

Ketenzorg voor patiënten met een Lumbosacraal Radiculair Syndroom

**Samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten,
neurologen, orthopeden en radiologen in de regio Geldrop**

Auteurs:

Dr. M.A.H. Fleuren, TNO Preventie en Gezondheid

Dr. D. Wijkkel, St. Annaziekenhuis

Inhoudsopgave

- 1. Inleiding**
 - 1.1 Lumbosacraal radiculair syndroom
 - 1.2 Knelpunten
 - 1.3 Transmuraal LRS-protocol
 - 1.4 Doelstelling
 - 1.5 Vraagstellingen

- 2. Theoretische achtergrond implementatie**

- 3. Verspreidings-, adoptie- en implementatieactiviteiten**
 - 3.1 Activiteiten voorafgaande aan de start
 - 3.2 Activiteiten na de start

- 4. Onderzoek: proces- en effectevaluatie**
 - 4.1 Procesevaluatie
 - 4.2 Effectevaluatie
 - 4.2.1 Afname te snelle verwijzingen
 - 4.2.2 Afname doorlooptijd ziekenhuis
 - 4.3 Analyses

- 5. Resultaten procesevaluatie**
 - 5.1 Interviews huisartsen
 - 5.1.1 Respons huisartsen
 - 5.1.2 Kennisname en acceptatie van het protocol en de aanvullende materialen
 - 5.1.3 Gebruik van het protocol en de aanvullende materialen
 - 5.1.4 Beleid bij LRS en knelpunten
 - 5.1.5 Contact met fysiotherapeut
 - 5.1.6 Contact met neuroloog
 - 5.1.7 Contact met bedrijfsarts
 - 5.1.8 Verbeterpunten
 - 5.1.9 Samenvattende conclusies
 - 5.1.10 Activiteiten naar aanleiding van interviews huisartsen

 - 5.2 Interviews fysiotherapeuten

- 5.2.1 Werving fysiotherapeuten
- 5.2.2 Kennisname en acceptatie van het protocol en de aanvullende materialen
- 5.2.3 Gebruik van het protocol en de aanvullende materialen
- 5.2.4 Beleid bij LRS en knelpunten
- 5.2.5 Contact met huisarts
- 5.2.6 Verbeterpunten
- 5.2.7 Samenvattende conclusies
- 5.2.8 Activiteiten naar aanleiding van interviews fysiotherapeuten

6. Resultaten effectevaluatie

7. Conclusies en aanbevelingen

8. Literatuur

Bijlage 1

Bijlage 2

Bijlage 3

Bijlage 4

Voorwoord

Het project is uitgevoerd onder de vlag van de transmurale stichting THEMA, waarin huisartsen, specialisten en het St. Annaziekenhuis in Geldrop participeren. Het bureau van de stichting THEMA werkt daarbij nauw samen met het bureau van de afdeling kwaliteitsmanagement van het St. Annaziekenhuis.

De begeleiding van het implementatieproces, alsmede de procesevaluatie werden uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid in Leiden.

Bij de invoering van het protocol werd gebruik gemaakt van actie-onderzoek waarbij de onderzoeksactiviteiten en verbeteringen naar aanleiding van de resultaten ervan, elkaar afwisselen. In het rapport worden de activiteiten die ten behoeve van de invoering plaatsvonden in chronologische volgorde beschreven.

De lezers die voornamelijk geïnteresseerd zijn in de opzet van het project en de uitkomsten, kunnen dit vinden in de hoofdstukken 3, 5 en 6. De lezers die geïnteresseerd in de theoretische achtergrond van de implementatie en de opzet van het onderzoek, kunnen dit vinden in de hoofdstukken 2 en 4.

Deelnemers van de projectgroep zijn:

Dhr. K. Brakel, radioloog, St. Annaziekenhuis

Dhr. Th.J.M. Breuer, neuroloog, St. Annaziekenhuis

Mw. dr M.A.H. Fleuren, senior onderzoeker, TNO Preventie en Gezondheid

Dhr. H.J. Hoekstra, orthopedisch chirurg, St. Annaziekenhuis

Dhr. J.M.M. van den Hoogen, huisarts, huisartsenpraktijk Asten

Dhr. drs. O.R.W. de Jong, senior onderzoeker, TNO Preventie en Gezondheid

Dhr. Th. Lankhorst, fysiotherapeut, fysiotherapiepraktijk Asten

Mw. E. Schriks, maatschappelijk werker, Someren

Dhr. P.Sterk, kwaliteitsmanager, St. Annaziekenhuis

Dhr. dr D. Wijkel, coördinator THEMA, St. Annaziekenhuis

Financiering

Orde van Medisch Specialisten in het kader van District op Orde, projectnummer **ZB.S.57.00**

Samenvatting

Achtergrond

Het kenmerk van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is pijn en/of neurologische stoornissen (partieel of volledig) in het verzorgingsgebied van een ruggenmergwortel en wordt veroorzaakt door irritatie en compressie (of tractie) van die ruggenmergwortel. De klachten bestaan uit rugpijn die uitstraalt in het onderbeen en/of sensibele en/of motorische stoornissen in het been. Geschat wordt dat in een huisartspraktijk zich gemiddeld één patiënt per maand aandient met verschijnselen van een LRS. De praktijk wijst uit dat bij 50% van de patiënten met hevige pijn, deze pijn binnen twee weken weer spontaan verdwenen is. Bij ongeveer 25% verdwijnt de pijn binnen 12 weken en de overige 25% houdt langer dan een jaar pijn. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat medisch ingrijpen in de eerste zes weken niet is aangewezen. Beeldvormend onderzoek heeft geen prognostische betekenis. Een MRI wordt idealiter alleen gemaakt ter voorbereiding op een chirurgische ingreep.

De diagnose LRS kan door de huisarts worden gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een standaard (Lumbosacraal Radiculair Syndroom) ontwikkeld die een conservatief beleid voorstelt, gericht op mobilisatie van de patiënt en adequate pijnbestrijding. Fysiotherapeuten hebben geen specifiek protocol voor de conservatieve behandeling van het LRS. Voor de behandeling wordt uitgegaan van de NHG-standaard en richtlijnen van het CBO en de Gezondheidsraad.

Onlangs het feit dat de richtlijnen van huisartsen en fysiotherapeuten inhoudelijk eensluidend zijn, blijkt het conservatieve beleid in de dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar. Soms accepteren patiënten een afwachtend beleid niet en staat de huisarts of fysiotherapeut onder druk om te verwijzen. Ook is er geen afstemming in de zorgketen over het te voeren beleid. Een bijkomend probleem is de vaak lange doorlooptijd op de polikliniek voor verwijzing naar een neuroloog en MRI in verband met wachtlijsten. Wanneer 'te snel verwezen' patiënten conservatief behandeld worden, zal een deel van deze patiënten spontaan herstellen, waardoor de wachtlijst in totaliteit zal afnemen. Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een implementatieprobleem en niet van een medisch inhoudelijk probleem (de evidence is duidelijk en de richtlijnen zijn eensluidend).

Transmuraal protocol

Om bovengenoemde problemen het hoofd te kunnen bieden werd in 2000 een transmuraal protocol opgesteld voor de gehele zorgketen voor patiënten met een LRS. Het betreft hier alle huisartsen en fysiotherapeuten in het adherentiegebied van het St. Annaziekenhuis in Geldrop. In grote lijnen houdt het protocol in dat wanneer huisartsen LRS-patiënten de eerste zes weken conservatief begeleiden conform de NHG-standaard Lumbosacraal Radoculair Syndroom, de neurologen in het St.

Annaziekenhuis de garantie geven dat de patiënt daarna versneld, dat wil zeggen binnen een week gezien wordt.

Doelstelling project

Het doel is het opstellen en implementeren van een transmuraal protocol voor de gehele zorgketen voor patiënten met een LRS in het adherentiegebied van het St. Annaziekenhuis in de regio Geldrop.

Het project wordt als geslaagd beschouwd als één jaar na invoering van het protocol:

- ✓ Het aantal te snelle LRS-verwijzingen met 50% is afgenomen. Het gaat hier om patiënten die binnen 6 weken verwezen zijn, waarbij een afwachtend beleid gevoerd had kunnen worden.
- ✓ De totale doorlooptijd in het ziekenhuis is afgenomen van ongeveer 3 maanden naar 3 weken. Hiermee wordt bedoeld de tijd tussen de verwijzing en het stellen van een definitieve diagnose c.q. operatie indicatie.

De centrale vraagstellingen zijn:

1. In welke mate wordt het LRS-protocol opgevolgd door huisartsen en fysiotherapeuten?
2. Wat zijn de redenen voor het eventueel niet opvolgen van de richtlijnen?
3. Is een jaar na invoering van het protocol het aantal te snelle verwijzingen met 50% afgenomen?
4. Is een jaar na invoering van het protocol de doorlooptijd op de poli neurologie voor LRS-patiënten afgenomen van 3 maanden naar 3 weken?

Methode

Er vonden diverse activiteiten plaats ter verhoging van de verspreiding, adoptie en implementatie van het transmurale protocol, zowel voorafgaande aan de invoering van het protocol als gedurende het jaar erna.

Verder vond een proces- en effectevaluatie plaats. Bij de procesevaluatie ging het om de vraag of huisartsen en fysiotherapeuten wel/niet volgens het protocol werkten en waarom. Hiertoe werden negen huisartsen en vier fysiotherapeuten geïnterviewd die wel/niet volgens het protocol hadden gewerkt. Voor de selectie van deze huisartsen en fysiotherapeuten ging de neuroloog na in welke mate ze volgens het protocol hadden gehandeld (zie effectevaluatie).

Bij de effectevaluatie was de vraag of een jaar na invoering van het protocol het aantal te snelle verwijzingen met 50% was afgenomen en de doorlooptijd was afgenomen van 3 maanden naar 3 weken. De neuroloog bekeek vanaf 1 november 2002 tot 1 april 2003 dagelijks de statussen van de patiënten die die dag de polikliniek voor het eerst bezochten vanwege een LRS (prospectieve registratie nieuwe episodes). De neuroloog registreerde of de verwijzing terecht volgens protocol was

gebeurd en indien nee, waarom niet.¹ Om de vraag naar de afname van de te snelle verwijzingen te kunnen beantwoorden werd er een nulmeting verricht. Dit gebeurde retrospectief waarbij de neuroloog een steekproef van 105 statussen bekeek van de patiënten die tussen 1 november 2001 en 1 april 2002 de polikliniek voor het eerst bezochten vanwege een LRS. De afname van de doorloop werd uit de ziekenhuisregistratie gehaald.

Resultaten

Het volgen van het protocol door huisartsen en fysiotherapeuten

- Het beleid van de huisartsen was afwachtend, conform het protocol. De geïnterviewde huisartsen bleken allemaal achter het protocol te staan. Vooral de garantie dat de patiënt na 6 weken meteen geholpen werd, maakte het voor de huisarts makkelijk het afwachtende beleid te volgen. Het afwachtende beleid was goed uit te leggen aan de patiënt. De folder en het aanvullende protocol vergemakkelijkten volgens de huisartsen het afwachtende beleid.
- Hoewel de huisartsen het protocol inhoudelijk volgden, volgde men dit procedureel niet, in die zin dat er vrijwel geen overleg was met de fysiotherapeut. Daarnaast werden sommige patiënten toch regulier ingestuurd, dat wil zeggen zonder referentie naar het project ten behoeve van een versnelde afspraak. Ook waren een paar huisartsen (nog) niet goed op de hoogte van het project en de zaken die er van hen werden verwacht.
- Het doorlopen van de versnelde procedure in het ziekenhuis verliep volgens de huisartsen goed.
- Het beleid van de fysiotherapeuten was eveneens afwachtend, conform het protocol. De geïnterviewde fysiotherapeuten stonden allemaal achter het protocol en vonden het project een goed initiatief. Het protocol zou volgens de fysiotherapeuten echter inhoudelijk nog aangevuld moeten worden met richtlijnen over het traject na 6 weken.
- De fysiotherapeuten bevestigden dat de huisartsen het protocol procedureel niet volgden. Ze refereerden er bij verwijzing niet aan en er was vrijwel nooit overleg over patiënten. Anderzijds namen de fysiotherapeuten zelf ook geen initiatief tot overleg met de huisarts.

Afname te snelle verwijzingen en doorlooptijd

- Het aantal te snel verwezen patiënten was in de voormeting 6% ten opzichte van 4% in de nameting. In een eerdere meting in 1998 lag dit percentage op 25. Gemiddeld werd een patiënt na 9 weken verwezen door de huisarts.
- Tijdens de voormeting werden 17 patiënten na één consult terugverwezen, bij de nameting waren dat er slechts vier.

¹ In principe werden alle statussen aangeleverd, maar in de praktijk werden patiënten gemist. Achteraf is nagegaan of er specifieke patiëntengroepen werden geselecteerd. Met behulp van het Ziekenhuis Informatie Systeem werd een deel van de gemiste statussen opgespoord. Er bleek geen specifieke selectie te zijn gemaakt.

- Van alle patiënten die regulier waren verwezen, had een vijfde voor het versnelde traject aangemeld kunnen worden.
- Hoewel in het algemeen de toegangstijden terugliepen tussen voor- en nameting, gold een duidelijk kortere toegangstijd voor de patiënten die volgens protocol waren aangemeld. Deze liep terug van gemiddeld 14,2 dagen tijdens de voormeting naar gemiddeld 3,6 dagen tijdens de nameting voor de patiënten in het versnelde traject.
- De totale doorlooptijd op de polikliniek (tijd tussen verwijzing door de huisarts en het stellen van de definitieve diagnose door de neuroloog) bedroeg tijdens de nameting gemiddeld 8,7 dagen voor de patiënten die volgens protocol waren verwezen. Voor de overige LRS-patiënten was dit gemiddeld 29,1 dagen. Tijdens de voormeting was de doorlooptijd op de polikliniek gemiddeld 23,5 dagen.
- Er waren geen aanwijzingen voor negatieve effecten ten gevolge van het project. De neuroloog registreerde geen enkele patiënt waarbij de huisarts te laat had verwezen. Ook waren er geen aanwijzingen dat door het versnellen van de procedure in de polikliniek patiënten eerder, in de zin van onnodig, voor een operatie in aanmerking zouden komen.

Conclusies en aanbevelingen

- De resultaten laten zien dat tijdens de nameting het percentage onterechte snelle verwijzingen op 4% ligt. Een daling van 50% vergeleken met de voormeting (6%) bleek niet aantoonbaar. Dit heeft zeer waarschijnlijk te maken met het feit dat in het jaar voorafgaande aan de voormeting reeds diverse activiteiten gericht op de implementatie plaatsvonden. In vergelijking met het vooronderzoek uit 1998, is er wel een sterke reductie waar te nemen van 25% in 1998 naar 5% in 2003. Een aanwijzing dat er minder patiënten worden ingestuurd waar de neuroloog 'niets mee kan' vinden we in het gegeven dat het aantal patiënten met een enkel consult afnam van 17 patiënten in de voormeting naar 4 patiënten in de nameting.
- Geconcludeerd kan worden dat de totale doorlooptijd in het ziekenhuis (tijd tussen verwijzing door de huisarts en het stellen van de definitieve diagnose) voor de patiënten die voor het versnelde traject werden aangemeld terug is gebracht van 3 maanden naar 3 weken. Ook de toegangstijd tot de polikliniek is voor deze patiënten sterk afgenomen. Overigens heeft er een algehele reductie in de toegangstijd naar de polikliniek plaatsgevonden; dat kan niet worden toegeschreven aan minder verwijzingen voor LSR.
- Ook op basis van de interviews met de huisartsen en fysiotherapeuten kan geconcludeerd worden dat zij goed in staat zijn het afwachtende beleid ten uitvoer te brengen. Procedureel wordt het protocol niet altijd gevolgd. Zo vindt er nauwelijks overleg plaats tussen de huisarts en fysiotherapeut rondom een bepaalde patiënt en wordt een deel van de patiënten nog steeds regulier verwezen in plaats van versneld volgens protocol.

- Samenvattend kan geconcludeerd worden dat het project als succesvol kan worden beschouwd, maar dat verbeteringen mogelijk blijven.
- Het verdient aanbeveling de versnelde procedure van aanmelding duidelijk en continu onder de ogen van de huisarts en/of assistente te brengen, bijvoorbeeld via het verwijlsprogramma Zorgdomein.
- Ook het overleg tussen huisarts en fysiotherapeut dient continu onder de aandacht gebracht te worden van de huisarts en fysiotherapeut, evenals de voortgang van het project en herinnering aan gemaakte afspraken. Dit zou door de coördinator van de Stichting THEMA of de kwaliteitsmanager van het ziekenhuis kunnen gebeuren. In dit verband is het wenselijk dat in het ziekenhuis regelmatig het percentage te snelle verwijzingen en het percentage ten onrechte regulier verwezen patiënten gemeten wordt. Via deze gegevens kan de coördinator / kwaliteitsmanager het proces blijven bijsturen.
- Tot slot is het, gezien het succes van het project, wenselijk dit project naar andere regio's uit te breiden. Bij een proefimplementatie op grotere schaal kan nagegaan worden of dezelfde resultaten kunnen worden bereikt. Tevens verdient het aanbeveling om bij een dergelijke proefimplementatie een kosteneffectiviteitanalyse te verrichten.

Inleiding

1.1 Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Het kenmerk van een lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is pijn en/of neurologische stoornissen (partieel of volledig) in het verzorgingsgebied van een ruggenmergwortel en wordt veroorzaakt door irritatie en compressie (of tractie) van die ruggenmergwortel. (Smeele e.a. 1998) De klachten bestaan uit rugpijn die uitstraalt in het onderbeen en/of sensibele en/of motorische stoornissen in het been. De incidentie van het LRS is 5 per 1000 per jaar. (Gezondheidsraad, 1999) Geschat wordt dat in een huisartspraktijk zich gemiddeld een patiënt per maand aandient met verschijnselen van een LRS. De belangrijkste oorzaak is een hernia nucleii pulposi (HNP). De praktijk wijst uit dat bij 50% van de patiënten met hevige pijn, deze pijn binnen twee weken weer spontaan verdwenen is. Bij ongeveer 25% verdwijnt de pijn binnen 12 weken en de overige 25% houdt langer dan een jaar pijn. Beeldvormend onderzoek heeft geen prognostische betekenis. Een MRI wordt idealiter alleen gemaakt ter voorbereiding op een chirurgische ingreep. Bedrust heeft geen therapeutische waarde. (Vroomen e.a. 2000, Hofstee e.a. 2003) Bedrust heeft eerder een negatieve invloed op de mobilisatie na een operatie.

De diagnose LRS kan door de huisarts worden gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. In de standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom van het Nederlands huisartsen Genootschap (NHG) wordt een conservatief beleid voorgesteld, enkele uitzonderingen daargelaten die in de standaard worden beschreven.² (Smeele e.a. 1998) Het conservatieve beleid is gericht op mobilisatie van de patiënt en adequate pijnbestrijding. Op basis van gedegen wetenschappelijk onderzoek is bekend dat medisch ingrijpen in de eerste zes weken niet is aangewezen. Ook het verrichten van beeldvormende diagnostiek verandert niets aan het te volgen beleid en kan derhalve op dit moment achterwege gelaten worden. De fysiotherapeuten hebben geen specifiek protocol voor de conservatieve behandeling van het LRS. Voor de behandeling wordt uitgegaan van de standaarden zoals die zijn vastgesteld door het NHG, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Gezondheidsraad. Voor de nabehandeling van patiënten die vanwege een LRS zijn geopereerd heeft het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) een ontwerp richtlijn ontwikkeld. (Van Bommel e.a. 1999) Ook de richtlijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde stemt volledig overeen met de NHG-standaard. (Website NVAB)

1.2 Knelpunten

² De standaard is aangepast op de aanbeveling voor bedrust. Volgens huidige maatstaf wordt bedrust alleen 'zo nodig' geadviseerd en niet na 2-3 weken zoals in de NHG-standaard uit 1998 vermeld wordt.

Ondanks het feit dat de richtlijnen van huisartsen en fysiotherapeuten inhoudelijk eensluidend zijn, blijkt het conservatie beleid in de dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar. Daar zijn een aantal redenen voor aan te wijzen. Een eerste reden heeft te maken met de acceptatie van het beleid door de patiënt. Ondanks het veelal gunstige natuurlijke beloop stelt het LRS zowel de patiënt zelf als de huisarts en fysiotherapeut voor een probleem. Voor de patiënt heeft een LRS ernstige fysieke consequenties en geeft zware belemmeringen ten aanzien van het functioneren in het gezin en het werk. Een beperkt deel van de patiënten heeft dermate ernstige klachten dat de conservatieve behandeling en afwachtend beleid in de eerste zes weken, zoals de NHG-standaard adviseert, door de patiënt niet wordt geaccepteerd. Hierdoor kan de huisarts c.q. fysiotherapeut onder sterke druk komen te staan om te (laten) verwijzen en om niet geïndiceerd diagnostisch onderzoek te (laten) verrichten, ook in minder ernstige gevallen.

Een tweede reden is dat er geen afstemming is in de zorgketen, dat wil zeggen, de huisarts, fysiotherapeut en neuroloog voeren ieder hun eigen beleid. Maar ook valt te denken aan de rol van bedrijfsartsen. Zo kan het voorkomen dat er in de zorgketen aan de patiënt adviezen worden gegeven die haaks staan op elkaar, bijvoorbeeld over het al dan niet (laten) verrichten van een MRI en het tijdstip ervan. Dit is niet alleen vervelend voor de patiënt, maar zorgt ook voor onnodige verwijzingen. Een bijkomend probleem is de vaak lange doorlooptijd op de polikliniek in verband met wachtlijsten. Wanneer 'te snel verwezen' patiënten conservatief behandeld worden, zal een deel van deze patiënten spontaan herstellen, waardoor de wachtlijst in totaliteit zal afnemen.

Geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van een medisch inhoudelijk probleem, de evidence is immers duidelijk en de richtlijnen zijn eensluidend, maar van een implementatieprobleem.

In het St. Annaziekenhuis komen jaarlijks ongeveer 120 LRS-patiënten voor een therapeutische ingreep in aanmerking. In een afstudeeronderzoek in het kader van het strategisch programma IMAGE van de opleiding Technische Bedrijfskunde van de TU Eindhoven, werd de zorgketen van patiënten met een hernia nucleï pulposi (HNP) in beeld gebracht. (Schouwenaars, 1998) In mei 1998 was de toegangstijd voor een verwijzing naar de neuroloog opgelopen tot 8 weken, daarna duurde het 4 tot 5 weken voordat de MRI-uitslag op de polikliniek neurologie bekend was. Een tweede consult bij de neuroloog vond ongeveer zes weken na het eerste consult plaats. In het geval er een operatie of chemonucleolise nodig was, werd de doorlooptijd nog vier weken langer. In totaal kon de doorlooptijd dus oplopen tot 18 weken. In het genoemde rapport worden suggesties gedaan om de verbetering van het zorgverleningsproces via een transmuraal project op te lossen. Het onderhavige project bouwt hier op voort.

1.3 Transmuraal LRS-protocol

Om bovengenoemde problemen het hoofd te kunnen bieden werd in eerste instantie een summier protocol opgesteld voor de huisartsen in het adherentiegebied van het St. Annaziekenhuis in Geldrop (zie bijlage 1). Dit gebied bestaat uit de plaatsen: Asten, Budel, Budel Dorplein, (delen van) Eindhoven, Geldrop, Heeze, (delen van) Helmond, Leende, Lierop, Lieshout, Maarheeze, Meijel, Mierlo, Neerkant, Nuenen, Soerendonk en Someren. In een later stadium werden alle fysiotherapeuten erbij betrokken. In totaal betreft het 98 huisartsen en ongeveer 150 fysiotherapeuten. Het project werd uitgevoerd onder de vlag van de transmurale stichting THEMA, waarin huisartsen, thuiszorg, specialisten en het St. Annaziekenhuis in Geldrop participeren. Ook werd het protocol aangescherpt en aangevuld op basis van interviews met huisartsen en fysiotherapeuten (zie paragraaf 3.1).

Het definitieve (aanvullende) protocol houdt het volgende in:

- ✓ De huisartsen en fysiotherapeuten behandelen LRS-patiënten de eerste 6 weken conservatief conform de NHG-standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom.³ (Smeele e.a. 1998). De huisarts zorgt voor adequate pijnstilling en schakelt zonodig de fysiotherapeut in bij de mobilisatie.
- ✓ De huisarts overlegt met de dienstdoende neuroloog in het St. Annaziekenhuis bij:
 - Cauda syndroom
 - Verdenking op andere pathologie
 - Snelle progressieve uitval
 - Een onhanteerbare thuissituatie
 - Hevig invaliderende pijn

In deze gevallen stuurt de huisarts na overleg met de neuroloog eventueel met spoed in.

- ✓ De huisarts verwijst naar de polikliniek neurologie, indien na 6 weken het conservatieve beleid van de huisarts en fysiotherapeut niet resulteert in de verwachte verbetering.
- ✓ De neurologen c.q. radiologen in het St. Annaziekenhuis geven de huisarts de garantie dat bij een verwijzing na deze 6 weken, de patiënt versneld, dat wil zeggen binnen een week terecht kan. De tijd tussen de verwijzing, neurologische diagnostiek (inclusief MRI) en eventuele operatie, zal maximaal drie weken zijn.
- ✓ Voor de logistiek in het ziekenhuis betekent dit dat er iedere dag een paar spoedplekken worden vrijgehouden, onder meer voor LRS-patiënten die door de huisarts volgens protocol zijn verwezen.
- ✓ Voor de huisarts betekent dit dat hij/zij de patiënt instuurt met verwijzing naar het protocol, zodat men op de poli neurologie weet dat deze patiënt versneld ingepland dient te worden. Wanneer de huisarts niet instuurt volgens protocol, dan volgt de patiënt het reguliere verwijstraject met bijbehorende wachttijden. In 1998 was deze ongeveer 3 maanden.

Het protocol is beschreven in bijlage 3.

³ Zoals eerder beschreven wordt bedrust alleen 'zo nodig' geadviseerd en niet na 2-3 weken zoals in de NHG-standaard uit 1998 vermeld wordt.

1.4 Doelstelling

Het bereiken van een optimale kwaliteit van zorg voor patiënten met een LRS is het voornaamste inhoudelijke doel. Dit komt onder andere tot uiting door enerzijds het vermijden van onnodige beeldvormende diagnostiek en verwijzing bij patiënten die hiervoor *niet* geïndiceerd zijn, en anderzijds een aanzienlijke vermindering van de doorlooptijd voor verwijzing, MRI en een eventuele therapeutische ingreep bij patiënten die hiervoor *wel* geïndiceerd zijn. Om bovenstaande te kunnen bereiken is het doel van het project het opstellen en implementeren van een multidisciplinair protocol voor de gehele zorgketen voor patiënten met een LRS.

Het project wordt als geslaagd beschouwd als één jaar na invoering van het protocol:

1. Het aantal te snelle verwijzingen met 50% is afgenomen. Hiermee wordt bedoeld het aantal patiënten dat binnen 6 weken wordt verwezen naar de neuroloog, terwijl volgens de NHG-standaard een afwachtend beleid gevoerd had kunnen worden.
2. De totale doorlooptijd in het ziekenhuis is afgenomen van ongeveer drie maanden naar drie weken. Hiermee wordt bedoeld de tijd tussen de verwijzing door de huisarts en het stellen van de definitieve diagnose c.q. operatie indicatie door de neuroloog. In de meeste gevallen houdt dit in: een eerste consult, MRI en vervolgconsult met de neuroloog.⁴

Een doelstelling was in eerste instantie ook de snellere werkherhaving van een patiënt die volgens het protocol in de zorgketen werd behandeld. Dit door het benadrukken van de rol van de fysiotherapeut in het mobiliseren van de patiënt tijdens de conservatieve behandeling en na een eventuele operatie. Omdat bij het hervatten van werk of de normale werkzaamheden vele factoren een rol spelen, werd afgezien van een effectmeting op dit terrein.

1.5 Vraagstellingen

1. In welke mate wordt het LRS-protocol opgevolgd door huisartsen en fysiotherapeuten?
2. Wat zijn de redenen voor het eventueel niet opvolgen van de richtlijnen?
3. Is een jaar na invoering van het LRS-protocol het aantal te snelle verwijzingen voor LRS met 50% afgenomen?
4. Is een jaar na invoering van het LRS-protocol de doorlooptijd op de poli neurologie voor LRS-patiënten afgenomen van 3 maanden naar 3 weken?

⁴ Tijdens de ontwerpfase van het project werd in de periode van drie weken ook de niet invasieve ingreep via chemonucleolyse meegenomen. Door het staken van de productie van het benodigde middel werd noodgedwongen uitgeweken naar neurochirurgie, met een aanzienlijke wachttijd.

2 Theoretische achtergrond implementatie

Het is bekend dat zorgvernieuwingen maar langzaam doordringen en ingang vinden in de dagelijkse praktijk van zorgverleners. (Grimshaw e.a. 1995, Fleuren e.a. 1998, Wensing e.a. 2000, Grol e.a. 2001) Onder implementatie wordt verstaan een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen van zorgverleners. (Zon 1998) In dit geval wordt met de vernieuwing het protocol voor LRS patiënten bedoeld. Voor Nederland is deze vorm van ketenzorg rondom LRS patiënten nieuw.

In figuur 1 wordt een model beschreven voor het invoeren van zorgvernieuwingen dat wordt gebruikt bij de begeleiding en evaluatie van het onderhavige project. (Fullan 1991, Paulussen 1994, Logan 1998, Fleuren e.a. 2002a, Fleuren e.a. 2002b) Aan de rechterkant zijn de vier belangrijkste fasen uit een innovatieproces weergegeven. Toegepast op het LRS-protocol leidt de fase van adoptie tot het besluit van de huisartsen en fysiotherapeuten om al dan niet volgens het protocol te gaan werken. In de daaropvolgende fase (implementatie) probeert de huisarts daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk volgens het protocol te werken. Dan wordt duidelijk of het protocol in de praktijk uitvoerbaar is. Tenslotte is het de bedoeling dat de huisarts ook na verloop van tijd het protocol blijft gebruiken en dit onderdeel wordt van de dagelijkse routine (institutionalisering). De figuur toont dat een implementatieproces niet lineair is. Slechte ervaringen met het protocol in de dagelijkse praktijk kan er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat de huisarts of fysiotherapeut terugkomt op zijn/haar eerder genomen beslissing om met het protocol te gaan werken.

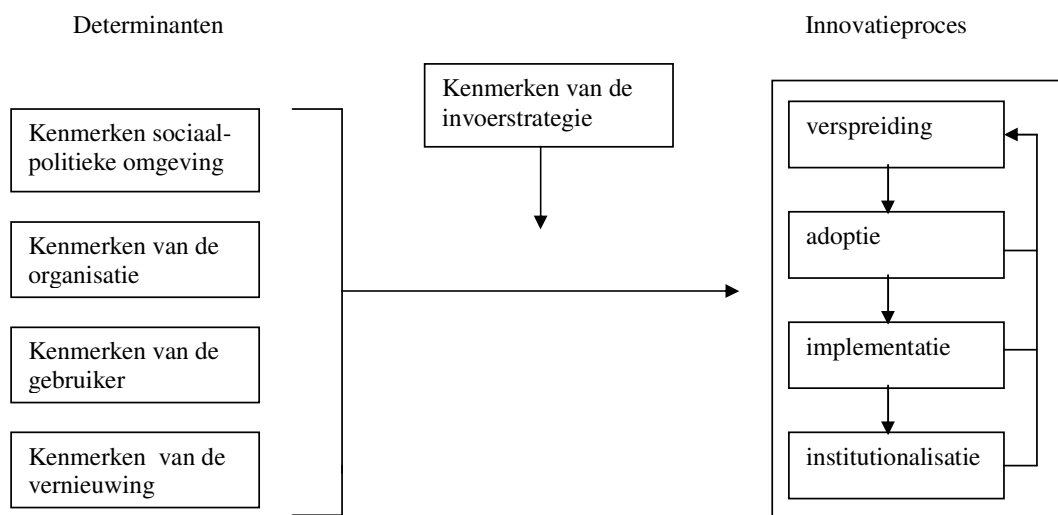
Zoals gezegd wordt een vernieuwing meestal niet zonder slag of stoot ingevoerd. In alle fasen kan er iets mis gaan waardoor het innovatieproces stagneert en soms zelfs stopt. Diverse determinanten blijken de verschillende fasen van een innovatieproces te kunnen beïnvloeden. De meeste determinanten zijn situatiespecifiek, dat wil zeggen dat ze worden bepaald door (Paulussen 1994, Logan e.a. 1998, Fleuren e.a. 2002b):

- kenmerken van de sociaal-politieke omgeving: bijvoorbeeld wet- en regelgeving of patiëntkenmerken. Als de patiënt bijvoorbeeld niet achter het conservatieve beleid staat, zal dit een druk geven op de huisarts om te verwijzen;
- kenmerken van de organisatie: bijvoorbeeld personeelsverloop. Een geringe capaciteit aan neurologen zal bijvoorbeeld belemmerend zijn voor het realiseren van een versnelde doorlooptijd van patiënten;

- kenmerken van de toekomstige gebruiker (zorgverlener): bijvoorbeeld vaardigheden, motivatie, ervaren steun van collega's of ervaren steun van andere disciplines in de zorgketen. Steun van collega's zal het werken volgens het protocol bevorderen;
- kenmerken van de vernieuwing: bijvoorbeeld de relevantie of het gebruiksgemak van het protocol. Wanneer het gebruiksgemak laag is zal dat belemmerend zijn.

Wil de invoering van een vernieuwing succesvol zijn, dan moet eerst onderzocht worden welke determinanten een rol spelen. (Paulussen 1994, Fleuren 2002b) Vervolgens kan een invoerstrategie gekozen worden die ingrijpt op of aansluit bij deze determinanten zodat de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en institutionalisering verhoogd wordt (middenstuk figuur). Dit betekent dat er bij de keuze van de invoerstrategie(en) sprake is van maatwerk. Wanneer bijvoorbeeld uit de determinantenanalyse zou blijken dat huisartsen zich niet goed in staat voelen het afwachende beleid aan de patiënt uit te leggen, is scholing hierin zinvol. Wanneer bijvoorbeeld zou blijken dat het probleem is dat bedrijfsartsen de patiënt adviseren tot een MRI, heeft scholing van de huisartsen uiteraard weinig zin.

Figuur 1 Model voor het invoeren van vernieuwingen



Bij het ontwerp van de invoerstrategie(en) wordt gebruik gemaakt van diverse theorieën over de beïnvloeding van de gevonden determinant(en). De invoerstrategie is vervolgens een praktische uitwerking daarvan. Als het bijvoorbeeld gaat om de mate waarin de zorgverlener zich in staat voelt de vernieuwing uit te voeren (eigen-effectiviteitsverwachting), zijn er verschillende theorieën die iets zeggen over het gebruik van modeling. Een praktische uitwerking (strategie) van het begrip modeling

kan een rollenspel zijn waarin de zorgverlener het gewenste gedrag oefent, of bijvoorbeeld een video waarop een collega het gewenste gedrag demonstreert.

In algemene zin kan gezegd worden dat uit onderzoek blijkt dat niet veel te verwachten is van strategieën die gericht zijn op het laten zien van de verbeterde effecten voor de patiënt, zoals evidence dat de patiënt beter af is met een afwachtend beleid. (Paulussen 1994) Gebruikers van een vernieuwing (in dit geval huisartsen en fysiotherapeuten) letten meer op praktische bruikbaarheid van de vernieuwing en op wat hun collega's en patiënten ervan vinden (sociale invloed). Kost het bijvoorbeeld extra tijd? Zal de patiënt een afwachtend beleid accepteren? Daarnaast zullen ze ook mee laten spelen of ze denken dat ze in staat zijn om volgens de vernieuwing te gaan werken (eigen-effectiviteitsverwachting). Lukt het me de patiënt zodanig voor te lichten dat deze achter mijn beleid staat? Voor een optimaal effect dient de strategie hierbij aan te sluiten. Te denken valt aan een informatiebijeenkomst waarin collega-artsen c.q. fysiotherapeuten aan het woord worden gelaten die iets zeggen over de voordelen voor de huisarts/fysiotherapeut, de praktische bruikbaarheid, maar ook over de problemen die zij zelf hebben ervaren bij het werken volgens het protocol en hoe ze daarmee zijn omgegaan.

Om ervoor te zorgen dat een eerste ervaring positief is (dit is belangrijk voor volgend gebruik), moet een externe begeleider (in dit geval TNO PG en THEMA) ingaan op de behoeften van de huisarts c.q. fysiotherapeut. Initiële training moet bestaan uit het verduidelijken van de basisprincipes van de vernieuwing en op het verhogen van de eigen-effectiviteit wat betreft de vaardigheden om zodoende de kans op korte-termijn succes te verhogen.

3 Verspreidings-, adoptie- en implementatieactiviteiten

Gebaseerd op het in het vorige hoofdstuk beschreven model en algemene implementatie inzichten vonden een aantal verspreidings- adoptie- en implementatieactiviteiten plaats. Deze vonden deels plaats voorafgaande aan de officiële start van het project op 1 april 2002 en deels na de start.

3.1 *Activiteiten voorafgaande aan de start*

- In augustus 2000 werd een projectgroep ingesteld, bestaande uit een huisarts, fysiotherapeut (deelname vanaf eind 2000), neuroloog, orthopedisch chirurg⁵, radioloog, de coördinator van THEMA, een medewerker van de afdeling kwaliteitsmanagement en een implementatie-onderzoeker vanuit TNO Preventie en Gezondheid (deelname vanaf eind 2001). De projectgroep stelde begin 2001 op basis van de NHG-standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom het concept op van het transmurale protocol (zie bijlagen 1 en 2).

- In april 2001 werd het protocol door de projectgroep uitgebreid besproken tijdens een jaarlijks transmuraal congres met 25 adherente huisartsen en 25 specialisten en andere betrokkenen van het St. Annaziekenhuis. De afspraak dat de conservatieve behandeling in de huisartspraktijk zou moeten plaatsvinden en dat dit gerealiseerd kan worden als de doorlooptijd in het ziekenhuis tot drie weken beperkt kan worden, werd in principe tijdens dit congres gemaakt.

- Ter voorbereiding op de feitelijke start van het project werd de logistieke procedure in het ziekenhuis gepland om de patiënten die volgens protocol verwezen zouden worden snelle toegang te kunnen garanderen. Ten behoeve van deze versnelde toegang werd door de projectgroep een speciaal aanmeldingsformulier voor de huisarts ontwikkeld. Het is de bedoeling dat de huisarts het formulier bij het eerste contact aan de patiënt meegeeft. De patiënt stuurt het formulier vervolgens naar het secretariaat van THEMA waardoor zicht verkregen wordt op de mogelijke toestroom van patiënten voor de versnelde procedure.

- Vooral omdat de projectgroep van mening was dat het implementeren van de afspraak op problemen zou stuiten, werd hiervoor een subsidieverzoek ingediend bij de Orde van Medisch Specialisten. TNO Preventie en Gezondheid werd benaderd om het implementatieproces te

⁵ Veel LRS-patiënten werden verwezen naar de orthopedisch chirurg voor chemonucleolysis. Vanaf 2002 voerde de orthopedisch chirurg deze ingreep niet meer uit en participeerde niet langer meer in de projectgroep.

begeleiden, alsmede een procesevaluatie uit te voeren. De start van het project werd uitgesteld tot positief bericht over de subsidietoekenning was verkregen.

- In januari 2002 werden focusgroepinterviews gehouden met 6 huisartsen en 8 samenwerkende fysiotherapeuten. Een focusgroepinterview is een methode om inzicht te krijgen in de opvattingen van personen over een probleem of verschijnsel waarbij gebruik wordt gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën en opvattingen van anderen. (Van Assema 1992) De interviews werden begeleid door een gespreksleider van TNO. Het doel was na te gaan wat de huisartsen vonden van het transmurale protocol, de patiëntenfolder en de aanmeldingsprocedure en welke belemmeringen men verwachtte bij het gaan gebruiken van het protocol. Ook werd nagegaan welke verdere aanvullende maatregelen (bijvoorbeeld scholing, training, werkafspraken) nodig waren alvorens met de invoering van het protocol kon worden begonnen. De interviewvragen en het verslag staan in bijlage 3. Omdat uit de focusgroepinterview naar voren kwam dat er vooral problemen werden voorzien in de afstemming tussen huisarts en fysiotherapeut qua behandeling en voorlichting, werd besloten om een informatiebijeenkomst voor fysiotherapeuten te organiseren. Ook werd een aanvullend protocol gemaakt met werkafspraken tussen huisarts en fysiotherapeut (bijlage 2). Daarnaast kwam uit de interviews het belang naar voren van een goede patiëntenfolder. Dit ter ondersteuning van de mondelinge voorlichting door de huisarts en fysiotherapeut.
- Ter ondersteuning van het beleid door de huisarts en fysiotherapeuten werd, behalve het eerder genoemde aanmeldingsformulier, een patiëntenfolder over Rughernia geschreven. Hierin wordt uitleg gegeven over de verschijnselen, oorzaak, beloop en behandeling door de huisarts en/of fysiotherapeut. In de folder wordt eveneens het project en de transmurale samenwerking tussen huisarts, fysiotherapeut en specialist beschreven.
- In maart 2002 organiseerde de projectgroep de informatiebijeenkomst voor alle fysiotherapeuten in de regio Geldrop. Voorafgaand kregen de fysiotherapeuten het transmurale protocol, het aanvullende protocol (zie 3.2) en de patiëntenfolder. De bijeenkomst had enerzijds als doel uitleg te geven over de achtergrond van het project en de inhoud van het protocol en anderzijds in te gaan op knelpunten die de fysiotherapeuten verwachtten bij de uitvoering ervan. Tijdens de bijeenkomst werd een presentatie gegeven door de huisarts, neuroloog en fysiotherapeut van de projectgroep, waarbij deze laatste ook inging op mogelijke problemen bij het werken volgens het protocol en hoe fysiotherapeuten daarmee om konden gaan.

- In maart 2002 kregen alle huisartsen en fysiotherapeuten de materialen toegestuurd (protocol, aanvullend protocol, aanmeldingsbrieven patiënt, patiëntenfolders).
- Ook de bedrijfsartsen in de regio kregen het protocol en een folder toegestuurd. In oktober 2002 werd door het projectteam een goedbezochte regionale nascholingsbijeenkomst voor bedrijfsartsen verzorgd, geheel gewijd aan het LRS-project.
- In de regionale pers verschenen artikelen over de conservatieve behandeling van LRS.

3.2 *Activiteiten na de start*

Mede gebaseerd op de resultaten van de procesevaluatie (zie hoofdstuk 5) vonden na de start van het project de volgende activiteiten plaats ter verhoging van de implementatie:

- Vanaf 1 april 2002 kregen de huisartsen en fysiotherapeuten twee keer een nieuwsbrief over de voortgang van het project.
- Tijdens de looptijd van het project benaderde de projectgroep de HAGRO's voor een informatieve bijeenkomst. De bijeenkomst was ook bedoeld om commitment te krijgen over het protocol en na te gaan welke ondersteuning de huisartsen nodig hadden bij de uitvoering van het gewenste beleid. De HAGRO's werden door minimaal twee, maar meestal drie leden van de projectgroep bezocht, waarbij meestal de huisarts en de neuroloog, maar altijd de fysiotherapeut aanwezig was. De huisartsen werd gevraagd om zo mogelijk fysiotherapeuten uit te nodigen waarmee men samenwerkte. En als dit niet lukte, afspraken te maken met deze fysiotherapeuten over de begeleiding conform het protocol.
In de praktijk bleek het lastig de HAGRO's te bezoeken. De agenda's van de HAGRO's bleken overvol door onder meer perikelen rond de dienstenstructuur.
Vrij snel na de start van het project werden de HAGRO's in Geldrop en Heeze/Leende bezocht (mei 2002). In het najaar van 2002 werd de HAGRO Mierlo/Mierlohout bezocht, terwijl de HAGRO's Asten en Someren pas begin 2003 werden bezocht. Alleen bij het bezoek aan de HAGRO Someren waren fysiotherapeuten aanwezig.
De HAGRO's in Eindhoven (Stratum) en Nuenen wilden geen tijd vrij maken. De HAGRO in Eindhoven had het protocol na het transmurale symposium in eigen kring al besproken en geaccordeerd en de HAGRO Nuenen richtte zich geheel op de invoering van partijkondersteuning.

- Gedurende het hele project was de projectgroep als vraagbaak en helpdesk beschikbaar voor de huisartsen en fysiotherapeuten. Zo gaven de neuroloog en fysiotherapeut feedback aan huisartsen en fysiotherapeuten die daar om vroegen (bijvoorbeeld naar aanleiding van een interview, zie hoofdstuk 5).

4 Onderzoek: proces- en effectevaluatie

Er werd zowel een proces- als effectevaluatie verricht. Tijdens de procesevaluatie stonden de eerste twee vraagstellingen centraal namelijk in welke mate het LRS-protocol wordt opgevolgd door huisartsen en fysiotherapeuten en wat de redenen zijn voor het eventueel niet opvolgen van het protocol. Tijdens de effectevaluatie stonden de derde en vierde vraagstelling centraal, namelijk of het aantal te snelle verwijzingen is afgenomen en of de doorlooptijd in het ziekenhuis is afgenomen.

4.1 *Procesevaluatie*

Het is van belang om te weten in hoeverre huisartsen en fysiotherapeuten het LRS-protocol opvolgen. Als er alleen een effectmeting wordt gedaan en de verwachte resultaten blijven uit, moet de vraag beantwoord worden waarom dit zo is. Komt dat omdat het terugdringen van het aantal te snelle verwijzingen geen effect heeft op de doorlooptijd? Of komt dat omdat de huisartsen en fysiotherapeuten niet volgens het protocol hebben gewerkt? Daarnaast is het voor de bijsturing van de implementatie van belang om te weten waarom het de huisartsen wel en niet lukt om het LRS-protocol te volgen.

Door zowel bij huisartsen die volgens het protocol werken (gebruikers) als huisartsen die niet volgens het protocol werken (niet gebruikers) naar de bevindingen van het werken volgens het protocol te vragen, kan nagegaan worden wat algemene knelpunten zijn en welke huisartsspecifiek of praktijkspecifiek zijn. Tevens geven de antwoorden van de gebruikers aanknopingspunten voor het aanscherpen van het LRS-protocol en/of de invoerstrategie. Wanneer de gebruikers bijvoorbeeld een bepaalde manier hebben gevonden om de patiënt het afwachende beleid uit te leggen, kan deze wijze van handelen ook voor de overige huisartsen van belang zijn.

De planning was dat zes maanden en twaalf maanden na de start van het project, ongeveer 10 huisartsen (telefonisch) zouden worden geïnterviewd over hun bevindingen met het werken volgens het protocol. Het betrof zowel huisartsen die volgens het protocol hadden gewerkt (gebruikers) als huisartsen niet volgens het protocol hadden gewerkt (niet-gebruikers). Voor de selectie van deze huisartsen werd door de neuroloog voor alle huisartsen nagegaan in welke mate ze volgens het protocol hadden gehandeld (zie par. 4.2 effectevaluatie). Het interview gebeurde aan de hand van het status van de patiënt. De huisartsen werden telefonisch benaderd door THEMA voor toestemming hiervoor. Wanneer de huisarts toestemming gaf werden de interviewvragen aan de huisarts gestuurd (zie bijlage 4).

Om praktische redenen (zie resultaten) werden de interviewperiodes van zes maanden en twaalf maanden na de start van het project niet gehaald. Daarnaast werd op grond van de interviews met de

huisartsen besloten ook een aantal fysiotherapeuten te interviewen (zie resultaten). De interviewvragen voor de huisartsen en fysiotherapeuten zijn weergegeven in bijlage 4.

4.2 *Effectevaluatie*

4.2.1 *Afname te snelle verwijzingen*

Eerst werd nagegaan of het totale aantal patiënten dat verwezen was voor een LRS verschilde tussen de voor- en nameting. Dit gebeurde door het aantal patiënten dat tussen 1 januari 2002 en 1 april 2002 (voormeting) voor het eerst het ziekenhuis bezocht met de DBC-code 1203 (LRS), te vergelijken met het aantal patiënten in de periode 1 januari 2003 en 1 april 2003 (nameting).

Voor het vaststellen van het aantal te snelle verwijzingen bekeek de neuroloog uit de projectgroep vanaf 1 november 2002 tot 1 april 2003 dagelijks de statussen van alle patiënten die die dag de polikliniek voor het eerst bezochten vanwege een LRS. Het betrof dus een prospectieve registratie van nieuwe episodes. De neuroloog deed dit in principe voor alle patiënten die door de maatschap (4 neurologen) werden gezien.⁶ Het betrof patiënten die door de neuroloog de DBC-code 1203 (LRS) hadden gekregen of door de huisarts waren ingestuurd volgens het protocol. Ook deze patiënten ontvingen de code 1203 (LRS) in het ziekenhuis.

De neuroloog registreerde daarbij:

- de naam en geboortedatum van de patiënt
- de naam van de verwijzende huisarts
- de wachttijd tussen verwijzing en eerste polikliniekbezoek
- of een operatie werd uitgevoerd
- de doorlooptijd tot de eventuele operatie
- de diagnose zoals gesteld door de neuroloog (LRS ja /nee)
- het soort verwijzing (regulier of volgens protocol)
- de duur van de klachten
- of de patiënt werd aangemeld als HNP patiënt voor de versnelde procedure
- of de verwijzing terecht volgens protocol was gebeurd (terecht na 6 weken, terecht binnen 6 weken vanwege uitzonderingen zoals beschreven in het protocol, te vroeg, te laat, regulier i.p.v. volgens protocol)

Om de vraag naar de afname van de te snelle verwijzingen te kunnen beantwoorden werd er een nulmeting verricht. Dit gebeurde retrospectief waarbij de neuroloog een steekproef van 105 statussen

bekeek van de patiënten die tussen 1 november 2001 en 1 april 2002 de polikliniek voor het eerst bezochten vanwege een LRS. Bij deze patiënten werden eveneens bovengenoemde punten geregistreerd met uitzondering van het soort verwijzing en of de verwijzing terecht volgens protocol was gebeurd. Wel noteerde de neuroloog of de bewuste patiënt potentieel voor de versnelde procedure in aanmerking zou zijn gekomen.

4.2.2 *Afname doorlooptijd ziekenhuis*

Voor het berekenen van de afname van de doorlooptijd werden verschillende maten gebruikt: Ten eerste werd de *toegangstijd tot de polikliniek* berekend. Dit is het aantal dagen tussen de verwijzing door de huisarts en het eerste polikliniek bezoek. De neuroloog stelde dit vast op basis van de status van de patiënt over de periode november 2001 tot april 2002 en over de periode november 2002 tot april 2003.

Ten tweede werd de *doorlooptijd in de polikliniek* berekend. Dit is de tijd tussen het eerste polikliniekbezoek en het stellen van de definitieve diagnose c.q. operatie indicatie door de neuroloog. Deze berekening gebeurde via het afsprakensysteem van het ziekenhuis voor patiënten met de DBC-code 1203, eveneens over bovengenoemde periodes. In de meeste gevallen houdt dit in: een eerste consult, MRI en vervolgconsult met de neuroloog. Opgeteld vormen de toegangstijd tot de polikliniek en de doorlooptijd in de polikliniek de *totale doorlooptijd* zoals vermeld bij de doelstelling van het project (paragraaf 1.4).

Tenslotte werd de *doorlooptijd tot de operatie* berekend. Dit is de tijd tussen het eerste consult op de polikliniek en de datum van een eventuele operatie. De neuroloog stelde dit vast op basis van de status van de patiënt, eveneens over bovengenoemde periodes.

4.3 *Analyses*

De gegevens werden verwerkt via Excel en SPSS. Van de verschillende variabelen zijn frequentieverdelingen gemaakt en er worden gemiddelden gepresenteerd. De aantallen waren te klein om andere kwantitatieve analyses te doen.

⁶ De praktijk is echter niet ideaal. Niet alle statussen belandden op het bureau van de neuroloog. Met behulp van de gegevens van de medische registratie kon worden vastgesteld dat er geen systematische selectie had plaatsgevonden.

5 Resultaten procesevaluatie

5.1 Interviews huisartsen

5.1.1 Respons huisartsen

Er werden negen huisartsen geïnterviewd waarvan twee huisartsen twee keer. In totaal vonden er dus elf interviews plaats. De interviews vonden in twee periodes plaats.

Voor de eerste interviewronde werden huisartsen geselecteerd die in de maand augustus 2002 een LRS-patiënt naar het St. Annaziekenhuis hadden verwezen. Dit gebeurde aan de hand van de DBC-code. Vanwege logistieke problemen kon het ziekenhuis / THEMA alleen de huisartsen selecteren waarvan zeker was dat ze minimaal één patiënt volgens het LRS-protocol hadden ingestuurd. In totaal betrof het tien huisartsen. De neuroloog bekeek achteraf de statussen van alle patiënten die door deze huisartsen in augustus waren verwezen en noteerde of ze wel of niet volgens protocol waren verwezen. Vijf van de tien huisartsen waren bereid geïnterviewd te worden. Tijdgebrek was de belangrijkste reden voor niet-deelname. Deze vijf huisartsen hadden in totaal twaalf patiënten verwezen in de maand augustus. Zowel het uitdraaien van de DBC-codes als het bekijken van de statussen vergde de nodige tijd zodat de huisartsen pas in november 2002 geïnterviewd konden worden.

De selectie van de huisartsen voor tweede interviewronde vond plaats aan de hand van de prospectieve registratie die de neuroloog bijhield (zie par. 4.2.1). De neuroloog selecteerde huisartsen die: een patiënt binnen 6 weken hadden verwezen, óf regulier hadden verwezen in plaats van volgens protocol, óf mogelijk eerder hadden kunnen verwijzen. In totaal werden negen huisartsen door THEMA benaderd voor een interview. Van deze huisartsen waren er zes bereid geïnterviewd te worden, allen over één patiënt. Eén huisarts gaf aan dat de HAIO de patiënt gezien en verwezen had. De overige twee huisartsen gaven tijdgebrek op als reden voor niet deelname. De huisartsen werden vrijwel meteen nadat ze geselecteerd waren geïnterviewd. De interviews vonden in februari en maart 2003 plaats.

5.1.2 Kennisname en acceptatie van het protocol en de aanvullende materialen

Alle huisartsen zeiden op de hoogte te zijn van het project en de begeleiding conform de NHG-standaard. Toch bleken de huisartsen niet allemaal even goed op de hoogte te zijn van de 'ins en outs' van het project. Eén huisarts wist niet dat het project al gestart was. Eén huisarts wist niet dat de patiënten versneld verwezen konden worden. Verder zeiden drie huisartsen dat ze het aanvullende protocol niet hadden ontvangen of dat ze zich dat niet meer te konden herinneren.

Alle huisartsen zeiden achter de inhoud van het protocol te staan. De huisartsen die op de hoogte waren van het aanvullende protocol, waren het er inhoudelijk ook mee eens. De huisartsen waren zonder uitzondering blij met het LRS-project. Ze hadden nu de patiënt iets te bieden, namelijk de garantie dat de patiënt ook direct geholpen wordt als dat na 6 weken nodig blijkt. Men was van mening dat dit in feite dit het werk voor de huisarts makkelijker maakte. Eén huisarts merkte op dat het voorschrijven van pijnstilling hierdoor ook vergemakkelijkt werd.

Als het gaat om het aanmeldingsformulier dat de patiënt na het eerste contact met de huisarts naar het ziekenhuis dient op te sturen, dan bleek dat zes huisartsen hiervan op de hoogte waren. Over het algemeen waren de huisartsen niet zo gelukkig met het aanmeldingsformulier. Drie huisartsen wisten niet dat het de bedoeling was dat de patiënt het aanmeldingsformulier meteen na het eerste contact met de huisarts moest opsturen. Men dacht dat dit pas op het moment van verwijzing aan de orde was. De huisartsen die wél wisten wat de bedoeling was van het formulier, wezen de patiënt er ook niet op. De ervaring van de huisartsen was dat patiënten best bereid zijn 6 weken te wachten, maar dat ze daarna wel het wachten verzilverd willen zien in een verwijzing, ongeacht de klachten op dat moment. Volgens de huisartsen werkt het aanmeldingsformulier dit juist in de hand.

Voor de huisartsen die naar twee ziekenhuizen kunnen verwijzen, geldt daarnaast dat bij het eerste contact al met de patiënt moet worden overlegd naar welk ziekenhuis hij/zij te zijner tijd eventueel verwezen wil worden. Dat werd als psychologisch niet sterk ervaren.

Eén huisarts merkte op, dat als het formulier alleen bedoeld is om zicht te krijgen op het totaal aantal LRS-patiënten in de eerste lijn, het beter zou zijn de huisartsen te vragen dit zelf bij te houden, bijvoorbeeld door het toekennen van een code in het EPD.

Alle huisartsen waren op de hoogte van de patiëntenfolder. De huisartsen die de folder grondig hadden gelezen, waren het eens met de inhoud ervan. Een huisarts was niet gelukkig met het gebruik van de term 'hernia' in de folder omdat dit een negatieve klank heeft en veel patiënten ervan schrikken.

5.1.3 Gebruik van het protocol en de aanvullende materialen

Volgens de ziekenhuisregistratie (aan de hand van de DBC-codes) waren zeven van de twaalf patiënten volgens het protocol verwezen en acht patiënten niet. Volgens de huisartsen kwamen alle acht patiënten die niet volgens protocol waren verwezen, ook niet in aanmerking voor het project. Het betrof veelal patiënten met recidieven of patiënten met een belaste voorgeschiedenis. Eén patiënt was vanwege een second opinion verwezen. De neuroloog bevestigde achteraf op basis van de status dat deze patiënten terecht niet volgens protocol waren verwezen.

Van de zes patiënten die uit de registratie van de neuroloog werden geselecteerd, waren vier patiënten binnen zes weken ingestuurd. Drie patiënten waren regulier verwezen in plaats van volgens protocol. Van de vier patiënten die binnen zes weken waren verwezen, was er bij twee patiënten sprake van een belaste voorgeschiedenis en co-morbiditeit. Eén patiënt was binnen zes weken verwezen omdat de huisarts twijfelde over de diagnose omdat de klachten en de bevindingen van het onderzoek niet bij elkaar pasten. Van één patiënt gaf de huisarts aan dat deze patiënt al geruime tijd rugklachten had, maar dat de huisarts in eerste instantie niet aan een LRS had gedacht. Gerekend vanaf het moment dat de huisarts aan een LRS dacht, was de patiënt inderdaad te vroeg verwezen. Gerekend vanaf het beging van de rugklachten was de patiënt niet te vroeg verwezen. Achteraf bezien, zei de huisarts dat de patiënt mogelijk nog niet verwezen had hoeven worden.

Van de drie patiënten die regulier in plaats van volgens protocol waren verwezen, gaven twee huisartsen aan vergeten te zijn expliciet naar het protocol te verwijzen toen ze de patiënt instuurden. Een huisarts gaf aan eerst telefonisch te hebben overlegd met de neuroloog alvorens de patiënt met spoed in te sturen. Verwijzen volgens protocol was hierbij niet meer aan de orde omdat de neuroloog op de hoogte was van de komst van de patiënt

Vijf huisartsen zeiden de folders uit te delen. De overige huisartsen gaven aan dat ze de folders niet uitdeelden omdat ze het vergaten. Twee huisartsen merken in dit verband op dat de folder niet 'in hun systeem' zat. Tussen de stapels materialen die een huisarts krijgt raakt de folder snel kwijt als die niet meteen gebruikt wordt en in het systeem opgenomen wordt, aldus de huisartsen. Een huisarts vermeldde maar één exemplaar van de folder te hebben ontvangen en hem daarom niet uit te delen.

Zoals vermeld in de vorige paragraaf was een deel van de huisartsen niet op de hoogte van het aanmeldingsformulier. De overige huisartsen waren niet gelukkig met het formulier en gebruiken het daarom niet (consequent).

5.1.4 Beleid bij LRS en knelpunten

Alle huisartsen zeiden in de praktijk een afwachterende beleid te volgen conform het protocol. De meeste huisartsen zeiden al gewend te zijn een afwachterende beleid te voeren, maar met de komst van het project en de aanvullende materialen was dit wel makkelijker geworden. Enerzijds omdat men nu de patiënt de garantie kon bieden dat deze na zes weken terecht kan bij de neuroloog mocht dit nodig zijn. Anderzijds omdat de hele zorgketen erbij betrokken is. Dit maakte het makkelijker om het beleid aan de patiënt uit te leggen en ook als zodanig uit te voeren omdat men elkaars beleid niet doorkruiste.

De huisartsen gaven aan er over het algemeen geen moeite mee te hebben aan de patiënt het afwachterende beleid uit te leggen. Om de patiënt goed te kunnen voorlichten kostte het (eerste) contact

wel extra tijd. Maar volgens de huisartsen betaalde zich dit verderop in het traject terug. De huisartsen zeiden dat de meeste patiënten goed begrepen dat in veel gevallen de klachten spontaan hestellen en dat een verwijzing en een eventuele operatie geen garantie zijn dat de klachten verdwijnen. Soms was het protocol wel medisch haalbaar, maar maatschappelijk niet. Het ging dan bijvoorbeeld om patiënten met een eigen bedrijf of een specifieke voorgeschiedenis. Dat gaf soms een druk om te verwijzen. Over het algemeen hadden de huisartsen er geen moeite mee om in een dergelijk geval te verwijzen.

Het beleid dat de huisartsen voerden varieerde. Uiteraard was dit afhankelijk van het soort en de ernst van de klacht. Sommige huisartsen maakten na een week een vervolgspraak om de vinger aan de pols te kunnen houden en de patiënt het gevoel te geven niet aan zijn/haar lot te worden overgelaten. Andere huisartsen lieten het initiatief tot een vervolgspraak aan de patiënt over.

De pijnstilling die de huisartsen gaven was afhankelijk van de klachten (Naproxen, Valium, spierontspanners). Eén huisarts zei dat, dankzij het protocol, de drempel om morfineachtige pijnstilling voor te schrijven, was verlaagd. De huisarts hoefde niet bang te zijn voor afhankelijk wordende patiënten omdat de patiënt na 6 weken meteen terecht kon bij de neuroloog als het niet goed ging.

Drie van de negen huisartsen boden de patiënt meestal bij het eerste contact een verwijzing naar de fysiotherapeut aan. Vier huisartsen deden dat in eerste instantie niet, maar brachten dit bij het tweede contact (na een week) of later ter sprake. Twee huisartsen verwezen in principe niet naar de fysiotherapeut en probeerden de patiënt ervan te overtuigen dat een afwachtend beleid met voldoende pijnstilling de voorkeur had. In veel gevallen maakten de patiënten geen, of niet meteen gebruik van het aanbod om naar de fysiotherapeut verwezen te worden.

5.1.5 Contacten met fysiotherapeut

Vier huisartsen wisten niet dat het de bedoeling was dat ze individueel afspraken moesten maken met de fysiotherapeuten waar ze naar verwezen, over de behandeling van een LRS-patiënt. De overige vijf huisartsen hadden met een of meer fysiotherapeuten waarnaar ze verwezen het protocol besproken.

Zes huisartsen hadden expliciet bij de verwijzing naar de fysiotherapeut vermeld dat het om een LRS-patiënt ging, of hadden gevraagd of de fysiotherapeut volgens het LRS-protocol wilde behandelen. De huisartsen wisten niet of dit ook daadwerkelijk gebeurd was.

De meeste huisartsen hadden de afspraak dat de fysiotherapeut met hen contact op zou nemen als er iets in de situatie van de patiënt veranderde, of wanneer de fysiotherapeut zich niet meer aan het

protocol kon houden. In praktijk betekende dit dat er bij twee patiënten tussentijds overleg was geweest.

Al pratende over het overleg met de fysiotherapeuten, vonden de meeste huisartsen dat ze frequenter contact zouden moeten hebben met de fysiotherapeut over het verloop van de behandeling. Twee huisartsen merkten in dit verband op dat in het aanvullende protocol iets opgenomen zou moeten worden over de frequentie van contact tussen de fysiotherapeut en de huisarts. Verder zei een aantal huisartsen dat het goed zou zijn om ook bij de fysiotherapeuten na te gaan in hoeverre men het protocol volgt. Dit zou door een onafhankelijk persoon moeten gebeuren, bijvoorbeeld door THEMA.

5.1.6 Contact met neuroloog

In twee gevallen was er direct contact geweest met de neuroloog voorafgaande aan de verwijzing. De huisartsen vonden dat de verwijzing van de patiënt goed verliep. De huisartsen die verwezen hadden volgens protocol, zeiden dat de patiënten inderdaad versneld waren geholpen. Dit kon men afleiden uit de terugrapportage van de neuroloog, maar ook omdat de patiënten dat zelf zeiden.

5.1.7 Contacten met bedrijfsarts

Geen van de huisartsen had contact gehad met een bedrijfsarts. Eén huisarts zei dat in het aanvullende protocol iets opgenomen zou moeten worden over de communicatie tussen de huisarts – fysiotherapeut - bedrijfsarts. Eén van deze drie mensen zou de case-manager moeten zijn die contact heeft met alle actoren, en afsprekt dat iedereen hetzelfde protocol volgt.

5.1.8 Verbeterpunten

De volgende verbeter- en aandachtspunten werden door een of meerdere huisartsen genoemd:

- In het aanvullende protocol zou iets over de (frequentie van) communicatie met de fysiotherapeut en de bedrijfsarts moeten staan.
- In het aanvullende protocol zou iets opgenomen moeten worden over het na-traject. Bijvoorbeeld dat wanneer de patiënt bij de neuroloog klaar is, de huisarts de patiënt zou kunnen uitnodigen voor een evaluatiegesprek over de eventuele restverschijnselen of het aanvaarden van de beperkingen.
- Door een paar huisartsen werd opgemerkt dat de bevoorrading van de huisartsen met folders en enveloppen met aanmeldingsformulier, niet goed liep. Het ziekenhuis zou hier alert op moeten zijn zodat huisartsen niet zonder folders etc. komen te zitten.
- Voorgesteld werd het protocol in het diagnostisch toetsoverleg in te bedden omdat dit werd gezien als een goede manier om het protocol te kunnen invoeren en monitoren.

5.1.9 Samenvattende conclusies

- De geïnterviewde huisartsen staan allemaal achter het protocol. De garantie dat de patiënt na 6 weken meteen geholpen wordt, maakt het voor de huisarts makkelijk het afwachtende beleid te volgen. Het afwachtende beleid is goed uit te leggen aan de patiënt. De folder en het aanvullende protocol vergemakkelijken het afwachtende beleid.
- Het beleid van de huisartsen is afwachtend, conform het protocol.
- Hoewel men het protocol inhoudelijk volgt, volgt men dit procedureel niet. Er is vrijwel geen overleg met de fysiotherapeut. Daarnaast worden sommige patiënten toch regulier (zonder vermelding naar het project) verwezen en worden er geen aanmeldingsbrieven aan de patiënt uitgedeeld. Ook waren een paar huisartsen (nog) niet goed op de hoogte van het project en de zaken die er van hen worden verwacht.
- De verwijzing door de huisarts en het doorlopen van de versnelde procedure verloopt goed.

5.1.10 Activiteiten naar aanleiding van interviews huisartsen

Uit de interviews kwam als belangrijkste punt van aandacht naar voren dat de huisartsen nauwelijks overleg hadden met de fysiotherapeuten over het protocol c.q. bij de verwijzing van een patiënt. Naar aanleiding hiervan werd besloten een aantal fysiotherapeuten te interviewen. De belangrijkste vragen hierbij waren of fysiotherapeuten met het protocol uit de voeten konden, hoe zij het contact met de huisarts ervoeren en welke punten ter verbetering zij hadden.

Eveneens naar aanleiding van bovenstaand punt en het feit dat een enkele huisarts niet op de hoogte was van de procedurele gang van zaken rondom het protocol, werd besloten dat de projectgroep nog een aantal HAGRO's zou bezoeken om uitleg te geven over het protocol. Daarnaast schreef de neuroloog een brief aan alle huisartsen om ze nogmaals te wijzen op het protocol en werd er een nieuwsbrief gemaakt voor zowel de huisartsen als fysiotherapeuten (zie ook par. 3.3). Er werd besloten niet in te gaan op de suggesties van enkele huisartsen om aanvullingen te maken in het protocol rondom de communicatie tussen de huisarts en fysiotherapeut. Dit staat immers al in het aanvullende protocol. Besloten werd via het bezoeken van de HAGRO's en de nieuwsbrief de huisartsen en fysiotherapeuten feedback te geven op dit punt. Eveneens werd besloten geen aanvullingen in het protocol op te nemen rondom het na-traject door de huisarts, omdat dit buiten het onderwerp van het protocol valt.

Tenslotte werden de huisartsen via de nieuwsbrief erop gewezen dat ze zelf de voorraad materialen moesten bijhouden en bij THEMA nieuwe folders etc. konden bestellen.

5.2 Interviews fysiotherapeuten

5.2.1 Werving fysiotherapeuten

Aan de hand van de registratie die de neuroloog bijhield werden de huisartsen die in de maand februari 2003 een patiënt hadden ingestuurd door THEMA gebeld met de vraag of ze deze patiënt ook naar de fysiotherapeut hadden verwezen. Indien dat het geval was, werd de fysiotherapeut benaderd voor een interview. Veel huisartsen gaven aan de patiënt niet te hebben verwezen naar een fysiotherapeut. Uiteindelijk werden vier fysiotherapeuten benaderd voor een geïnterviewd. Drie fysiotherapeuten hadden inderdaad een patiënt verwezen gekregen, waarvan een fysiotherapeut zelfs twee patiënten. De vierde fysiotherapeut zei dat de patiënt zich nooit gemeld had, maar wilde evengoed over het project geïnterviewd worden.

5.2.2 Kennisname en acceptatie van het protocol en de aanvullende materialen

Drie van de vier fysiotherapeuten waren op de hoogte van het project, het (aanvullende) protocol en de patiëntenfolder. De fysiotherapeut die niet op de hoogte was, kreeg voorafgaande aan het interview de materialen toegestuurd. Het was niet duidelijk of zij per abuis de materialen niet van THEMA had gekregen, of dat de collega's vergeten waren haar hiervan op de hoogte te stellen.

Alle fysiotherapeuten stonden in principe achter het afwachtende beleid zoals vermeld in het protocol. Toch waren er punten van kritiek en aanvullingen op het protocol. Eén fysiotherapeut vond het protocol niet ver genoeg gaan. Zijn ervaring was dat bij frequente training (3 tot 6 maanden, 3 keer per week) de patiënt niet meer verwezen hoefde te worden. In die zin zou de termijn van het afwachtende beleid nog langer mogen zijn.

Twee fysiotherapeuten vonden dat het na-zorgtraject in het protocol ontbrak. Hoe te handelen wanneer de patiënt na een negatieve MRI of na een operatie weer bij de fysiotherapeut komt? Het zou goed zijn om hier ook richtlijnen over op te nemen.

Twee fysiotherapeuten hadden de folder goed gelezen en waren het eens met de inhoud. Een punt van aanvulling was dat, om valse verwachtingen te voorkomen, de fysiotherapeut of huisarts de patiënt wel zou moeten zeggen dat een verwijzing na niet altijd een operatie inhoudt. En dat een operatie ook geen garantie is voor het verdwijnen van de klachten.

5.2.3 Gebruik van het protocol en aanvullende materialen

De drie fysiotherapeuten die een patiënt hadden gehad, zeiden bij alle patiënten conform het protocol te hebben gehandeld. De begeleiding bestond vooral uit voorlichting geven over wat een LRS is het mogelijke verloop ervan. Verder was de begeleiding gericht op het mobiliseren van de patiënt. Dat wil zeggen het adviseren over oefeningen die de patiënt kon doen en het geven van houdingsadviezen. De frequentie van contact was bijna altijd de eerste drie weken twee keer en daarna 1 keer per week.

Eén fysiotherapeut meldde het lastig te vinden om geen functieonderzoek te doen omdat het moeilijk is de belasting op te bouwen, zonder de bevindingen uit onderzoek. Bij navraag bleek de betreffende fysiotherapeut het ‘hands-off-concept’ al te letterlijk te nemen door helemaal niets meer te onderzoeken. Hernieuwde uitleg over de procedure (de fysiotherapeut onderzoekt en bevestigt zo mogelijk de gestelde diagnose) bleek voldoende opheldering te geven.

Eén fysiotherapeut had de patiëntenfolder uitgedeeld, maar de patiënt had daar geen belangstelling voor. Eén fysiotherapeut kende zoals gezegd de folder niet, maar was wel van plan deze in de toekomst uit te delen.

5.2.5 *Contacten met huisarts*

Bij drie van de vier patiënten had de huisarts niet bij de verwijzing overlegd of de fysiotherapeut gevraagd de patiënt conform het protocol te begeleiden. Eén fysiotherapeut zei dat jammer te vinden omdat ze anders op de hoogte was geweest van het project en bovendien qua voorlichting had kunnen aansluiten bij datgene wat de huisarts had verteld. Deze fysiotherapeut zei dat navraag bij de collega’s leerde, dat zij ook nooit een LRS-patiënt verwezen kregen waarbij melding werd gemaakt van het protocol. Eén fysiotherapeut had zelf contact opgenomen met de huisarts naar aanleiding van de start van het project om afspraken te maken over de begeleiding van LRS-patiënten.

Bij twee patiënten vond er tussentijds overleg plaats met de huisarts en bij één patiënt vond er overleg plaats rondom de verwijzing naar de neuroloog.

Alle fysiotherapeuten waren van mening dat het goed zou zijn wanneer de huisarts bij verwijzing melding zou maken van het protocol en ook zou vermelden welke uitleg hij/zij de patiënt had gegeven. De fysiotherapeut zou daar dan in de vervolcontacten op kunnen aanhaken. Dit werd door de fysiotherapeuten als de kracht van het protocol gezien: in de hele keten hetzelfde beleid en dezelfde uitleg.

5.2.6 *Verbeterpunten*

De volgende verbeterpunten werden door een of meerdere fysiotherapeuten genoemd:

- In het protocol zouden richtlijnen opgenomen moeten worden over de periode na 6 weken wanneer de patiënt een negatieve MRI of een operatie heeft gehad.
- De patiënten zouden in het ziekenhuis mondelinge voorlichting en/of een folder moeten krijgen over wat ze moeten doen na een operatie door de neurochirurg. In de praktijk bleek dat patiënten dat niet wisten. Het gaat dan om de vraag óf en wanneer ze contact moeten opnemen met de fysiotherapeut.

- Het protocol zou blijvend onder de aandacht moeten worden gebracht van de fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten zien niet veel LRS-patiënten die volgens het protocol verwezen worden en daarmee zal de parate kennis over het protocol snel wegzakken.

5.2.7 *Samenvattende conclusies*

- De geïnterviewde fysiotherapeuten staan allemaal achter het protocol. Het protocol zou echter inhoudelijk nog aangevuld moeten worden met richtlijnen over het traject na 6 weken.
- Het beleid van de fysiotherapeuten is afwachtend, conform het protocol.
- De fysiotherapeuten bevestigen dat de huisartsen het protocol procedureel niet volgen omdat ze er bij verwijzing niet aan refereren en er geen overleg is met de fysiotherapeut. Anderzijds nemen de fysiotherapeuten zelf ook geen initiatief tot overleg met de huisarts.

5.2.8 *Activiteiten naar aanleiding van interviews fysiotherapeuten*

Ook uit de interviews met de fysiotherapeuten kwam als belangrijkste punt naar voren dat de huisartsen bij verwijzing niet refereren naar het protocol. De activiteiten naar aanleiding hiervan zijn in paragraaf 5.1.10 besproken.

Er werd besloten niet in te gaan op de suggesties van de fysiotherapeuten om aanvullingen te maken in het protocol rondom de periode na 6 weken. De reden hiervoor is dat de bestaande standaarden / richtlijnen van het NHG, CBO en de Gezondheidsraad het totale traject beschrijven en voldoende houvast bieden voor de behandeling na 6 weken.

6 Resultaten effect evaluatie

6.1 Afname te snelle verwijzingen

6.1.1 Totaal aantal verwijzingen voor LRS

Uit de registratie van de DBC-codes op basis van het afsprakensysteem van het ziekenhuis blijkt dat het aantal patiënten dat voor een LRS naar de polikliniek werd verwezen niet is veranderd. De eerste drie maanden van 2002 werden 144 eerste consulten voor patiënten met een LRS geregistreerd en in dezelfde drie maanden van 2003 waren dat er 145.

6.1.2 Percentage te snelle verwijzingen

Een vergelijking van de beoordeling van de verwijzingen tussen de voor- en nameting op basis van de registratie van de neuroloog is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Vergelijking van het percentage te snel verwezen patiënten in de voormeting (n= 105) en nameting (n=101)

	Voormeting	Nameting
Onterecht binnen zes weken verwezen	6%	4%
Terecht binnen zes weken verwezen	5%	7%

Het percentage patiënten dat ten onrechte binnen zes weken is verwezen, blijkt ook tijdens de voormeting al laag te liggen. Tijdens de nameting neemt dat percentage nog verder af. Het percentage terecht snel verwezen patiënten neemt toe van 5% naar 7%.

In tabel 2 is de beoordeling van de verwijzingen tijdens de nameting weergegeven. Er is een splitsing gemaakt naar patiënten die regulier zijn verwezen (al dan niet terecht) en patiënten die voor het versnelde traject zijn aangemeld (al dan niet terecht). Uit tabel 2 blijkt dat één patiënt voor het versnelde traject werd aangemeld maar ten onrechte binnen zes weken werd ingestuurd. Van de regulier verwezen patiënten werden er drie ten onrechte binnen zes weken ingestuurd.

Tabel 2 Beoordeling verwijzingen tijdens de nameting (n=101)

	Aantal (=%)
Versneld traject: correct verwezen na zes weken	24
Versneld traject: terecht verwezen binnen zes weken conform protocol	7
Versneld traject: onterecht verwezen binnen zes weken	1
Regulier verwezen: onterecht verwezen binnen zes weken	3

Regulier verwezen: patiënt had eerder verwezen mogen worden	1
Regulier verwezen: onterecht niet als LRS-project patiënt aangemeld	12
Regulier verwezen: terecht*	53
Totaal	101

* Dit zijn patiënten die langdurig klachten hebben ten gevolge van een LRS of patiënten met een recidief

Er bleken 32 patiënten te zijn aangemeld voor het versnelde traject (de eerste drie rijen van tabel 2). Van de 69 'overige' patiënten die regulier zijn verwezen had volgens het oordeel van de neuroloog een vijfde voor het versnelde traject aangemeld kunnen worden. Van de 32 patiënten die voor het versnelde traject waren aangemeld konden we van 24 gevallen het interne routingformulier traceren. Er bleek een grote spreiding in het aantal weken dat de huisarts een afwachtend beleid voerde. Gemiddeld werd een patiënt na 9 weken verwezen, variërend van 1 tot 28 weken en een mediaan van 7,5.

6.2 Afname doorlooptijd

6.2.1 Afname toegangstijd tot polikliniek, doorlooptijd polikliniek en tijd tot operatie

De toegangstijd tot de polikliniek en de doorlooptijd in de polikliniek (tot het behandelbeleid werd vastgesteld) en de doorlooptijd tot een operatie is zowel tijdens de voor- als de nameting bepaald (tabel 3). Uit de tabel blijkt duidelijk dat de algemene toegangstijden aanzienlijk verminderd zijn van gemiddeld 18,4 dagen naar 8,1 dagen. De doorlooptijd in de polikliniek is, zoals verwacht mag worden, vooral voor de patiënten in het versnelde traject aanzienlijk verminderd. Ook laat de tabel zien dat de doorlooptijd tot een operatie is teruggelopen. Voor de patiënten die werden aangemeld voor het versnelde traject geldt een duidelijk kortere toegangstijd tot de polikliniek en ook een kortere doorlooptijd voor een operatie. Opvallend was verder dat het aantal patiënten met slechts een polikliniekconsult tijdens de nameting is verminderd van 17 naar 4 patiënten.

Tabel 3 Vergelijking van de toegangstijden tot de polikliniek, de doorlooptijd op de polikliniek en de doorlooptijd tot een operatie tussen voor- en nameting, uitgesplitst naar patiënten die voor het versnelde traject waren aangemeld (c.q. ervoor in aanmerking kwamen bij de 'voormeting') en de overige regulier verwezen patiënten (in dagen)

	Voormeting		Nameting	
	Gemiddelde	N	Gemiddelde	n
Toegangstijd polikliniek	18,4	97	8,1	98

- Versnelde traject *	14,2	31	3,6	32
- Overige patiënten	20,4	66	10,3	66
Doorlooptijd polikliniek	23,5**	101	22,5	96
- Versnelde traject*	22,7	33	8,7	31
- Overige patiënten	23,8	68	29,1	65
Doorlooptijd operatie	77,4	16	51,2	17
- Versnelde traject*	70,5	12	34,1	9
- Overige patiënten	98,0	4	70,5	8

* Tijdens de voormeting noteerde de neuroloog of een patiënt in principe in aanmerking hadden kunnen komen voor het protocol. Omdat deze mogelijkheid toen nog niet daadwerkelijk bestond zijn dit dus potentiële versnelde traject patiënten.

** Tijdens de voormeting werd bij 17 patiënten slechts een consult gehouden. Wanneer deze patiënten (met doorlooptijd 0 dagen) worden weggelaten is de gemiddelde doorlooptijd 28,9 dagen. Tijdens de nameting waren er slechts 4 patiënten met maar een enkel consult.

6.2.2 Afname totale doorlooptijd

In tabel 4 zijn de totale doorlooptijden weergegeven van alle patiënten die tijdens de nameting werden geregistreerd,. De tabel laat zien dat bij 2 van de 31 patiënten die het versnelde traject doorliepen de totale doorlooptijd langer dan drie weken was. Bij één patiënt bleek de langere doorlooptijd verband te houden met gecompliceerde problematiek waarvoor een veelvoud van collega specialisten werd ingeschakeld.

Tabel 4 Totale doorlooptijd van patiënten die het versnelde traject doorliepen vergeleken met de overige reguliere verwezen patiënten.

Totale doorlooptijd	Versnelde traject	Overige patiënten	Totaal
Binnen een week	11	2	13
Binnen twee weken	12	4	16
Binnen drie weken	6	8	14
Langer dan drie weken	2	48	50
Totaal	31	62	93

6.2.3 Neveneffecten

Bij de voorbereidingen van het project werd nogal eens de suggestie gehoord dat met het versnellen van de procedure in de polikliniek het aantal operaties zou kunnen toenemen, waardoor mogelijk

patiënten ten onrechte voor een operatie in aanmerking komen. Wij hebben echter geen enkele aanwijzing dat het aantal operaties toenam. Tabel 3 met daarin de doorlooptijden tot een operatie, laat zien tijdens de voormeting 16 patiënten en tijdens de nameting 17 patiënten werden geopereerd.

Tijdens de nameting komen er verhoudingsgewijs zelfs minder patiënten uit de groep die volgens protocol naar de polikliniek waren gestuurd.

Uit de registratie van de neuroloog valt verder nog te melden dat, op één patiënt na, alle volgens het protocol verwezen patiënten inderdaad een LRS bleken te hebben. Onder de 65 patiënten die regulier werden verwezen bleek een grote groep van 24 patiënten te zijn waarbij geen LRS werd gediagnosticeerd.

7. Conclusies en aanbevelingen

7.1 Conclusies

7.1.1 *Effect van project op afname te snelle verwijzingen en de doorlooptijd*

Tijdens de nameting is het percentage onterechte snelle verwijzingen nog maar zeer gering, namelijk 4%. Een duidelijke daling vergeleken met de voormeting (6%) blijkt echter niet aantoonbaar. Toch zou het onjuist zijn te concluderen dat de doelstelling, namelijk een daling van 50% van het aantal te snelle verwijzingen, hiermee niet is gehaald. Het feit dat een verschil tussen voor- en nameting nauwelijks aantoonbaar is, wordt vrijwel zeker veroorzaakt door de aandacht die het project heeft gekregen tijdens de transmurale conferentie (THEMA dagen april 2001) die voorafging aan het project. Huisartsen en specialisten bespraken daar de conceptprotocollen die formeel op 1 april 2002 werden ingevoerd. Wanneer we afgaan op het vooronderzoek dat vijf jaar daarvoor (1998) is uitgevoerd en waaruit blijkt dat ongeveer 25% van de verwijzingen ten onrechte waren gedaan, is een reductie tot 5% een sterke verbetering. Een duidelijke aanwijzing dat het percentage ten onrechte verwezen patiënten is afgenomen is het gegeven dat tijdens de voormeting 17 patiënten na een enkel consult werden terugverwezen en tijdens de nameting 4. Ook de verkorting van de algemene toegangstijd tot de polikliniek (zie hieronder) is mogelijk een aanwijzing voor een toename van een rationeel verwijsbeleid van huisartsen. Daarom zou voorzichtig geconcludeerd kunnen worden dat het doel om het aantal te snelle verwijzingen met 50% terug te brengen waarschijnlijk wel is gedaald, maar een extra meetmoment in 2000 nodig was geweest om dit met zekerheid te kunnen aantonen (zie kritische kanttekeningen).

Geconcludeerd kan worden dat het streven om de totale doorlooptijd in het ziekenhuis terug te brengen van 3 maanden naar 3 weken, is gelukt (tijd tussen verwijzing door de huisarts en het stellen van de definitieve diagnose c.q. operatie indicatie door de neuroloog). De effectevaluatie laat duidelijk zien dat de doorlooptijd op de polikliniek voor LRS patiënten die volgens protocol worden verwezen, terug te brengen is tot minder dan twee weken (gemiddelde doorlooptijd is 8,7 dagen). Daarnaast is de toegangstijd tot het eerste polikliniekbezoek sterk afgenomen (gemiddelde toegangstijd is 3,6 dagen). Dit geldt ook wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat de toegangstijden en de doorlooptijden voor de overige LRS-patiënten eveneens afnamen tussen voor- en nameting. Indien nodig werd ook binnen een week na het tweede polikliniekconsult een afspraak gepland met de neurochirurg om een definitief besluit te nemen over operatief ingrijpen. Door onvoorziene omstandigheden bleek het niet mogelijk deze operatie eveneens binnen de gestelde termijn van drie weken uit te voeren. Het was in eerste instantie de bedoeling dat een groot deel van de patiënten voor chemonucleolysis door de orthopedisch chirurg in aanmerking zou komen. Omdat vanaf 2002 de

orthopedisch chirurg deze ingreep niet langer meer kon uitvoeren, (het farmaceutisch bedrijf stopte de productie van de stof) moesten deze patiënten geopereerd worden door een neurochirurg uit Tilburg die, in tegenstelling tot de orthopedisch chirurg, maar een keer per 14 dagen daarvoor beschikbaar was.

7.1.2 Oordeel van huisartsen en fysiotherapeuten over het project

Op basis van de interviews met de huisartsen en fysiotherapeuten kan geconcludeerd worden dat zij positief zijn over het project. Het blijkt goed mogelijk het afwachtende beleid ten uitvoer te brengen. De garantie vanuit het ziekenhuis dat de patiënt na zes weken meteen geholpen wordt, het feit dat huisartsen en fysiotherapeuten op één lijn zitten qua beleid en de materialen die zijn ontwikkeld in het kader van het project, zijn hier de belangrijkste reden van.

Verder kan geconcludeerd worden dat, hoewel men inhoudelijk volgens het protocol handelt, men dit nauwelijks procedureel volgt. Dit uit zich met name in het feit dat er nauwelijks overleg plaatsvindt tussen de huisarts en fysiotherapeut rondom een bepaalde patiënt. Daarnaast worden patiënten toch nog regulier verwezen door huisartsen in plaats van versneld volgens protocol. Het betreft 17% (12 van de 69 regulier verwezen patiënten) van de patiënten. Dit betekent dat hier nog een aanzienlijke winst te behalen valt. Enerzijds zou geconcludeerd kunnen worden dat de implementatieactiviteiten op deze punten tekort zijn geschoten. Anderzijds moet vermeld worden dat de projectgroep niet bij machte was een deel van de voorgestelde activiteiten, zoals het bezoek van de HAGRO's, volgens planning uit te voeren.

Uit de interviews met de huisartsen blijkt duidelijk dat de enkele patiënt die ten onrechte verwezen wordt, een uitzondering is op het normale verwijzingsbeleid van de huisarts. Dit wordt bevestigd door het bijzonder lage percentage te vroeg verwezen patiënten. Een hogere mate van implementatie van het protocol is haast niet mogelijk omdat er altijd patiënten zullen zijn die, vanwege uitzonderlijke omstandigheden, niet volgens verwezen zullen worden.

7.1.3 Kritische kanttekeningen

Zoals eerder vermeld kon een afname van 50% in het aantal te snelle verwijzingen niet worden vastgesteld. Dit heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de gekozen meetmomenten. Vanaf 2000 hebben er verschillende activiteiten plaatsgevonden ter verhoging van de adoptie door de huisartsen. Het is goed denkbaar dat een deel van de huisartsen vanaf die tijd reeds een afwachtend beleid heeft gevoerd. Een deel van de huisartsen bevestigde dit ook tijdens het interview. Goed inzicht hierin kan alleen verkregen worden door het aantal te snelle verwijzingen in de periode november 2000 tot april 2001 te onderzoeken.

Zowel tijdens de voormeting als tijdens de nameting is slechts een deel van de statussen bekeken van alle patiënten die tussen november en april de polikliniek bezochten. Het was de bedoeling ongeveer

100 statussen te bekijken, maar deze werden niet op systematische wijze geselecteerd. Hierdoor kan er sprake zijn van selectie en daarmee een vertekening van de resultaten. Aan de hand van gegevens uit het Ziekenhuis Informatie Systeem is een deel van de 'gemiste' statussen alsnog door de neuroloog bekeken. Deze kon echter geen specifieke selectie vaststellen.

In eerste instantie was het de bedoeling te onderzoeken of het protocol (positieve) effecten had op de werkhervatting van de patiënt. Denkbaar is dat patiënten die volgens protocol behandeld worden, sneller hun werk kunnen hervatten. Verondersteld wordt dat door adequate en eenduidige informatie in de hele zorgketen, over wat er aan de hand is en wat de patiënt kan verwachten, angst en onzekerheid bij de patiënt weggenomen wordt en hierdoor de pijn kan verminderen. (Gezondheidsraad, 1998)

Omdat bij het hervatten van werk of de normale werkzaamheden vele factoren een rol spelen, werd afgezien van een effectmeting op dit terrein. Voor zover nagegaan kon worden, waren er ook geen nadelige neveneffecten van het project op de patiënt. Dit werd echter niet goed onderzocht. Om een uitspraak te kunnen doen of het project echt geslaagd is, zou in feite een kosteneffectiviteitanalyse uitgevoerd moeten worden.

7.2 Aanbevelingen

Ondanks het feit dat de uitkomsten van het project als succesvol mogen worden beschouwd, blijven er verbeteringen mogelijk.

- Huisartsen zouden in meer gevallen gebruik kunnen maken van de versnelde procedure op de polikliniek. De procedure van aanmelden zal nog duidelijker en continue onder de aandacht van de huisartsen en hun assistentes gebracht moeten worden. Het verdient aanbeveling hiervoor een oplossing te kiezen zoals in het verwijfsprogramma van Zorgdomein.⁷
- Huisartsen en fysiotherapeuten zouden vaker moeten overleggen over de behandeling van een patiënt. Juist omdat men zélf aangeeft dat het op een lijn zitten qua behandeling en voorlichting essentieel is voor deze groep patiënten. Aandacht hiervoor via de HAGROs of nieuwsbrieven vanuit het ziekenhuis blijft van belang.
- Hoewel het project blijft voortbestaan na afronding van de onderzoeksactiviteiten en de coördinator van de Stichting THEMA regelmatig de huisartsen en fysiotherapeuten zal informeren over het project en herinneren, blijft het van belang de continuering van de behaalde resultaten te meten. Door bijvoorbeeld jaarlijks in een vaste maand te kijken wat het percentage te snelle verwijzingen is, kan bijgestuurd worden. Hetzelfde geldt voor het bijhouden van het percentage patiënten dat regulier in plaats van volgens protocol verwezen is. Dit zijn activiteiten die het ziekenhuis zelf kan doen.

⁷ Een verwijfsprocedure via internettechnieken. Zie: www.zorgdomein.nl

- Tot slot is het, gezien het succes van het project, wenselijk dit project naar andere regio's uit te breiden. De regio Geldrop is, voor zover bekend, met dit project een voorloper. Het project zou gezien kunnen worden als een haalbaarheidsstudie. Bij een proefimplementatie op grotere schaal kan nagegaan worden of dezelfde resultaten worden bereikt in andere, misschien moeilijkere regio's. Tevens biedt dit de mogelijkheid een aantal zaken nader te onderzoeken, zoals een kosteneffectiviteitanalyse. De resultaten zullen informatie geven die nodig is voor de besluitvorming rondom landelijke implementatie.

8 Literatuur

Assema P van, Mesters I, Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. TSG 1992;7:431-7.

Bemmel R. van, Boer J den, Hendriks HJM, Heijmeskamp H, Kempkes H, Lasonder-Veldhuizen HJ, Onstenk JHG, Pfaff ThM, Rozeman E. KNGF-ontwerprichtlijn Postoperatief Lumbosacraal Radiculaire Syndroom. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 1999.

Fleuren M, Wijkkel D, Haan M de, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. Eur J Gen Pract 1998;4:11-7.

Fleuren MAH, Verlaan ML, Jong ORW de, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdam FJM van, Radder JJ. Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002a.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulusssen TGW. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002b.

Met opmaak: Duits (standaard)

Met opmaak: Engels (Groot-Brittannië)

Fullan MG. The new meaning of educational change. London: Cassell Educational Limited, 1991.

Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom. Publicatienummer 1999/18. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.

Met opmaak: Engels (Groot-Brittannië)

Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing practice guidelines. Quality in Health Care 1995;4:55-64.

Met opmaak: Nederlands (standaard)

Grol R, Wensing M red. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.

Hofstee DJ, Gijtenbeek JJM, Hoogland PH, Houwelingen JC van, Kloet A, Lotters F, Tans JThJ. Bedrust en fysiotherapie geen meerwaarde bij acute lumbosacrale radiculare pijn; een gerandomiseerde, klinische studie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2003;147:249-54.

Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-46.

Met opmaak: Nederlands (standaard)

NVAB. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Lage Rugklachten. www.richtlijnen-nvab.nl.

Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.

Schouwenaars S. Stroomlijning door afstemming. Het patiëntgericht herontwerpen van het transmurale zorgtraject van de patiëntengroep Hernia Nuclei Pulposi (HNP) vanuit het St. Annaziekenhuis te Geldrop. Geldrop: St Annaziekenhuis, 1998.

Smeele IJM, Van den Hoogen JMM, Mens JMA, Chavannes AW, Faes A, Koes BW, Romeijnders ACW, Van der Laan JR. NHG-standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom. Huisarts en Wetenschap 1998; 29(2); 78-89.

Vroomen PCAJ, Krom MCTFM de, Wilmink JT, Kester ADM, Knotnerus JA. Twee weken bedrust niet effectief voor het lumbosacrale radiculaire syndroom: een gerandomiseerd klinisch onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2000;144:1441-5.

Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M, et. al. Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.

Zorg Onderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Den Haag: ZON, 1998.

Bijlage 1 Initiële Protocol Lumbosacraal Radiculair Syndroom

Beleid huisarts

- Meestal pijn in de rug en altijd uitstralende pijn in een been
- Behandeling conform NHG-standaard uit 1996

Criteria voor verwijzing naar neuroloog:

Spoedverwijzing na telefonisch contact dienstdoende neuroloog indien er sprake is van:

- Cauda syndroom
- Verdenking andere pathologie o.a. fractuur; wervelmeta's e.d.
- Onhanteerbare thuissituatie
- Snel progressieve uitval in:
 - m. quadriceps (L4)
 - voetheffers (L5)
 - kuitspier (S1)

Verwijzing naar LRS polikliniek:

- Na 6 weken conservatieve therapie thuis
-

Bijlage 2 Aanvullend protocol Lumbosacraal Radiculair Syndroom

1. Inleiding

Deze richtlijn is bestemd voor de uitvoering van het conservatief beleid door huisartsen en fysiotherapeuten gedurende **6 weken** bij patiënten met het LRS. De doelen zijn door een goede onderlinge afstemming een eenduidig beleid te bewerkstelligen met verbetering van de ketenkwaliteit. Het stappenplan sluit aan bij de NHG-Standaard (1996), maar wijkt met name wat betreft het advies voor bedrust hier van af.

Het conservatief beleid van 6 weken begint vanaf het moment dat het LRS is geconstateerd door de huisarts. Patiënten kunnen al langere tijd klachten hebben, maar de huisarts niet hebben geraadpleegd.

2. Beleid huisarts

1.1.1 Uitgangspunt

Klinisch onderzoek door de huisarts is toereikend om het beleid te bepalen.

1.1.2 Anamnese, lichamelijk onderzoek en spoedverwijzing

- ◆ Anamnese en lichamelijk onderzoek volgens NHG-Standaard (1996)
- ◆ Overleg met dienstdoende neuroloog St. Annaziekenhuis bij:
 - cauda syndroom
 - verdenking andere pathologie (o.a. fractuur, wervelmeta's)
 - snelle progressieve uitval in m. quadriceps (L4), voetheffers (L5), kuitspier (S1)
 - onhanteerbare thuissituatie

2 Voorlichting over het LRS

- ◆ Uitleg over het LRS
- ◆ Benadrukken natuurlijk beloop en gunstige prognose
 - bij 8 van de 10 patiënten nemen de klachten af in de loop van de eerste 6 weken
 - Het kan een paar weken duren voor de klachten in ernst afnemen
 - Natuurlijk herstel heeft de voorkeur boven operatie
 - rugklachten kunnen overigens na herstel blijven bestaan, ook na eventuele operatieve ingreep
 - 80-90% van de patiënten is na 1 jaar goed hersteld, met of zonder operatieve ingreep
- ◆ Patiëntenfolder meegeven

2.1.1 Medicamenteuze behandeling

- ◆ Bij hevige pijnklachten is het zinvol om te starten met zwaardere pijnmedicatie, d.w.z. in stappen van bijvoorbeeld 1 dag verhogen van medicatie, snel zo nodig tot morfinomimetica opbouwen, of direct met morfinomimetica starten.

2.1.2 Advisering

- ◆ Bedrust is niet geïndiceerd, maar soms de eerste dagen noodzakelijk
- ◆ (Vergeleken met de NHG-standaard van '96 is hier sprake van voortschrijdend inzicht)
- ◆ Advies: zoveel mogelijk in beweging blijven, maar voorzichtigheid bij houding en bewegingen die tot extreme pijnklachten leiden
- ◆ Bij patiënten met hevige pijnklachten en uitvalsverschijnselen, die het conservatief beleid afwijzen en neurologisch onderzoek wensen, benadrukken dat:
 - het geen invloed heeft op het beleid omdat men (wereldwijd) van mening is dat men nooit moet opereren als men niet eerst 6 weken heeft afgewacht (of natuurlijk herstel optreedt).
 - door goede mobilisatie en reductie van pijn de klachten bij 8 van de 10 patiënten verminderen ook al kan dat soms een paar weken duren.

2.1.3 Controles

- ◆ Na 1, 2 en 4 weken op pijnmedicatie en mobiliteit (ADL)
- ◆ Bij gunstig beloop na 6 weken beleid voortzetten op ADL, hervatting werk en sportactiviteiten

2.1.4 Inschakelen fysiotherapeut

- ◆ Zo nodig bij opbouw en hervatten van oude activiteiten

2.1.5 Verwijzing naar LRS Polikliniek

- ◆ Indien conservatief beleid van huisarts en fysiotherapeut niet resulteert in verwachte verbetering binnen 6 weken
- ◆ Indien patiënt dusdanig blijft twijfelen aan juistheid van beleid dat hij/zij niet in staat is om het beleid te volgen. (Een telefonische 'second opinion' van de neuroloog in het bijzijn van de patiënt kan in sommige gevallen uitkomst bieden)

3. Beleid fysiotherapeut

2.1.6 Uitgangspunt

Door voorlichting en begeleiding mobilisatie bevorderen en voorbereiding op hervatting werk en/of sportactiviteiten

2.1.7 Onderzoek

- ◆ Onderzoek van ADL-vaardigheden
- ◆ Bepalen van belemmerende factoren bij patiënt bij de uitvoering ADL-functies (onzekerheid, bewegingsangst)
- ◆ Vaststellen mobilisatiedoelen (ADL-vaardigheden)

2.1.7.1 Voorlichting

- ◆ Herhalen voorlichting over het LRS, het beloop, en de prognose
- ◆ Bevestigen advisering van huisarts over conservatief beleid

Begeleiding (tot 6 weken)

- ◆ Begeleiding bij verbetering ADL-vaardigheden
- ◆ Geleidelijk opbouwen van de belasting
- ◆ Bij moeilijk te mobiliseren patiënten het gebruik van krukken adviseren/stimuleren
- ◆ Frequentie consult in eerste week twee keer, daarna één keer per week (afhankelijk van de ernst van de klachten, aard van de belemmeringen en het leervermogen van de patiënt)
- ◆ Advisering bij hervatting van werk en/of sportactiviteiten

2.1.7.2 Afstemming met huisarts

- ◆ Bij twijfel over verloop en resultaten na 2 weken huisarts raadplegen
- ◆ Bij twijfel over verwezen patiënten met rugklachten en vermoeden van ontwikkeling van het LRS huisarts raadplegen
- ◆ Schriftelijke terugkoppeling naar huisarts na 6 weken over mate van ADL-status en pijnklachten

Begeleiding (na 6 weken)

- ◆ Afhankelijk van resultaten in eerste 6 weken voortzetting van begeleiding
- ◆ Intensiveren van belasting
- ◆ Adviseren over hervatting werk en/of sportactiviteiten
- ◆ Geregelde afstemming met huisartshevig invaliderende pijnklachten

Bijlage 3 Verslag focusgroepinterviews met huisartsen en fysiotherapeuten

2.2 Werkwijze groepsinterview

De deelnemers kregen ter voorbereiding van het interview de volgende vragen toegestuurd:

1. Wat vindt u van de voorgestelde werkwijze in het protocol, in combinatie met de NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom?
2. Vindt u het protocol uitvoerbaar?
3. Is de werkwijze en zijn de verschillende stappen duidelijk beschreven: weet u wat u moet doen? Zo nee, op welke punten niet?
4. Welke problemen denkt u tegen te komen bij het volgen van het protocol? Denk bijvoorbeeld aan de afstemming tussen huisarts, fysiotherapeut en ziekenhuis. Welke oplossingen zijn hiervoor denkbaar?
5. Denkt u dat patiënten het met het beleid, zoals in het protocol beschreven, eens zullen zijn? Zo nee, waarom niet? En welke oplossingen zijn hiervoor denkbaar?

Van de eerste bijeenkomst werd een verslag gemaakt. De deelnemers aan de tweede bijeenkomst kregen voorafgaand aan het interview het verslag te lezen. Zij gaven aan in hoeverre het verslag herkenbaar was en welke punten aangevuld moesten worden. Onderstaande resultaten zijn een geïntegreerd verslag van beide bijeenkomsten.

Resultaten groepsinterviews

Algemene opmerkingen

Omdat het protocol in feite het opvolgen van de NHG-standaard is, vraagt een huisarts zich af of het zinvol is een onderzoek te starten. Mogelijk werken alle huisartsen nu al volgens het protocol. Het maatschap neurologen van het St. Anna Ziekenhuis signaleert echter dat er veel onnodige verwijzingen en voortgezette diagnostiek zijn, dus dat een deel van de huisartsen niet handelt volgens het protocol.

Verwacht u dat resultaten zoals gesteld in het protocol zullen optreden? (voorkomen onnodige verwijzingen, diagnostiek; snellere doorstroming patiënten; eenduidig beleid; verbeterde ketenkwaliteit). Wat vindt u van de voorgestelde werkwijze in het protocol? Zijn de doelen haalbaar?

De doelen zijn haalbaar en resultaten kunnen volgens de geïnterviewden optreden onder de volgende voorwaarden:

- a. Alle zorgverleners (huisartsen en fysiotherapeuten) moeten op de hoogte zijn van het protocol;
- b. Alle zorgverleners moeten het protocol onderschrijven;
- c. Alle zorgverleners moeten op hetzelfde kennisniveau zitten;

- d. Er moeten afspraken gemaakt worden over de voorlichting en de wijze en frequentie van begeleiding tussen de huisarts en de fysiotherapeut zodat ze uit een mond spreken.
- Ad a. Fysiotherapeuten zijn nu nog niet op de hoogte van het protocol. Verder blijkt in de praktijk dat ook nog niet alle huisartsen er weet van hebben.
- Ad b. De verwachting is dat ook de fysiotherapeuten het protocol zullen onderschrijven.
- Ad c. Belangrijke factor is de zekerheid / onzekerheid. Diagnostische kennis geeft zekerheid en maakt het makkelijker het protocol op te volgen. De verwachting is dat er een diversiteit bestaat binnen de huisartsen en fysiotherapeuten wat betreft zekerheidsgevoel, met name ook wat betreft “eisende” patiënten. M.a.w. er zullen altijd mensen blijven die veel verwijzen. Gebrek aan kennis wat betreft de wijze van begeleiding is waarschijnlijk niet het probleem, maar wel de neiging om een LRS “actief” te behandelen (‘moet toch iets doen’). De verwachting is dat met name fysiotherapeuten moeite zullen hebben met een conservatief beleid (‘handen op de rug houden’), terwijl hun taak is de patiënt mobiel te houden via voorlichting en instructie.
- Ad d. Het opvolgen van het protocol hangt af van de afspraken die in de keten gemaakt kunnen worden en de mate waarin iedereen zich eraan houdt. Waarschijnlijk zijn de beroepsgroepen bereid tot het maken en naleven van dergelijke afspraken.

Welke problemen denkt u tegen te komen bij het volgen van het protocol? Denk bijvoorbeeld aan de afstemming tussen huisarts, fysiotherapeut en ziekenhuis en aan de acceptatie door de patiënt. Welke oplossingen zijn hiervoor denkbaar?

- Mogelijk knelpunt is om de beroepsgroepen op een lijn te krijgen. Huisartsen in HAGRO's werken samen. Fysiotherapeuten werken niet zo goed samen en een structuur zoals de HAGRO ontbreekt, mede door het grote aantal fysiotherapeuten.
- Bij sommige HAGRO's is de verhouding huisarts - fysiotherapeut uitstekend. Bij andere is er nauwelijks overleg.
- Voor de huisartsen zijn de patiënten met veel pijnklachten en uitvalsverschijnselen het moeilijkst. Aan deze patiënten is het moeilijk te verkopen dat men 6 weken een conservatief beleid voert, zeker wanneer het gaat om mensen met een eigen bedrijf of in loondienst die moeten verzuimen. De huisarts moet sterk staan in zijn / haar diagnose. Daarnaast ontbreekt het de huisarts vaak aan tijd om deze patiënten intensief te begeleiden. Begeleiding door de fysiotherapeut is hierbij een uitkomst. Een consistent verhaal in de hele zorgketen met ook de nadelige gevolgen van “actief” beleid kan bijdragen aan de beeldvorming bij de patiënt dat verwijzing geen zin heeft. De kern van het protocol is in feite de communicatie naar de patiënt. De boodschap is dat de meerwaarde van beeldvormende diagnostiek gering is want

voor het beleid maakt het niet uit. De nadruk ligt op mobilisatie en maximale reductie van de pijn via goede medicatie.

- Zoals eerder gezegd ligt het niet in de aard van sommige fysiotherapeuten een conservatief beleid te voeren en wil men graag wat doen. Het gevaar hiervan is dat de patiënt daardoor een bevestiging krijgt dat een “actief” beleid zinvol is. Hetzelfde geldt voor het uitgebreid verrichten van diagnostische testen.
- De druk op de fysiotherapeut wordt opgevoerd wanneer de patiënt drie tot vier keer per week bij de fysiotherapeut komt. Deze frequentie moet laag blijven, bijvoorbeeld de eerste week twee keer en daarna een keer per week.
- Bottleneck zijn de patiënten met veel klachten, waarbij de fysiotherapeut zich zorgen maakt. In dat geval zou de fysiotherapeut deze zorgen aan de verwijzer (huisarts of neuroloog) kenbaar moeten maken, alvorens deze met de patiënt te bespreken.
- Een probleem zijn bedrijfsartsen die vaak aan de patiënt vragen of er al een foto is gemaakt of aandringen op verwijzing. Het is moeilijk om op voorhand bedrijfsartsen bij het protocol te betrekken omdat het niet een regionaal afgebakende groep betreft.
- Soms zijn patiënten moeilijk te mobiliseren. Een methode die hierbij behulpzaam kan zijn is om de patiënt eerst op krukken te laten lopen. Het beleid blijft mobiliseren en afwachten.
- De deelnemers blijken verschillende opvattingen te hebben over wanneer “de eerste 6 weken” beginnen. Sommige hanteren hierbij het begin van de klachten bij de patiënt, andere het eerste contact met de huisarts. Hierover moeten duidelijke afspraken komen.

Aanbevelingen en mogelijke oplossingen voor knelpunten:

1. Er moet een voorlichtingsavond komen in het ziekenhuis waarbij alle fysiotherapeuten worden voorgelicht over het protocol met de vraag het te onderschrijven. Bij deze voorlichting dient de gehele werkgroep aanwezig te zijn. Daaruit blijkt dat de hele keten de afspraken onderschrijft. Het is na te streven dat de zorgverleners dit vastleggen in een convenant.
2. Het gaat dan om afspraken over welke voorlichting aan de patiënt wordt gegeven en wat het beleid is (inhoud en frequentie). Dit om ervoor te zorgen dat er uit één mond gesproken wordt en de patiënt vanaf het eerste contact met de huisarts hetzelfde verhaal hoort van de overige betrokken zorgverleners in de keten, namelijk dat “actieve” behandeling niet zinvol is. Deze afspraken komen als aanvulling (1 of 2 pagina's) op het huidige LRS-protocol.
3. Er moet een aanvulling op het protocol komen met werkafspraken. Hierin moet worden aangegeven wat er moet gebeuren, maar niet wie de begeleiding doet. Dit dient in onderling overleg tussen de huisarts en fysiotherapeut te worden vastgesteld. Als de huisarts de begeleiding bijvoorbeeld “te veel” vindt kan de fysiotherapeut het van de huisarts overnemen. Indien sommige fysiotherapeuten het niet eens zijn met het protocol, zou de huisarts voor deze

groep patiënten alleen kunnen verwijzen naar de fysiotherapeuten die het protocol onderschrijven. Deze voorkeur kan aan de patiënt gemotiveerd worden door uit te leggen dat deze fysiotherapeuten gespecialiseerd zijn in LRS.

4. HAGRO's moeten afspraken maken met de fysiotherapeuten waar ze naar verwijzen. Leden van de werkgroep zouden hiertoe alle HAGRO's moeten bezoeken. Huisartsen en fysiotherapeuten die nu al volgens het protocol werken en kennelijk een manier hebben gevonden om met onzekerheden en / of "eisende" patiënten om te gaan, zouden behulpzaam kunnen zijn bij het maken van bovengenoemde afspraken.
5. Er dient een patiëntenbrief te komen met daarin uitleg over het beleid bij LRS. De huisarts kan deze folder aan de patiënt meegeven. In deze folder zou ook iets moeten staan over het succespercentage van behandeling (operatie) en de risico's die daaraan verbonden zijn.
6. Bedrijfsartsen moeten voorgelicht worden over het LRS-protocol. Hierbij dient duidelijk aan bod te komen dat de hele keten van zorgverleners het protocol onderschrijft en dat dit niet te doorbreken valt.
7. Vanuit de neuroloog zou feedback naar de huisarts gegeven moeten worden indien deze frequent ten onrechte LRS-patiënten verwijst. Huisartsen in de HAGRO zouden elkaar meer moeten aanspreken op het verwijsgedrag. Daarnaast geldt dat huisartsen en fysiotherapeuten elkaar ook moeten aanspreken op het niet navolgen van de afspraken. Ook de coördinator van de Stichting THEMA zou hierin een rol kunnen spelen. Het is de taak van het ziekenhuis gegevens te verzamelen over ten onrechte verwezen patiënten en deze te analyseren. Dat geldt ook voor de interne verwijzingen (bijvoorbeeld van neurologie naar orthopedie)
8. Voor patiënten die een verwijzing "eisen" is het mogelijk dat de huisarts in het bijzijn van de patiënt de neuroloog belt terwijl de patiënt meeluistert. Op die manier hoort de patiënt dat de neuroloog het afwachende beleid van de huisarts bevestigt. In soortgelijke situaties kan de fysiotherapeut de huisarts bellen om bevestiging van zijn / haar afwachende beleid.
9. Wanneer de fysiotherapeut twijfelt over het afwachende beleid moet dit teruggekoppeld worden aan de verwijzer (huisarts of neuroloog). Het is raadzaam dat de fysiotherapeut eerst de huisarts c.q. neuroloog consulteert alvorens zijn / haar twijfels aan de patiënt te uiten.

Bijlage 4 Interviewvragen en brieven voor de huisarts en fysiotherapeutn

Brief huisarts

Geachte heer / mevrouw,

Bijgaand stuur ik ter voorbereiding de vragen voor het interview over het LRS-project op [datum]. Het interview vindt plaats door een onderzoeker van TNO Preventie en Gezondheid uit Leiden.

Het doel van het evaluatieonderzoek is inzicht te krijgen in hoeverre u met het LRS-protocol kunt werken. Daarbij gaat het om belemmerende en bevorderende factoren die u ondervindt bij het volgen van het protocol, en zaken die volgens u verbeterd zouden kunnen worden in de begeleiding en verwijzing van patiënten met een LRS.

U bent door Stichting THEMA benaderd omdat u het afgelopen half jaar in uw praktijk te maken heeft gehad met een patiënt met LRS. De onderzoeker van TNO Preventie en Gezondheid weet niet om welke patiënt het gaat. Zou u zo vriendelijk willen zijn tijdens het interview de gegevens uit het EPD of de patiëntkaart van de betreffende patiënt bij de hand te hebben?

Wilt u de interviewvragen voorafgaand aan het interview doorlezen? Het zijn veel vragen, maar ze zullen tijdens het interview mogelijk niet allemaal aan bod komen. Ze zijn vooral bedoeld ter voorbereiding. Het interview duurt maximaal 45 minuten.

Met vriendelijke groet,

Secretaresse THEMA

Bijlage(n)

Interviewvragen

2.3 Interviewvragen huisartsen

Contactgegevens

1. Hoe verliep het eerste contact? Wat voor soort contact was het (telefonisch, spreekuur, visite)?
2. Wat waren de klachten en de duur ervan? Welke vragen had de patiënt? Hoe ongerust was de patiënt? Wat had de patiënt al gedaan (b.v. medicatie of contact met andere zorgverleners)?
3. Wat waren uw bevindingen wat betreft de anamnese en het lichamelijk onderzoek? Wat was uw werkhypothese? Waren de symptomen voor u herkenbaar als LRS-symptomen? Heeft u aanvullende diagnostiek laten verrichten?
4. Heeft u de patiënt voorlichting gegeven over de oorzaak, het verloop of de behandeling? Heeft u de patiëntenfolder 'Rughernia' van het St. Anna Ziekenhuis of een ander folder meegegeven?
5. Welke instructies heeft u de patiënt gegeven (bellen bij bepaalde symptomen)? Welke vervolgspraken heeft u gemaakt? Wat was uw beleid (afwachten met vervolgspraak, verwijzing naar de fysiotherapeut, verwijzing voor een röntgenfoto, verwijzing naar de neuroloog)? Heeft u de patiënt medicatie voorgeschreven?
6. Hoe verliep het contact tussen u en de patiënt? Drong de patiënt bijvoorbeeld aan op verwijzing naar de neuroloog? Zat u op een lijn? Kon u de patiënt overtuigen van het nut van een conservatief beleid? Kon u de patiënt hierin meekrijgen. Zo ja, hoe? Stond u zélf bij deze patiënt achter een conservatief beleid?
7. Zorgde het werken volgens het protocol bij deze patiënt voor extra consulten of extra overleg met de fysiotherapeut? Koste het u extra tijd?

2.4 Verwijzing naar de fysiotherapeut

8. Hoe verliep het contact en het overleg tussen u en de fysiotherapeut? Zat u op een lijn qua beleid? Zo nee, hoe uitte zich dat? Hoe frequent had u overleg met de fysiotherapeut en op wiens initiatief?
9. Zijn er zaken die kunnen verbeteren in het contact met de fysiotherapeut?

2.5 Contact met bedrijfsarts

10. Heeft u contact gehad met de bedrijfsarts van deze patiënt? Zat u op een lijn qua beleid? Zo nee, hoe uitte zich dat? Zijn er zaken die kunnen verbeteren in het contact met de bedrijfsarts?
11. Heeft de patiënt contact gehad met de bedrijfsarts voor zover u weet? Heeft de bedrijfsarts de patiënt zaken geadviseerd die niet overeenkwamen met uw eigen beleid?

2.6 *Verwijzing neuroloog / operatie ziekenhuis*

12. Hoe verliep de verwijzing naar de neuroloog (huisarts zelf verwezen, patiënt via waarnemer verwezen, patiënt op eigen initiatief naar de neuroloog)? Hoe verliep communicatie tussen u en de neuroloog?
13. Zijn er zaken die kunnen verbeteren in het contact met de neuroloog c.q. het ziekenhuis (versnelde procedure, communicatie en afstemming zorgverleners in de keten)?
14. Is de patiënt geopereerd? Hoe zijn de operatie en het herstel verlopen. Zijn er zaken in dit verband die kunnen verbeteren (qua procedure of afstemming tussen zorgverleners in de keten)?

2.7

2.8 *Na ontslag ziekenhuis*

15. Hoe kijkt u tegen het hele zorgproces aan? Wat was het moeilijkste in het hele zorgproces? Zijn er zaken die kunnen verbeteren? Zo ja, welke en hoe?
16. Hoe kijkt de patiënt tegen het hele zorgproces aan? Heeft de patiënt het idee dat de zorg beter of sneller had gekund? Zo ja, op welke punten en hoe zou dit kunnen verbeteren?
16. Heeft u uw beleid veranderd ten aanzien LRS-patiënten? Zo ja, op welke punten (afspraken met andere huisartsen, afspraken met de fysiotherapeut, voorlichting naar de patiënt)?

LRS-protocol

17. Kunt u goed werken met het LRS-protocol (de NHG-standaard)? Bent u het met de inhoud eens? Zo nee, op welke punten niet?
18. Kunt u goed werken met de aanvullende richtlijnen bij het protocol zoals die door THEMA zijn opgesteld? Zijn deze aanvullende richtlijnen behulpzaam? Zo nee, waarom niet?
19. Is de patiëntenfolder behulpzaam bij het werken volgens het protocol? Zo nee, waarom niet? Wat vinden patiënten van deze folder?

2.9 *Algemene gegevens patiënt*

20. Wat is de leeftijd van de patiënt? Wat is het geslacht? Wat was de datum van het eerste contact?

2.10 Interviewvragen fysiotherapeuten

Contactgegevens

1. Wanneer was het eerste contact met de patiënt? Wat waren de klachten en de duur ervan? Welke vragen had de patiënt? Hoe ongerust was de patiënt?
2. Heeft u de patiënt voorlichting gegeven over de oorzaak, het verloop of de behandeling? Heeft u de patiëntenfolder 'Rughernia' van het St. Anna Ziekenhuis of een ander folder meegegeven?
3. Waaruit bestond uw beleid? Begeleiding ADL-vaardigheden? Geleidelijk opbouwen belasting?
4. Met welke frequentie heeft u deze patiënt gezien?
5. Hoe verliep het contact tussen u en de patiënt? Drong de patiënt bijvoorbeeld aan op verwijzing naar de neuroloog? Zat u op een lijn? Kon u de patiënt overtuigen van het nut van een conservatief beleid? Zo ja, hoe? Stond u zélf bij deze patiënt achter een conservatief beleid?
6. Zorgde het werken volgens het protocol bij deze patiënt voor extra consulten of extra overleg met de huisarts? Koste het u extra tijd?

2.11 Contact met de huisarts

7. Heeft u contact gehad met de huisarts over deze patiënt? Hoe verliep het contact en het overleg tussen u en de huisarts? Zat u op een lijn qua beleid? Zo nee, hoe uitte zich dat? Hoe frequent had u overleg met de huisarts en op wiens initiatief?
8. Zijn er zaken die kunnen verbeteren in het contact met de huisarts?

2.12 Verwijzing neuroloog / operatie ziekenhuis

9. Is de patiënt verwezen naar de neuroloog of geopereerd? Zijn er zaken in dit verband die kunnen verbeteren (qua procedure of afstemming tussen zorgverleners in de keten)?

2.13

LRS-protocol

10. Kunt u goed werken met het LRS-protocol (de NHG-standaard)? Bent u het met de inhoud eens? Zo nee, op welke punten niet?
11. Kunt u goed werken met de aanvullende richtlijnen bij het protocol zoals die door THEMA zijn opgesteld? Zijn deze aanvullende richtlijnen behulpzaam? Zo nee, waarom niet?
12. Is de patiëntenfolder behulpzaam bij het werken volgens het protocol? Zo nee, waarom niet? Wat vinden patiënten van deze folder?