



Het Onderbeenspreekuur in het Centraal Militair Hospitaal

Deel 2: Zes maanden follow-up
Een pilot naar de toepassing van patiëntgerapporteerde uitkomstmaten

door E. Ligthert MSc^a,
dr. P.H. Helmhout^b, dr. P. van der Wurff^c,
luitenant-kolonel-vliegerarts
E.G.J. Onnouw^d, luitenant-kolonel-arts
W.O. Zimmermann^e

Samenvatting

In de militaire gezondheidszorg (MGZ) wordt nog niet structureel geregistreerd wat het resultaat is van een behandeling en of de patiënten tevreden zijn. In de literatuur wordt gesproken over Patient Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient Reported Experience Measures (PREMs) als belangrijke instrumenten om zorgverbetering in gang te zetten. Er is in de periode 2016-2017 een pilotonderzoek gedaan op de polikliniek Onderbeenspreekuur van de afdeling chirurgie van het Centraal Militair Hospitaal (CMH) naar de toepassing van PROMs en PREMs. Tijdens deze pilotstudie is gekeken of de aan militairen geboden zorg heeft geleid tot het behoud van het eigen functioneren en de uitzendbaarheid. Uit het onderzoek komt naar voren dat de patiënten wel tevreden zijn over de zorg, maar dat slechts 34% na ruim een half jaar tweedelijnszorg weer volledig inzetbaar en uitzendbaar is op de eigen functie. De overigen zijn nog onder behandeling, beperkt inzetbaar of hebben de dienst verlaten. Patiënten klagen over de lange wachttijd tussen het moment van verwijzing en het spreekuur. Deze pilotstudie laat zien dat het registreren van PROMs en PREMs belangrijke aanvullende informatie kan verschaffen om de zorg voor patiënten te verbeteren.

Inleiding

In januari 2013 is een multidisciplinair 'Onderbeenspreekuur' bij de polikliniek chirurgie van het CMH gestart, met inbreng van een chirurg, sportarts en revalidatiearts. Hiermee is de tweedelijnszorg voor militairen met onderbeenspreekuur van één loket ondergebracht waardoor de zorg meer geüniformeerd en op elkaar afgestemd is. Bij de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO) leeft de wens effectiviteitsmetingen van zorg in te voeren. In de periode 2013 tot en met 2016 zijn 573 nieuwe patiënten gezien¹. Vanuit het Onderbeenspreekuur kunnen patiënten in principe worden doorverwezen in vier richtingen: operatieve therapie in het CMH, poliklinische sportgeneeskundige begeleiding bij Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF), een revalidatieprogramma bij het Militair Revalidatie Centrum (MRC), of terugverwijzing naar het eerstelijnszorgteam op de kazerne.

In deel 1 van dit onderzoek zijn de databases van het CMH, MRC en TGTF van patiënten vanuit het Onderbeenspreekuur beschreven. Geconstateerd werd dat van de instanties waar militairen met onderbeenspreekuur behandeld worden alleen bij de tweedelijnszorginstellingen TGTF en MRC gebruik wordt gemaakt van patiëntgerapporteerde uitkomstmaten

(Engels: Patient Reported Outcome Measures = PROMs)¹. PROMs worden onder andere gebruikt om de resultaten van een behandeling vanuit het perspectief van de patiënt in kaart te brengen². Deze subjectieve (zelfgerapporteerde) effectmaten kunnen een aanvulling zijn op objectieve methoden om veranderingen in belastbaarheid c.q. inzetbaarheid van het individu te meten.

Naast het behandelresultaat kan de patiënt ook gevraagd worden hoe tevreden hij is en hoe hij de geleverde zorg ervaren heeft, de zogenaamde Patient Reported Experience Measures (PREMs)³. Het kan immers voorkomen dat een patiënt zeer tevreden is over de zorg, maar dat diezelfde zorg niet heeft geleid tot herstel of militaire inzetbaarheid, of vice versa. In een ander artikel in dit tijdschrift wordt ingegaan op het nut en de noodzaak van PROMs en PREMs binnen de MGZ.

Dit artikel beschrijft een studie die is uitgevoerd tussen maart 2016 en februari 2017. Zes maanden nadat de patiënten de polikliniek Onderbeenspreekuur in het CMH bezochten, werden zij benaderd voor de follow-upmeting. Dit artikel beschrijft als eerste de resultaten van de zes maanden follow-up. Vervolgens wordt het gebruik van PROMs en PREMs in een tweedelijnszorgsetting geëvalueerd.

Methoden

Vanaf 14 maart 2016 werden alle patiënten op de polikliniek Onderbeenspreekuur van de afdeling chirurgie van het CMH tijdens het intakeconsult benaderd met de vraag of zij wilden participeren in een onderzoek naar de resultaten van de zorg. Geïnteresseerde patiënten kregen een informatiebrief en een toestemmingsformulier (informed consent). Het toestemmingsformulier met de contactgegevens werd bewaard op de polikliniek Onderbeenspreekuur en doorgegeven aan de hoofdonderzoeker (E. Ligthert). Deelnemers mochten aangeven hoe zij benaderd wilden worden: per e-mail of per telefoon.

Zes maanden na het eerste consult op de polikliniek werden de patiënten benaderd voor de evaluatie. De maximale uitlooptijd was vastgesteld op drie maanden, met andere woorden, er werden geen evaluaties later dan de negende maand gepland. De evaluatie werd uitgevoerd aan de hand van een standaardvragenlijst. Deze vragenlijst bestond uit acht gesloten vragen (zie bijlage 1). Verschillende aspecten rondom het zorgproces en de behandelresultaten kwamen hierin aan bod, zoals het doorlopen behandeltraject en mate van clusterbehoud en uitzendbaarheid. De vragenlijst bevatte het veelgebruikte PROM-item de Single Assessment Numerical Evaluation score (SANE)⁴.

^a Junior onderzoeker en gezondheidswetenschapper, afdeling Strategische Militaire Gezondheidszorg (SMG), staf DGO.

^b Senior onderzoeker en gezondheidswetenschapper, afdeling Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) Koninklijke Landmacht.

^c Fysiotherapeut, manueeltherapeut en senior onderzoeker Research & Development, Militair Revalidatie Centrum Aardenburg, Doorn.

^d Senior beleidsmedewerker, afdeling SMG, staf DGO.

^e Senior sportarts bij TGTF, tevens adjunct associate professor of military sports medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, USA.

Artikel ontvangen september 2017.

Evaluatie Onderbeenklachtenpoli CMH

Vragenlijst voor de zes maanden follow-up (telefonisch of per e-mail)

Behandeling

Bent u op dit moment onder behandeling?

1. Nee, ik ben uitbehandeld
2. Ja, ik ben onder behandeling in het CMH
3. Ja, ik ben onder behandeling bij TGTF
4. Ja, ik ben onder behandeling in het MRC

Zorgproces

Kunt u kort beschrijven hoe uw zorgproces is verlopen na het eerste consult op de onderbeenklachtenpoli?

Return to work

Werkt u nu op uw eigen functieniveau en bent u geschikt voor uitzending?

1. Ik ben terug op mijn oude functie en geschikt voor uitzending
2. Ik ben terug op mijn oude functie maar niet geschikt voor uitzending vanwege mijn onderbeenklachten
3. Ik ben weer aan het werk, maar in een lager functiecluster vanwege mijn onderbeenklachten
4. Ik ben nog niet in staat om aan het werk te gaan vanwege mijn onderbeenklachten
5. Anders, nl.

Single Assessment Numeric Evaluation

Op een schaal van 0 tot 100, hoe zou u op dit moment de belastbaarheid van uw onderbenen scoren (waarbij 100 staat voor compleet belastbaar)?

Numeric Rating Pain Scale

Kunt op een schaal van 0 tot 10 aangeven hoeveel pijn u nu (deze week / laatste training) bij belasting van de onderbenen heeft, waarbij 0 geen pijn is en 10 ondraaglijke pijn?

Het gaat hierbij om de volgende regio's:

Buitenkant onderbeen rechts (spier)	cijfer
Binnenkant onderbeen rechts (bot)	cijfer
Binnenkant onderbeen links (bot)	cijfer
Buitenkant onderbeen links (spier)	cijfer

Global Perceived Effect

In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten?

1. Volledig hersteld
2. Veel verbeterd
3. Enigszins verbeterd
4. Geen verandering
5. Enigszins verslechterd
6. Veel verslechterd
7. Slechter dan ooit

Patiënttevredenheid

Hoe tevreden bent u over de behandeling die u voor uw onderbeenklachten heeft ondergaan?

1. Absoluut tevreden
2. Zeer tevreden
3. Enigszins tevreden
4. Niet tevreden noch ontevreden
5. Enigszins ontevreden
6. Ernstig ontevreden
7. Absoluut ontevreden

Kunt u met een cijfer (van 1 tot 10) aangeven hoe tevreden u bent over de zorg die u bij de verschillende instanties rondom de Onderbeenklachtenpoli ontvangen heeft (indien van toepassing)?

1. Intakeconsult op de Onderbeenklachtenpoli op het CMH:	cijfer
2. Intake en behandeling bij CHM Chirurgie	cijfer
3. Intake en behandeling bij TGTF	cijfer
4. Intake en behandeling bij MRC	cijfer

Bijlage 1: De follow-upvragenlijst.

In de SANE wordt gevraagd een score te geven voor de belastbaarheid van een bepaald lichaamsdeel op een schaal van 0 (niet belastbaar) tot 100 (volledig pijnvrij belastbaar). Deze SANE-score is ontwikkeld in het Amerikaanse leger maar nog niet gevalideerd voor de Nederlandse taal. Een ander item van de vragenlijst was de tweedelige Global Perceived Effect (GPE), die zowel een PROM (mate van herstel) als een PREM (tevredenheid met behandeling) bevat⁵. Ook werd de patiënten gevraagd om de actuele pijn in hun benen bij fysieke belasting in een cijfer uit te drukken, conform het Onderbeenpijnprofiel⁶. Dit Onderbeenpijnprofiel was al tijdens het intakeconsult op het Onderbeenspreekuur bij iedere patiënt afgenomen tijdens een inspanningstest op de loopband. Bij de afname van de follow-upvragenlijst werd de patiënt wederom gevraagd om het ervaren pijnniveau tijdens de meest recente fysieke belasting/training te scoren. Als laatste was er voor de patiënten gelegenheid om hun ervaringen over de verkregen zorg en eventuele aanbevelingen te vermelden.

Voor de verwerking en analyse van de gegevens werd Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 23 gebruikt. De analyse betrof grotendeels beschrijvende statistiek. Voor toetsing is gebruik gemaakt van de gepaarde T-toets. Bij niet-normale verdelingen (getoetst met Shapiro-Wilk test) is gebruik gemaakt van de Wilcoxon signed rank test. Als significantieniveau is gekozen voor een α van 0,05.

Voor deze studie is een verklaring van niet-WMO-plichtig onderzoek afgegeven door de medisch-ethische toetsingscommissie (METC) Brabant, onder nummer NW-2016-22.

Resultaten

In totaal hebben 102 patiënten aangegeven dat zij bereid waren om deel te nemen aan de evaluatie. Uiteindelijk is van 79 (78%) van hen de gewenste informatie verkregen. 39 (49%) patiënten hebben de vragenlijst telefonisch ingevuld, de overige 40 patiënten (51%) per e-mail. De non-responders gaven geen reactie op e-mails en/of waren telefonisch niet bereikbaar. Zowel de baseline SANE-scores als de scores van het Onderbeenprofiel bij intake verschilden niet significant tussen de responders en non-responders (data niet gepresenteerd).

Karakteristieken studiepopulatie	n	%	Gemiddelde ± SD
Man	66	83,5	
Vrouw	13	16,5	
Leeftijd	79		27,4 ± 7,5
Behandeling			
Uitbehandeld	31	39,2	
Onder behandeling in het CMH	7	8,9	
Onder behandeling bij TGTF	31	39,2	
Onder behandeling in het MRC	3	3,8	
Behandeling anders	7	8,9	
Return to work			
Terug op oude functie en geschikt voor uitzending	26	33,8	
Terug op oude functie maar niet geschikt voor uitzending vanwege onderbeenklachten	16	20,8	
Weer aan het werk maar in een lager functiecluster vanwege de onderbeenklachten	2	2,6	
Niet in staat om te werken vanwege de onderbeenklachten	14	18,2	
Anders	19	24,7	
SANE-score bij intake	61		54,6* ± 18,4
SANE-score bij follow-up	78		66,6 ± 24,8
Pijnprofiel intake			
Pijn rechts buiten	72		4,1*± 3,5
Pijn rechts binnen	72		1,8 **± 2,8
Pijn links binnen	72		1,7 **± 2,7
Pijn links buiten	72		4,0*± 3,5
Pijnprofiel follow-up			
Pijn rechts buiten	71		2,4 ± 2,7
Pijn rechts binnen	72		2,4 ± 2,8
Pijn links binnen	72		2,2 ± 2,6
Pijn links buiten	71		2,1 ± 2,4
In welke mate bent u sinds het begin van uw behandeling hersteld van uw klachten?			
Volledig hersteld	9	11,5	
Veel verbeterd	31	39,7	
Enigszins verbeterd	25	32,1	
Geen verandering	8	10,3	
Enigszins verslechterd	3	3,8	
Veel verslechterd	1	1,3	
Slechter dan ooit	1	1,3	
Hoe tevreden bent u over de behandeling die u voor uw onderbeenklachten heeft ondergaan?			
Absoluut tevreden	20	25,3	
Zeer tevreden	30	38,0	
Enigszins tevreden	21	26,6	
Niet tevreden noch ontevreden	4	5,1	
Enigszins ontevreden	3	3,8	
Ernstig ontevreden			
Absoluut ontevreden	1	1,3	
Waarderingscijfer zorg CMH	78		8,1 ± 1,3
Cijfer CMH chirurgie	34		8,0 ± 1,2
Cijfer TGTF	67		8,1 ± 1,5
Cijfer MRC	20		8,1 ± 1,2

SD = Standaarddeviatie, SANE = Single Assessment Numeric Evaluation

* = Significant verschil tussen intake en follow-up (p-waarde <0.05)

** = Niet significant verschil tussen intake en follow-up (p-waarde >0.05)

Tabel 1: Overzicht van de belangrijkste bevindingen van de follow-up.

Tabel 1 toont een overzicht van de belangrijkste bevindingen van de follow-up. De onderzoekspopulatie bestond uit 66 mannen (84%) en 13 vrouwen (16%). De gemiddelde leeftijd was 27 jaar (standaarddeviatie [SD] 7,5). Ten tijde van de follow-up gaven 31 van de 79 patiënten aan dat zij uitbehandeld waren (39%), de overige 48 patiënten (61%) waren nog onder behandeling.

Met betrekking tot terugkeer naar het werk zijn de volgende antwoorden verzameld: 34% van de respondenten was ten tijde van de afname terug op de oude functie en geschikt voor uitzending, 21% was weliswaar terug op de oude functie, maar had nog steeds beperkingen door onderbeenklachten, 18% werkte niet vanwege onderbeenklachten en 24% gaf een ander antwoord (o.a. dienst verlaten, andere klachten die naast de onderbeenklachten functiebeperkingen gaven).

Het aantal uitbehandelde patiënten en het aantal patiënten dat terug was op het oude functieniveau (31) en uitzendinggeschikt (26) is niet gelijk. Dit gegeven wordt deels verklaard doordat een aantal uitbehandelde patiënten de dienst hebben verlaten en deels doordat voor een aantal patiënten de administratieve handelingen nog niet zijn afgerond, waardoor zij nog niet op uitzending mogen.

Gemiddeld steeg de belastbaarheid van de benen, uitgedrukt in een SANE-score, significant van 54,6 (SD 18,4) bij binnenkomst naar 66,6 (SD 24,8) bij follow-up. Een vergelijking van de Onderbeenpijnprofielcores laat zien dat met name de scores voor de voetheffers van de onderbenen (scores 1 en 4) significant waren gedaald, de pijnscores voor de mediale tibiarend (scores 2 en 3) niet.

Bij follow-up beoordeelden de patiënten hun eigen herstel als volgt: 12% gaf aan volledig hersteld te zijn, 40% veel verbeterd, 32% enigszins verbeterd en 10% gaf aan dat er geen verandering was opgetreden.

De tevredenheid over de polikliniek Onderbeenklachten is als volgt gescoord: 25% absoluut tevreden, 38% zeer tevreden, 27% enigszins tevreden, 5% neutraal oordeel en 5% ontevreden. De redenen die de laatste groep patiënten aangaven voor hun ontevredenheid waren: te lang

rondlopen met klachten en geen resultaat na de behandeling. Uitgedrukt in een cijfer van 1-10 beoordeelden de patiënten de verschillende zorginstanties, CMH chirurgie, TGTF en MRC Doorn, allen met een 8.

Bij de open vragen werden de volgende zaken het meest gemeld (in willekeurige volgorde):

1. De wachttijd voor een afspraak op het Onderbeenspreekuur in het CMH was te lang. Naarmate dit onderzoek vorderde werden de lange wachttijden niet meer genoemd.
2. Patiënten vonden dat zij te laat waren doorgestuurd naar de tweedelijnszorg.
3. Patiënten ervoeren onderbeenklachten als frustrerende blessures door de lange duur en restklachten. De meesten waren tijdens de follow-upmeting nog steeds niet uitbehandeld.

Discussie

Dit artikel beschrijft een zesmaandse follow-upstudie van patiënten die de polikliniek Onderbeenklachten van de afdeling chirurgie in het CMH bezochten tussen 14 maart 2016 en 13 februari 2017. Het betreft in de eerste plaats een evaluatie op middellange termijn van de effectiviteit van de behandeltrajecten rondom het Onderbeenklachtenspreekuur. Tevens is het een pilot naar de toepassing van PROMs en PREMs in de militaire gezondheidszorg.

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat van de onderzoeksgroep met onderbeenklachten slechts 34% na zes maanden tweedelijnszorg weer terug was op de oude functie en weer volledig uitzendinggeschikt. De respondenten waren weliswaar in grote meerderheid tevreden over de geboden zorg, maar de meerderheid was niet volledig hersteld en niet volledig inzetbaar. Dit bevestigt het beeld dat de uitkomsten van de geboden zorg bij onderbeenproblematiek zeer moeilijk te voorspellen zijn. Er blijft altijd een groep militairen die ondanks alle geboden zorg niet (volledig) herstelt. Het ligt in de lijn der verwachting dat een aantal patiënten zal moeten terugkeren naar een minder belastende functie. De looptijd van dit onderzoek was echter te kort om dit duidelijk aan te tonen. Duidelijk is wel dat in de (initiële) opleidingen meer aandacht besteed moet worden aan de preventie van onderbeenklachten.

Tijdens de follow-up bleken de meeste patiënten nog onder behandeling te zijn. Kennelijk zijn de behandeltrajecten voor deze patiëntengroep vaak langer dan zes maanden. Een deel van de patiënten gaf aan inmiddels teruggekeerd te zijn naar het eigen onderdeel maar zich nog in een opwerktraject te bevinden. De lange wachttijden die er met name in de eerste fase van dit onderzoek nog waren, kunnen ook een rol hebben gespeeld.

In deze studie is gevraagd naar de volgende PROMs: terugkeer naar werk, belastbaarheid van benen (SANE), pijnprofiel bij belasting en mate van herstel. De informatie die hier uitkomt is belangrijk om de militair en zijn commandant te kunnen informeren over de te verwachten herstelduur en het te verwachten herstellenniveau (belastbaarheid). Voor onderbeenklachten betekent dit dat de militair rekening moet houden met een lang hersteltraject.

Daarnaast zijn ook twee PREMs nagevraagd: tevredenheid over de behandeling en een rapportcijfer voor de zorginstelling. De informatie die hier uitkomt is belangrijk om de kwaliteit van de zorg en de ervaringen van de patiënt te verbeteren. Patiënten gaven aan dat zij lang hebben moeten wachten op doorverwijzing vanuit de eerste lijn naar het Onderbeenspreekuur. De richtlijn "Militair geneeskundig handelen bij onderbeenklachten" geeft inderdaad aan dat doorverwijzing naar de tweede lijn na drie tot zes maanden zorg in de eerste lijn dient plaats te vinden, terwijl patiënten gemiddeld aangaven pas na bijna twee jaar op het Onderbeenspreekuur te komen¹. Let wel: dit getal is gebaseerd op de vraag hoe lang men al last had van onderbeenklachten, deze periode is niet altijd gelijk aan de behandelduur in de eerste lijn en het moment van doorverwijzing naar het Onderbeenspreekuur. De ervaring is dat de vraag naar zorg op het Onderbeenspreekuur en hiermee dus ook de wachttijd nogal varieert gedurende het kalenderjaar. Zodra de wachttijd oploopt tot zes weken wordt tijdelijk extra spreekuurcapaciteit op de polikliniek gecreëerd. Het resultaat en de tevredenheid van de behandeling zijn twee verschillende dingen. Patiënten zullen bij het beoordelen van de tevredenheid niet altijd de gehele context meenemen⁷. Bij de interpretatie van PREMs moet altijd rekening

worden gehouden met de mate waarin patiënten in staat zijn een geldig oordeel te vormen⁸.

Deze studie kende een respons rate van 77,5%, wat in lijn is met andere studies in militaire settings waarbij personeel aan vragenlijsten wordt onderworpen^{9,10}. De patiënten in de follow-upgroep zijn een representatieve afspiegeling van de gehele patiëntenpopulatie in het CMH. Beide patiëntenpopulaties bestonden voornamelijk uit mannen, namelijk 89% van de totale groep en 84% van de follow-upgroep. Ook de gemiddelde leeftijd kwam overeen: 28,2 jaar (SD 6,7) in de totale groep en 27,4 jaar (SD 7,5) in de follow-upgroep. Alleen de pijnscores van met name de buitenkant lijken in de totale groep wat lager te liggen dan in de follow-uppopulatie: rechts 3,7 (SD 3,3) en links 3,6 (SD 3,3) in de totale groep versus rechts 4,1 (SD 3,5) en links 4,0 (SD 3,6) in de follow-upgroep.

Ook in andere landen wordt onderzoek gedaan naar de toepassing van PROMs in een militaire setting. In het Verenigd Koninkrijk is een studie uitgevoerd naar de toepassing van de SANE bij militairen met schouderklachten waaruit is gebleken dat de SANE een betrouwbare en simpel toepasbare uitkomstmaat is¹¹. Zeer recent is binnen de militaire gezondheidszorg van het Amerikaanse leger de Pain Assessment Screening Tool and Outcome Registry, kortweg PASTOR, ontwikkeld. Deze PROM is ontwikkeld vanuit de behoefte om te beschikken over een gestandaardiseerd instrument waarmee patiëntgerapporteerde uitkomsten rondom pijn verzameld kunnen worden¹². In het Britse leger wordt gebruik gemaakt van een inzetbaarheidscode met vijf gradaties, waarin de militair, zijn commandant en een arts elk kunnen aangeven of een militair volledig inzetbaar is (graad 1), tot het geen enkele werktak kunnen verrichten (graad 5)¹³.

Deze studie is een van de eerste binnen de militaire gezondheidszorg waarbij het merendeel van de vragenlijst bestond uit gevalideerde PROMs en meetschalen, met zowel kwantitatieve als kwalitatieve elementen en toegepast om de langetermijneffecten van de zorg rondom onderbeenklachten te evalueren. De follow-up van zes maanden bleek lang genoeg

voor patiënten om zich een oordeel te kunnen vormen over de behandeling maar tevens kort genoeg om uitval tijdens de studie beperkt te houden.

Een methodologische beperking is dat in het onderzoek niet een duidelijke baselinemeting heeft plaatsgevonden. De patiëntgegevens waren afkomstig uit de algemene anamnese en het Onderbeenpijnprofiel, waarin alleen van de SANE een duidelijke voor- en nameting beschikbaar was. Tevens betrof het onderzoek een op basis van respons geselecteerde populatie, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de totale patiëntengroep kan verstoren¹⁴, al gaf vergelijking op een aantal groepskenmerken geen duidelijke verschillen aan. Een andere beperking is de vergelijking van de scores van het Onderbeenpijnprofiel. Tijdens het intakeconsult zijn deze scores namelijk verkregen met een inspanningstest. Bij het afnemen van de vragenlijst moest de patiënt echter de laatste fysieke training in acht nemen bij het geven van een pijnscore. Deze laatste methode heeft als nadeel dat van de patiënt meer invoelingsvermogen gevraagd wordt¹⁵.

Conclusie

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat van de militairen met onderbeenklachten slechts 34% na zes maanden tweedelijnszorg weer terug op functie en uitzendgeschikt is. De patiënten zijn in grote meerderheid tevreden over de geboden zorg, ondanks onvolledig herstel en geen volledige inzetbaarheid. Het toepassen van PROMs en PREMs in de militaire gezondheidszorg leveren belangrijke informatie voor zorgverbetering op en kunnen ingezet worden bij structurele evaluatie van de zorg.

SUMMARY

FOCUS ON EXERCISE RELATED LEG PAIN IN THE CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Part 2: Six months follow-up

In the Dutch military health care system, treatment outcomes and patient satisfaction are not systematically recorded. The literature discusses Patient Reported Outcome Measures (PROMs) and Patient Reported Experience Measures (PREMs) as important data for health care improvement. In 2016 - 2017 a pilot study was conducted in the Central Military Hospital's (CMH) outpatient sports medicine specialty

clinic involving patients with exercise related leg pain. The main outcome measures included both PROMs and PREMs, specifically if the patients were able to return to their military specialty and were fit to deploy following specialty clinic treatment. This 6-month follow-up study demonstrated that patients are satisfied with the care, but only 34% are back at full duty in their military specialty and fit for deployment. The remainder are still under treatment, working with duty restrictions, or have left military service. Patients were dissatisfied with the long treatment delay between referral and consultation in the CMH. This pilot study shows that attention to key PROMs and PREMs can provide important information to improve patient care.

Literatuur:

1. Ligthert E.M., Helmhout P.H., Van der Wurff P., Zimmermann W.O.: Het Onderbeenspreekuur in het Centraal Militair Hospitaal. Deel 1: Analyse van patiënten, patiëntstromen en zorgontwikkelingen van 2013 tot en met 2016. *Nederl Mil Geneesk T* 2017, juli, pp 90-98.
2. Terwee C.B., Van der Wees P.J., Beurkens S.: Handreiking voor de selectie van PROs en PROMs. *NFU Expertisenetwerk Patient-Reported Outcomes*, 2015.
3. Hendriks M., Krol M., Zuizewind C.: PREM Eerstelijns en PREM chronische zorg. Cognitieve validatie van twee vragenlijsten over patiëntenervaringen met zorg in de eerste lijn. *NIVEL* 2016.
4. Williams G.N., Gangel T.J., Arciero R.A., Uhorchak J.M., Taylor D.C.: Comparison of the single assessment evaluation method and two shoulder rating scales. *Am J Sports Med* 1999; 27, 2: 214-221.
5. Hall A.M., Maher C.G., Latimer J., Ferreira M.L., Lam P.: A randomized controlled trial of tai chi for long-term low back pain (TAI CHI): Study rationale, design, and methods. *BMC musculoskelet Disord* 2009, 10, 55.
6. Zimmermann W.O., Harts C.C., Helmhout P.H.: De behandeling van MTSS en CICS in de militaire gezondheidszorg. *Nederl Mil Geneesk T*, 2014, mei, pp 72-82.
7. Weldring T., Smith S.M.S.: Patient-Reported Outcomes (PRO's) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Services Insight* 2013, 6, 61-68.
8. Elwyn G., Buetow, Hibbard J., Wensing M.: Respecting the subjective: quality measurement from the patient perspective. An unhappy patient suggests poor quality care, but Glyn Elwyn and colleagues point out that using measures of satisfaction to assess health providers is not without problems. *BMJ* 2007, 335, 1021-1022.
9. Belik S-L., Stein M.B., Asmundson G.J.G., Sareen J.: Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *Can J Psychiatry* 2009, 54,2,93-104.
10. Iversen A.C., Van Staden L., Hughes J.H., Browne T., Hull L., Hall J. et al.: The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry* 2009, 9, 68.
11. Middleton S., Guyver P., Boyd M., Brindsen M.: Patient reported outcome measures in military patients with shoulder instability. *J.R. Army Med Corps* 2013, 159, 271-273.
12. Cook K.F., Kallen M.A., Buckenmaier C., Flynn D.M., Hanling S.R., Collins T.S. et al.: Evaluation of the validity and response burden of patient self-report measures of the Pain Assessment Screening Tool and Outcomes Registry (PASTOR). *Military medicine* 2017, 182, 1851-1861.
13. Roberts A.J., Franklyn-Miller A.D., Etherington J.: A new functional outcome assessment tool for military musculoskeletal rehabilitation: a pilot validation study. *The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* 2011, 3, 527-532.
14. Khazaaal Y., Van Singer M., Chatton A., Achab S., Zullino., Rothen S., Khan R. et al.: Does self-selection affect samples' representativeness in online surveys? An investigation in online video game research. *J Med Internet Res* 2014, 16(7).
15. Gabbe B.J., Finch C.F., Bennell K.L., Wajswelner H.: How valid is a self reported 12 month sports injury history? *Br J Sports Med* 2003,37,545-547.