on appropriate medication/dosage according to the national low back pain pathway between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on appropriate medication/dosage according to the national radicular pain pathway within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on appropriate medication/dosage according to the national radicular pain pathway between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain on appropriate medication/dosage according to the national radicular pain pathway between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Rate of patients with low back pain taking drugs for management of low back pain within 6 weeks

Rate of patients with low back pain taking drugs for management of low back pain between 6 - 12 weeks

Rate of patients with low back pain taking drugs for management of low back pain between 12 weeks - 12 months

Rate of patients with radicular pain taking drugs for management of radicular pain within 6 weeks

Rate of patients with radicular pain taking drugs for management of radicular pain between 6 - 12 weeks

Rate of patients with radicular pain taking drugs for management of radicular pain between 12 weeks - 12 months

Average number of days on drugs for low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days on drugs for low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days on drugs for low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of days on drugs for radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days on drugs for radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days on drugs for radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain in whom drugs for low back pain could be reduced per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks

Number of patients with low back pain in whom drugs for low back pain could be reduced per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months

Number of patients with radicular pain in whom drugs for radicular pain could be reduced per 1000 inhabitants between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain in whom drugs for radicular pain could be reduced per 1000 inhabitants between 12 weeks - 12 months

### **Surgery**

Number of patients with low back pain undergoing spine surgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing spine surgery between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing spine surgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing spine surgery between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain with adverse events from spine surgery per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with adverse events from spine surgery per 1000 inhabitants

### **Medical procedures**

Number of patients with low back pain undergoing intramuscular injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing intramuscular injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing intramuscular injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing intramuscular injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing intramuscular injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing intramuscular injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing epidural injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing epidural injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing epidural injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing epidural injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing facet injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing facet injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing facet injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing facet injection within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing facet injection between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain undergoing facet injection between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain undergoing facet denervation within 6 weeks

Number of patients with low back pain undergoing facet denervation between 6 - 12 weeks

Number of patients with low back pain undergoing facet denervation between 12 weeks - 12 months

Number of patients with radicular pain undergoing facet denervation within 6 weeks

Number of patients with radicular pain undergoing facet denervation between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain undergoing facet denervation between 12 weeks - 12 months

### **Emergency Department**

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department more than once within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department more than once between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain visiting an Emergency Department more than once between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department more than once within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department more than once between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain visiting an Emergency Department more than once between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain receiving a procedure in an Emergency Department within 6 weeks

Number of patients with low back pain receiving a procedure in an Emergency Department between 6 - 12 weeks

Number of patients with low back pain receiving a procedure in an Emergency Department between 12 weeks - 12 months

Number of patients with radicular pain receiving a procedure in an Emergency Department within 6 weeks

Number of patients with radicular pain receiving a procedure in an Emergency Department between 6 - 12 weeks

Number of patients with radicular pain receiving a procedure in an Emergency Department between 12 weeks - 12 months

Number of patients with low back pain with a confirmed red flag diagnosis after visiting an Emergency Department per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with a confirmed red flag diagnosis after visiting an Emergency Department per 1000 inhabitants

### **Hospitalisation**

Number of patients with low back pain hospitalised within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain hospitalised between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain hospitalised between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain hospitalised within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain hospitalised between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain hospitalised between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of hospitalisation for radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

### **Sick Leave**

Number of patients with low back pain receiving sick leave within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain receiving sick leave between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain receiving sick leave between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain receiving sick leave within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain receiving sick leave between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain receiving sick leave between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain with recurrent sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with recurrent sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of days of sick leave for radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain with part-time sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with part-time sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain with more than 15 days (for workers) or 30 days (for employees) sick leave (this indicator reflects the minimal length of sick leave that can be captured administratively at present) within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with more than 15 days (for workers) or 30 days (for employees) sick leave (this indicator reflects the minimal length of sick leave that can be captured administratively at present) within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain with more than 3 months sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain with more than 3 months sick leave within 12 months per 1000 inhabitants

### **Return to Work / modified work**

Number of patients with low back pain that are working at the same percentage as before the onset of low back pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with low back pain that are working at the same percentage as before the onset of low back pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients with radicular pain that are working at the same percentage as before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with radicular pain that are working at the same percentage as before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients with low back pain that are working at a reduced percentage with respect to the period before the onset of low back pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with low back pain that are working at a reduced percentage with respect to the period before the onset of low back pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients with radicular pain that are working at a reduced percentage with respect to the period before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with radicular pain that are working at a reduced percentage with respect to the period before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients with low back pain that are not working and were at work before the onset of low back pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with low back pain that are not working and were at work before the onset of low back pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients with radicular pain that are not working and were at work before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants a) at 3 months

Number of patients with radicular pain that are not working and were at work before the onset of radicular pain per 1000 inhabitants b) at 6 months

Number of patients who had sustainable return to work after sick leave for low back pain within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients who had sustainable return to work after sick leave for radicular within 12 months pain per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain who returned to modified work or had workplace interventions within 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain who returned to modified work or had workplace interventions within 12 months per 1000 inhabitants

**Occupational physician / occupational therapist**

Number of patients with low back pain referred to occupational physician within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to occupational physician between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to occupational physician between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational physician within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational physician between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational physician between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational physician contacts of patients with radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to occupational therapist within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to occupational therapist between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with low back pain referred to occupational therapist between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational therapist within 6 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational therapist between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Number of patients with radicular pain referred to occupational therapist between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with low back pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with low back pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with low back pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with radicular pain within 6 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with radicular pain between 6 - 12 weeks per 1000 inhabitants

Average number of occupational therapist contacts of patients with radicular pain between 12 weeks - 12 months per 1000 inhabitants

### **General indicators**

Economic burden of low back pain

Economic burden of radicular pain

Satisfaction of professionals working with low back pain patients

Satisfaction of professionals working with radicular pain patients

Satisfaction of patients with low back pain

Satisfaction of patients with radicular pain

### **Additional indicators (proposed by experts in Delphi round 1)**

PREM of patients with low back pain

PREM of patients with radicular pain

PROM of patients with low back pain

PROM of patients with radicular pain

Information and education of patients with low back pain



Information and education of patients with radicular pain

Past history of patients with low back pain

Past history of patients with radicular pain

The use of risk stratification (tools) for a stratified management of pain for patients with low back pain

The use of risk stratification (tools) for a stratified management of pain for patients with radicular pain

The content of the physiotherapeutic approach of patients with low back pain

The content of the physiotherapeutic approach of patients with radicular pain

Satisfaction of patients with low back pain who follow multidisciplinary programs

Satisfaction of patients with radicular pain who follow multidisciplinary programs

Number of patients with low back pain who do not need drugs after following multidisciplinary programs

Number of patients with radicular pain who do not need drugs after following multidisciplinary programs

Rate of CT-scans versus MRI-scans for patients with low back pain

Rate of CT-scans versus MRI-scans for patients with radicular pain

Quality of life of patients with low back pain a) at 6 months

Quality of life of patients with low back pain b) at 12 months

Quality of life of patients with radicular pain a) at 6 months

Quality of life of patients with radicular pain b) at 12 months

## 14. Referenties

1. Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, Coeckelberghs E, Demoulin C, Pierre Duquenne (CHC Liège), Forget P, Fraselle V, Godderis L, Hans G, Hoste D, Kohn L, Mairiaux P, Munting E, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Pirott VD. Lombalgie et douleur radriculaire : éléments-clés d'un itinéraire de soins 2017 ) 295Bs. Cent Fédéral d'Expertise des Soins Santé. 2017;KCE Report(Synthèse. Health Services Research (HSR).).
2. PETER VAN WAMBEKE, ANJA DESOMER, LUC AILLIET, ANNE BERQUIN, CHRISTOPHE DEMOULIN, BART DEPREITERE, JOHAN DEWACHTER, MIEKE DOLPHENS, PATRICE FORGET, VIRGINIE FRASELLE, GUY HANS, DAVY HOSTE, GENEVIÈVE MAHIEU, JEF MICHIELSEN, HENRI NIELENS, THOMAS ORBAN, THIE PJ. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires - KCE Report 287Bs. Cent Fédéral d'Expertise des Soins Santé. 2017;Good Clini(KCE Reports 287Bs).
3. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Heal Care*. 2001;13(6):475-80.
4. J.B. Staal, E.J.M. Hendriks, M. Heijmans, H. Kiers, A.M. Lutgers-Boomsma, G. Rutten, M.W. van Tulder, J. den Boer RO, Custers JWH. KNGF-Richlijn Lage rugpijn. KNGF-Royal Dutch Soc Phys Ther. 2013;
5. Suman A, Dikkers MF, Schaafsma FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: A systematic review. *Implement Sci [Internet]*. 2016;11(1):1-11. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0482-7>
6. Suman A, Schaafsma FG, Elders PJM, Van Tulder MW, Anema JR. Cost-effectiveness of a multifaceted implementation strategy for the Dutch multidisciplinary guideline for nonspecific low back pain: Design of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health [Internet]*. 2015;15(1):1-8. Disponible sur: ???
7. Suman A, Schaafsma FG, Van De Ven PM, Slottje P, Buchbinder R, Van Tulder MW, et al. Effectiveness of a multifaceted implementation strategy compared to usual care on low back pain guideline adherence among general practitioners. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-9.
8. Foster NE, Hill JC, Doyle C, Young J. Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back). *Ann Fam Med*. 2014;12(2):102-11.
9. Foster NE, Mullis R, Young J, Doyle C, Lewis M, Whitehurst D, et al. IMPACT back study protocol. Implementation of subgrouping for targeted treatment systems for low back pain patients in primary care: A prospective population-based sequential comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:1-14.
10. Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, Coeckelberghs E, Demoulin C, Pierre Duquenne (CHC Liège), Forget P, Fraselle V, Godderis L, Hans G, Hoste D, Kohn L, Mairiaux P, Munting E, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Pirott VD. Low back pain and radicular pain: development of a clinical pathway - KCE Reports 295s. 2017.
11. IMA-AIM. IMA-AIM Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://aim-ima.be/Qui-sommes-nous-148>
12. Agence Intermutualiste A. Données soins de santé - layout v15. 2018.

13. Agence Intermutualiste A. Données population - layout v14. 2018.
14. Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. DÉLIBÉRATION N° 13/026 DU 19 FÉVRIER 2013, MODIFIÉE EN DERNIER LIEU LE 17 AVRIL 2018, RELATIVE À LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL CODÉES RELATIVES À LA SANTÉ, VIA LA PLATEFORME HEALTHDATA.BE, DANS LE CADRE DE LA CONSTITUTION, DE L'UTILISA [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/fr/search?q=intego>
15. World Organization of Family Doctors. International Classification of Primary Care. ICPC-2 [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/wicc.aspx>
16. SPF Santé Publique. Résumé Hospitalier Minimum (RHM) | SPF Santé Publique [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm>
17. SPF Santé Publique. Changements dans les directives RHM version décembre 2018 en comparaison avec la version de décembre 2017. 2018;1-4. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm/directives-rhm>
18. Aelvoet W, Terryn N, Blommaert A, Molenberghs G, Hens N, De Smet F, et al. Community-acquired pneumonia (CAP) hospitalizations and deaths: Is there a role for quality improvement through inter-hospital comparisons? *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(1):22-32.
19. Aelvoet W, Terryn N, Molenberghs G, De Backer G, Vrints C, Van Sprundel M. Do inter-hospital comparisons of in-hospital, acute myocardial infarction case-fatality rates serve the purpose of fostering quality improvement? An evaluative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010;10(1):334. Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/334>
20. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité(INAMI). Statistiques sur les médicaments délivrés en pharmacies publiques (Pharmanet) - INAMI [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/statistiques-medicaments-pharmacies-pharmanet.aspx>
21. Aghayev E, Sobottke R, Munting E, Pigott T. The international Spine Registry SPINE TANGO. 2015;
22. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83.
23. Abdel Shaheed C, McFarlane B, Maher CG, Williams KA, Bergin J, Matthews A, et al. Investigating the Primary Care Management of Low Back Pain: A Simulated Patient Study. *J Pain* [Internet]. 2016;17(1):27-35. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.09.010>
24. Van Hooff ML, Ter Avest W, Horsting PP, O'Dowd J, De Kleuver M, Van Lankveld W, et al. A short, intensive cognitive behavioral pain management program reduces health-care use in patients with chronic low back pain: Two-year follow-up results of a prospective cohort. *Eur Spine J*. 2012;21(7):1257-64.
25. Rutten GM, Degen S, Erik J, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J OR. Adherence to Clinica Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do Patients Benefit ? *Phys Ther*.

- 2010;90(8):1111-22.
26. Whitehurst DGT, Bryan S, Lewis M, Hill J, Hay EM. Exploring the cost-utility of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice within risk-defined subgroups. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(11):1796-802.
  27. Gore M, Sadosky A, Stacey BR, Tai KS, Leslie D. The burden of chronic low back pain: Clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. *Spine (Phila Pa 1976).* 2012;37(11).
  28. Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. the back skills training (BeST) trial. *Health Technol Assess (Rockv).* 2010;14(41):1-281.
  29. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RWJG, Guzman J van TM. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(6).
  30. Fried JG, Andrew AS, Ring NY, Pastel DA. Changes in primary care health care utilization after inclusion of epidemiologic data in lumbar spine MR imaging reports for uncomplicated low back pain. *Radiology.* 2018;287(2):563-9.
  31. Moi JHY, Phan U, De Gruchy A, Liew D, Yuen TI, Cunningham JE, et al. Is establishing a specialist back pain assessment and management service in primary care a safe and effective model? Twelve-month results from the Back pain Assessment Clinic (BAC) prospective cohort pilot study. *BMJ Open.* 2018;8(10).
  32. Hodder RK, Wolfenden L, Kamper SJ, Lee H, Williams A, O'Brien KM, et al. Developing implementation science to improve the translation of research to address low back pain: A critical review. *Best Pract Res Clin Rheumatol [Internet].* 2016;30(6):1050-73. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.002>
  33. Dzedzic KS, French S, Davis AM, Geelhoed E, Porcheret M. Implementation of musculoskeletal Models of Care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcomes for musculoskeletal health in high-income economies. *Best Pract Res Clin Rheumatol [Internet].* 2016;30(3):375-97. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2016.08.004>
  34. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord [Internet].* 2016;17(1). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-016-1110-z>
  35. Magel John, Hansen Pamela, Meier Withney, Cohee Kim, Thackeray Anne, Hiush Matthew FJM. Implementation of an Alternative Pathway for Patients Seeking Care for Low Back Pain: A Prospective Observational Cohort Study. *Phys Ther.* 2018;98(12):1000-9.
  36. Jenkins HJ, Hancock MJ, French SD, Maher CG, Engel RM, Magnussen JS. Effectiveness of interventions designed to reduce the use of imaging for low-back pain: A systematic review. *Cmaj.* 2015;187(6):401-8.
  37. French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(1).
  38. Cougot B, Petit A, Paget C, Roedlich C, Fleury-Bahi G, Fouquet M, et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-

- randomized controlled trial. *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 2015;10(1). Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/s12995-015-0082-5>
39. Tzortziou Brown V, Underwood M, Mohamed N, Westwood O, Morrissey D. Professional interventions for general practitioners on the management of musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5).
  40. Hirsch O, Strauch K, Held H, Redaelli M, Chenot JF, Leonhardt C, et al. Low back pain patient subgroups in primary care : Pain characteristics, psychosocial determinants, and health care utilization. *Clin J Pain*. 2014;30(12):1023-32.
  41. Jensen CE, Jensen MB, Riis A, Petersen KD. Systematic review of the cost-effectiveness of implementing guidelines on low back pain management in primary care: Is transferability to other countries possible? *BMJ Open*. 2016;6(6):1-9.
  42. McKenzie JE, O'Connor DA, Page MJ, Mortimer DS, French SD, Walker BF, et al. Improving the care for people with acute low-back pain by allied health professionals (the ALIGN trial): A cluster randomised trial protocol. *Implement Sci*. 2010;5(1):1-17.
  43. Jensen CE Igaar., Riis A, Pedersen KM ølle., Jensen MB ac., Petersen KD a. Study protocol of an economic evaluation of an extended implementation strategy for the treatment of low back pain in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*. 2014;9:140.
  44. Plénet A, Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Leclerc A. Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: The results of the 2002-2003 Décennale Santé survey. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010;53(4):224-38.
  45. Houweling T. Description of outcomes, patient experiences and related costs of care in low back pain patients undergoing chiropractic treatment in the UK [Internet]. Faculty of Science School of Pharmacy and Biomedical Sciences University of Portsmouth. 2013. Disponible sur: [https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD\\_manuscript\\_TH.pdf](https://researchportal.port.ac.uk/portal/files/5926287/PhD_manuscript_TH.pdf) (Accessed: 11 June 2019)
  46. Sorensen LP, Krog BR, Kongsted A, Bronfort G, Hartvigsen J. Development of disease-specific quality indicators for danish chiropractic patients with low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2011;34(4):204-10. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2011.04.005>
  47. Campillo C, Casamitjana M, Carrillo-Arias F, Royuela A, Kovacs FM, Abreira V. Post-implementation surveillance of a non-pharmacological health technology within a national health service. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014;30(2):153-64.
  48. Chaléat-Valayer E, Denis A, Abelin-Genevois K, Zelmar A, Siani-Trebern F, Touzet S, et al. Long-term effectiveness of an educational and physical intervention for preventing low-back pain recurrence: A randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Heal*. 2016;42(6):510-9.
  49. Magel J, Kim J, Thackeray A, Hawley C, Petersen S, Fritz JM. Associations between physical therapy continuity of care and health care utilization and costs in patients with low back pain: A retrospective cohort study. *Phys Ther*. 2018;98(12):990-9.
  50. Cifuentes M, Powell R, Webster B. Shorter time between opioid prescriptions associated with reduced work disability among acute low back pain opioid users. *J Occup Environ Med*. 2012;54(4):491-6.
  51. Wiederhold BK, Riva G. Original research. *Annu Rev CyberTherapy Telemed*. 2013;11(12):63.

52. Hanney WJ, Masaracchio M, Liu X, Kolber MJ. The influence of physical therapy guideline adherence on healthcare utilization and costs among patients with low back pain: A systematic review of the literature. PLoS One [Internet]. 2016;11(6):1-18. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0156799>
53. Machado GC, Richards B, Needs C, Buchbinder R, Harris IA, Howard K, et al. Implementation of an evidence-based model of care for low back pain in emergency departments: Protocol for the Sydney Health Partners Emergency Department (SHaPED) trial. BMJ Open. 2018;8(4).