



Deelname SNT aan ECS-schouder

Eenmalig Consult Specialist–Schouder

Een project van Thoon (Thooz)

Inhoudsopgave ECS-schouder

1-	Inleiding	03
2-	Kenbaar maken dat je wilt participeren	05
3-	Voorwaarden voor deelnemende SNT therapeuten	06
	- Competenties van de onderzoek FT	
	- Competenties van de MSU-onderzoek FT	
4-	Voorwaarden voor locatie en outillage	09
5-	Hoe ziet het FT ECS-schouder consult eruit?	10
6-	Afronding, tijdpad activiteiten	11
7-	Bijlage 1: Multimodale analyse bij SP patiënten	12
8-	Bijlage 2: Over FT op EQF 6 en EQF 7 niveau	15

Tekst van dit rapport onder redactie en verantwoording van SNT-bestuur, mei 2021.

Hoofdstuk 1: Inleiding

Patiënten met SchouderPijn (SP) ervaren veel pijn en beperkingen en bovendien is de SP vaak langdurig en/ of recidiverend aanwezig. Nederlandse studies laten zien dat een eerste episode met schouderklachten na een half jaar bij 50% en na een jaar bij 40% van de personen nog steeds of opnieuw aanwezig zijn.

In bijlage 1 van dit rapport (pagina 12) wordt een korte reflectie beschreven omtrent factoren die bij aanhoudende SP relevant zijn. Somatische factoren spelen uiteraard een rol maar bij aanhoudende SP blijken vaak niet-somatische, psychosociale factoren een belangrijke rol te spelen. Sterker nog; de associatie tussen patiënt beleving, verwachting, zelfredzaamheid en aanhoudende SP blijkt sterker dan de associatie tussen weefselschade en aanhoudende SP.

De samenhang tussen schade (bijvoorbeeld een peesruptuur), functiestoornissen (beperkte elevatie), pijn gewaarwording (kan niet slapen vanwege de pijn), mentale disfuncties (zoals te weinig vertrouwen) en sensitatisatie (segmentaal of centraal) is aanwezig en vaststellen welke disfunctie de meest klachten bepalende factor is, is een complexe zaak. Eigenlijk dienen we ook de eigen interpretatie over SP en de inschatting dat chronische pijn hetzelfde is als lang aanhoudende acute pijn, genoemd te worden als relevante cognitieve disfuncties.

De huisarts die de NHG-standaard goed toepast merkt dat standaard M08 focust op de biomedische of somatische aspecten van schouderklachten terwijl het niet de schouder is maar de patiënt die de klachten aangeeft. Duidelijk is dat patiënt-specifieke factoren medebepalend zijn voor de gepresenteerde schouderklachten. Al met al kan dat leiden tot druk voor meer diagnostiek en ingrijpen. Als de SP-patiënt blijft klagen, kan de huisarts bij toepassing van 'stepped care' neigen om de patiënt dan maar te verwijzen naar de tweede lijn. Als bij onderzoek in de tweede lijn vervolgens blijkt dat de somatische weefselschade niet sterk correleert met de pijn, functiestoornis en participatieproblemen, is sprake van een mismatch. De orthopeed heeft eigenlijk geen middelen voor behandelen, stelt de patiënt gerust, maar ook retour eerste lijn. Dat kost tijd, geld en leidt tot frustratie.

Hoe is deze ongunstige situatie te verhelpen? Hoe zorgen we er voor dat passende zorg wordt gegeven aan SP-patiënten?

De afgelopen jaren zijn in Twente een aantal pilots uitgevoerd met bovengenoemde doelen. Op 13-02-2020 vond in de Grolsch Veste het SNT-jubileum congres 'Orthopeden, huisartsen en fysiotherapeuten, schouder aan schouder' plaats; waarvan alle presentaties te zien zijn op <https://www.schoudernetwerktwente.nl/page/symposium-2020>. In de drie middag presentaties zijn drie pilotstudies gepresenteerd; de modellen uit Enschede, Weerselo en Goor. De pilotstudie 'Schouderkliniek Twente' uit Enschede kon goede cijfers overleggen. Twee huisartsen-praktijken (HAGRO Glanerbrug en Eudokia Enschede) en fysiotherapiepraktijk FYON onderzochten het effect van een toetsing door twee schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten van 116 patiënten met aanhoudende SP die, zonder die pilot, vermoedelijk naar de medisch specialist waren verwezen. Uiteindelijk zijn van die 116 patiënten er 24 (21%) daadwerkelijk naar de tweede lijn verwezen maar liefst 92 (79%) zijn behandeld in de eerste lijn (deels met een injectie, deels met passende fysiotherapie).

De resultaten van deze pilotstudie leidt tot een win-win situatie, geen onnodige verwijzingen naar de tweede lijn en toch tevreden patiënten. De pilot leidt bovendien tot een betere samenwerking. Thooz de zorgafdeling van Thoon (Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) kent al ECS (Eenmalig Consult Specialist) initiatieven die tot doel hebben

maatwerk in de zorg te realiseren. De goede resultaten van de pilot uit Enschede maakt dat een uitrol van deze pilot in het adherentiegebied aantrekkelijk is.

Thooz zoekt begin 2021 contact met SNT (SchouderNetwerk Twente) om te vragen of voldoende capabele fysiotherapeuten in Twente aanwezig zijn om meer ECS-schouder klinieken te laten functioneren. Het SNT is een actie gestart om deze vraag op positieve wijze te beantwoorden. Dit rapport is daar een uiting van. Bij SNT zijn ruim 100 in Twente werkzame enthousiaste schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten aangesloten waarvan een kwart ook geschoold is in het toepassen van echografie. Bij Thoon zijn 137 huisartsen aangesloten die in 2019 ruim 4000 patiënten met SP verwezen naar de tweede lijn. Naast deze vooral eerstelijns-organisaties is ook de samenwerking met de schouderorthopeden uit MST en OCON op goed niveau. Daarmee hebben belangrijke zorgprofessionals die SP-patiënten behandelen, een plek in de ECS-schouder en kan gerekend worden op voldoende draagvlak. Naast de zorgprofessionals is vanzelfsprekend ook het kunnen declareren van die extra ECS-schouder consultaties. Zorgverzekeraar Menzis heeft aangegeven dat het ECS-schouder project past binnen de toetsingskaders 'ziekenhuis verplaatste zorg' en optimalisering eerstelijnszorg Menzis'. Dat leidt tot een zeer praktische oplossing; de professionals die de ECS-consulten uitvoeren kunnen tijdens het project die kosten rechtstreeks declareren bij Thoon.

Het doel van de ECS-schouder kliniek is dus in **eerste instantie** om de huisarts tot dienst te zijn bij het beantwoorden van de vraag: heeft deze SP-patiënt klinische 'signs and symptoms' die een verwijzing naar de tweede motiveren of dient de behandeling in de eerste lijn plaats te vinden. Als die SP-patiënt in de eerste lijn blijft, dient, **in tweede instantie**, wel een analyse te volgen welke behandeling in de eerste lijn dan passend is. Dat kan zorg door de huisarts zijn (pijnmedicatie of toch een injectie, al of niet echogeleid) of zorg door de fysiotherapeut maar dan mogelijk met andere aspecten. In bijlage 1 van dit rapport wordt beschreven welke disfuncties bij SP-patiënten relevant kunnen zijn. Die analyse van relevante disfuncties vormen de doelstellingen voor een gericht behandelplan.

De voorbereidingen op ECS-schouder zijn in volle gang. De planning is dit najaar van start te gaan met 6 Twentse ECS-schouder klinieken. Het project gaat twee jaren duren (van oktober 2021 tot oktober 2023).

Uiteraard gaan op termijn alle SNT-leden profiteren van deelname aan dit project. De ontwikkelde strategie, de modellen die gehanteerd worden en de patiënt flyers die geschreven worden, zijn voor alle leden beschikbaar. Ervan uitgaande dat de poli in Enschede, FYON Stadsveld waar de pilot plaatsvond, doorgaat, starten dus 5 nieuwe poli's. In hoofdstukken 3 en 4 staan de voorwaarden beschreven waaraan deelnemers en outillage dienen te voldoen. In hoofdstuk 5 staat beschreven hoe SNT vindt dat de ECS-schouder consulten dienen plaats te vinden.

Als je positief bent over dit ECS-schouder project, van mening bent dat jij en jouw praktijk voldoen aan de voorwaarden en je actief wilt participeren in het realiseren van optimale zorg voor SP-patiënten in Twente, kun je je opgeven zoals in hoofdstuk 2 wordt beschreven.

Er wordt op dit moment onderhandeld over een passende vergoeding.

Hoofdstuk 2: Kenbaar maken dat je wilt participeren

De procedure sollicitatie

Als je de inleiding hebt gelezen, voldoet aan de voorwaarden zoals beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 en kunt instemmen met de inhoud van hoofdstukken 5 en 6, kun je je opgeven als kandidaat ECS-schouder fysiotherapeut. In eerste instantie wordt er gedacht over het starten van 6 ECS-schouderpoli's. Er worden 6 duo's en dus 12 SNT leden gezocht voor de invulling hiervan. Dat is dus 10% van het SNT-ledenbestand waarbij opgemerkt dat leden uit de regio Almelo niet kunnen solliciteren omdat de FEA niet meedoet.

Interesse in deelname kan na de ledenvergadering op 01-06-2021 worden doorgegeven via mail naar sntwente.secretaris@gmail.com.

Bij interesse zien we graag een CV en motivatiebrief (plus eventuele vragenlijst) tegemoet waarin antwoorden op onderstaande vragen beschreven worden:

Vragen kandidaatstelling:

1. Wat is je motivatie om deel te nemen aan het project ECS-schouder?
Geef een korte toelichting van jouw motivatie waarin je duidelijk maakt op welke manier je een toevoeging kunt zijn voor het ECS-project.
2. Wat hoop je te bereiken met deelname aan het project?
3. Hoeveel tijd wil je en kun je investeren aan een rol binnen een ECS (wekelijks investering in aantal uren)?
4. Ben je bereid om na de pilot te helpen met het opzetten en opstarten van nieuwe locaties voor het ECS-project?

Extra kandidaatstelling MSU:

1. Hoeveel jaar ervaring heb je met het uitvoeren van schouderechografie?
2. Doe je dit alleen of met collega's/specialisten?
3. Welke bij- en nascholing heb je wanneer gedaan op gebied van schouderechografie?
4. Welk apparaat met probe gebruik je in de praktijk?

De antwoorden worden gebruikt door het bestuur bij het kiezen van geschikte kandidaten. Zo nodig wordt een interview afgesproken. Als je kandidaatstelling voor MSU is gelieve ook de vragenlijst uit hoofdstuk 3 te beantwoorden. In onderstaand tijdspad vindt tussen stap twee en drie besluitvorming plaats over de sollicitaties.

De SNT leden die gaan deelnemen aan het project zullen samen een werkgroep vormen. In deze werkgroep worden vakinhoudelijke onderwerpen verder uitgewerkt (denk bijvoorbeeld aan benodigde scholing, verslaglegging echografisch onderzoek, enz.).

Procedure sollicitatie en tijdspad

1. 01-06-2021: Uitleg ECS-schouder en toelichting document + procedure aanmelding
2. 15-06-2021: Deadline aanmelding interesse in deelname ECS-schouder
3. 16-08-2021: Uiterste datum waarop bestuur kandidaten informeert over de uitkomst van de sollicitatie
4. 30-08-2021: Start SNT werkgroep ECS-schouder
5. 01-10-2021: Geplande start ECS

Hoofdstuk 3: Voorwaarden voor deelnemende SNT-therapeuten

3-1. Inleiding

Thooz heeft SNT gevraagd om te zorgen dat de ECS-schouder poli's uitgevoerd worden door bekwame schouderfysiotherapeuten.

SNT is daar uiteraard content mee en het bevestigt de status die SNT heeft in handelen rond patiënten met schouderklachten. Wel heeft SNT voorwaarden gesteld aan die aanleverende rol; SNT wil in de pilot graag dat twee fysiotherapeuten het consult uitvoeren en daarna in overleg met elkaar en met de patiënt komen tot klinische beslissingen. In dit hoofdstuk worden de voorwaarden aangegeven waaraan die fysiotherapeuten dienen te voldoen. Ook in de Thoon/ Thooz startnotitie staan in bijlage 1 een set van eisen beschreven waar ECS-schouder fysiotherapeuten aan dienen te voldoen.

Onderstaand wordt die **set van eisen voor ECS-schouder startnotitie** aangegeven (uit Thoon/ Thooz publicatie, april 2021):

- Is lid van het Schouder Netwerk Twente (SNT) en voldoet aan de kwaliteitseisen van het netwerk.
- Is in het bezit van een Masterdiploma, of in opleiding daarvoor en voldoet daarmee aan EQF-7 niveau.
- Heeft een gecertificeerde opleiding voor musculoskeletale echografie gedaan, met een aantoonbare accreditatie van de opleiding in het register Algemeen Fysiotherapeut, Manueel- of Sporttherapeut van het KNGF, of een accreditatie bij het Keurmerk Fysiotherapie, of
- Heeft de beschikking op de locatie om een musculoskeletaal echografisch onderzoek uit te laten voeren van de schouder door een 'gecertificeerde'/ competente echografist musculoskeletaal
- Heeft ervaring opgedaan in de tweede-lijn bij het schouderspreekuur en minimaal 1-2 spreekuren meegedraaid.
- Is op de hoogte van & evalueert de mening van de orthopeden.
- Kan op academisch niveau communiceren met de huisartsen en orthopeden.

3-2. Competenties en bereidheid van de onderzoek fysiotherapeut

Uiteraard gelden de competenties zoals die in het beroepscompetentie profiele voor KNGF-fysiotherapeuten gelden. Welke competenties onderscheiden de schouder-gespecialiseerde fysiotherapeut die functioneert in de ECS-schouder kliniek? De nadruk ligt op het realiseren van goed diagnostisch proces dat uitmondt in een begrijpelijke analyse zowel voor de patiënt, verwijzer als andere zorgprofessionals. Op die wijze realiseert toepassing van het ECS-schouder consult tot passende zorg; de juiste aanpak voor die SP-patiënt.

De onderscheidende competenties.

- 1- De ECS-schouder therapeut heeft als schoudergespecialiseerde therapeut voldoende kennis en inzicht in aandoeningen, indelingen, stadia van reactiviteit die het mogelijk maken relevante somatische, biologische factoren voor de SP vast te stellen.
- 2- De ECS-schouder therapeut kan tests uit het lichamelijk basisfunctie onderzoek en specifieke tests (zowel provocatie tests als ook reductie tests) goed uitvoeren en

interpreteren.

- 3- De ECS-schouder therapeut heeft een brede kijk op patiënten met SP en kan naast somatische/ fysieke disfuncties ook vaststellen in welke mate mentale, cognitieve en procesmatige disfuncties relevant zijn voor de aanhoudende SP en kan die disfuncties een plaats geven in de uiteindelijke multimodale analyse.
- 4- De ECS-schouder therapeut heeft voldoende communicatieve vaardigheden om op passende wijze de SP-patiënt te informeren op een wijze die door die patiënt begrepen wordt.
- 5- De ECS-schouder therapeut heeft voldoende communicatieve vaardigheden om de verwijzende huisarts op juiste wijze te informeren waarbij de meest relevante beslissing wel of niet verwijzen naar de tweede lijn helder verwoord en beargumenteerd wordt. De therapeut is vaardig om op digitale wijze verslag te leggen.
Zo nodig informeert de ECS-schouder therapeut ook andere zorgprofessionals (bijvoorbeeld de eigen therapeut, de schouder orthopeed waarnaar verwezen wordt, of een andere behandelaar) op passende wijze zodat sprake is van een consistent plan van aanpak.
- 6- De ECS-therapeut heeft voldoende managementvaardigheden om de situatie rondom de ECS-schouder poli goed te organiseren. Verwezen SP-patiënten worden snel gepland, de voortgang van het consult verloopt goed en de administratieve afhandeling is voldoende.

Naast voldoen aan bovenstaande competenties dienen de ECS-schouder therapeuten bereid te zijn plaats te nemen in de ECS-schouder werkgroep om samen afspraken te maken, formuleren te ontwikkelen, modellen af te spreken en vragenlijsten te hanteren. Ook worden flyers voor patiënten ontwikkeld die de patiënt overhandigd worden of die de patiënt online kan downloaden.

Mogelijk wordt zelfs een korte cursus gevolgd. Omdat SNT de voortgang van het project wil monitoren en tevens na afloop wil evalueren en publiceren, dient de ECS-schouder fysiotherapeut bereid te zijn de afgesproken data te verzamelen en te rapporteren.

Omdat beide onderzoek therapeuten een belangrijke inbreng hebben is goed overleg essentieel. Beide of 1 van beide therapeuten, informeert vervolgens de patiënt. Daarna wordt de verwijzer geïnformeerd waarbij vermoedelijk gebruik gemaakt wordt van een digitaal platform zoals Zorgdomein. Indien nodig wordt nader contact opgenomen.

3-3. Nadere competenties van de onderzoek MSU-fysiotherapeut

Onderstaand de competenties, voorwaarden en technische kwalificaties die gelden voor deze ECS-schouder therapeut die verantwoordelijk is voor de echografie.

De mastergeschoolde fysiotherapeut die echografie voor de schouder toepast moet kennis en vaardigheid hebben van:

- De volgende definities die met echo op correcte wijze beoordeeld kunnen worden: Sulcus Bicipitalis - Bursa SASD - Calcificatie (en de indeling ervan) - Tendinose –

Tendinopathie (en de indeling ervan) - Ruptuur (en de indeling ervan) - Cuffartropathie - Vettige degeneratie - Labrum – Spinoglenoid en Supraglenoidale notch - PSI - Kraakbeen/Hill Sachs/Artrose - Fractuur - AC-gewricht - Frozen Shoulder – GH-Instabiliteit - Quadriateral space - Reumatische aandoeningen.

- Dopplerinstellingen op het apparaat, toepassingen van Doppler en interpretaties van Doppler bij beoordeling van eventuele pathologie
- Welke pathologie de indicaties voor orthopedie zijn, en nog belangrijker, welke pathologie juist geen indicaties voor orthopedie zijn.
- Het klinisch redeneerproces met positie van echografie van ventrolaterale, dorsolaterale schouder van functionele en artrogene problemen. Het gaat hier om het toepassen van echografisch onderzoek binnen het klinisch redeneerproces van de mastergeschoolde fysiotherapeut als onafhankelijk element, onafhankelijk van de uitkomsten van anamnese en lichamelijk onderzoek.
- De verslagleggingsrichtlijn van het echografisch onderzoek van de schouder
- De transducerposities 1 – 10 volgens het European Society of MusculoSkeletal Radiology (ESSR) Shoulder protocol met de extra posities van de schouder zoals QLS, Supraglenoïdale notch, Vettige Degeneratie e.d.

De mastergeschoolde fysiotherapeut die echografie voor de schouder toepast, moet daarnaast:

- Een basiscursus echografie hebben afgerond, gelijkwaardig aan Fysus, Fyzzio (geen cursus zoals die van FysioSupplies)
- Minimaal 1 specialisatie cursus en/of opleiding op het gebied van echografie van de schouder hebben afgerond
- Minimaal 3 jaar ervaring hebben in het maken van echo's bij schouders
- Een dag(deel) mee hebben gelopen met orthopedisch schouderprekeuur in ZGT/MST of gelijkwaardige 'stageplek' hebben gehad
- In de praktijk ruime ervaring hebben met het uitvoeren van echografisch onderzoek i.c.m. het samenstellen en verslagleggen van de bevindingen binnen het EPD op een gestructureerde manier
- Het echografisch onderzoek en verslag binnen het klinisch redeneerproces plaatsen met daarbij de passende anamnese, het lichamelijke onderzoek en o.b.v. deze conclusies advies uit kunnen brengen i.s.m. collega-schouderfysiotherapeut

Als relevante voorwaarde voor de apparatuur dient de deelnemende SNT-therapeut te beschikken over een passend echoapparaat met de minimale kwalificaties zoals: Doppler-instelling, interne opslag, externe opslagmogelijkheden en data-uitwisseling in netwerk.

De locaties van de echografisten zijn leidend voor de locaties waar de consulten plaats zullen gaan vinden.

Wat te doen bij het niet-gekwalficeerd genoeg zijn maar wel echografisch onderzoek aan willen bieden in de 6 regio's:

- Bijscholing in pathologie, definities en verslaglegging (evt. zelfs nog extra transducerposities)
- 18 mensen die op dit moment (26-04-2021) als specialisatie MSU Echografie hebben (nog niet alle leden bekeken)

Hoofdstuk 4: Voorwaarden voor locatie en outillage

In hoofdstuk 3 staan al een aantal relevante voorwaarden beschreven. Onderstaand worden die herhaald en verder uitgebreid.

- De algemene voorwaarden voor een FT praktijk zijn uiteraard van toepassing
- Op de locatie is een echoapparaat dat voldoet aan de criteria aanwezig (dus inclusief Doppler-mogelijkheid)
- De technische en softwarematige ondersteuning functioneert naar behoren
- In eerste instantie lijkt het streven naar 6 ECS-schouder klinieken passend, deze keuze wordt onderstaand uitgewerkt. Het lijkt aan te bevelen dat de locatie, in feite de locatie waar zich de echoapparatuur bevindt, gesitueerd is in de onderstaand aangegeven plaats.

Zes ECS-schouder klinieken verdeeld over Twente

1. Enschede Noord-Oost (Glanerbrug, Losser, Lonneker, Overdinkel)
2. Enschede Zuid-West (Boekelo)
3. Hengelo (Borne, Delden, Deurningen)
4. Oldenzaal (de Lutte, Denekamp, Losser)
5. Haaksbergen (Neede, Goor, Diepenheim, Hengevelde)
6. Tubbergen (Ootmarsum, Geesteren, Albergen, Weerselo)

In Enschede is al sprake van 1 functionerende ECS-schouder kliniek (FYON Stadsveld, betreft locatie 2) en dat betekent dat 5 poli's gaan starten.

Uiteraard is het aan te bevelen dat de twee ECS-schouder therapeuten de lokale huisartsen en orthopeden zo goed mogelijk kennen. Daar is zo nodig een project voor op te zetten. Deels wordt daarin voorzien omdat beide therapeuten in de tweede lijn poli's meedraaien. Het ECS-schouder project heeft een looptijd van twee jaar. We dienen te zorgen dat met name de huisartsen en de praktijkondersteuners de 6 locaties kennen zodat ze hun patiënten met aanhoudende SP kunnen verwijzen. Uiteraard kan een SP-patiënt zelf de kliniek kiezen die het best past.

We zoeken dus SNT geïnteresseerde therapeuten werkzaam in de regio's 1, 3, 4, 5 en 6. SNT hoopt uiteraard dat ook de FEA mee gaat doen zodat ook in de regio Almelo 1 of 2 klinieken van start gaan. Als huisartsen en patiënten tevreden zijn, kunnen uiteraard na verloop van tijd meer ECS-schouder klinieken gaan functioneren. Of na de pilot, de voorziening ook door 1 therapeut uitgevoerd kan worden, is een terechte vraag. Tijdens de pilot is sprake van een duidelijke voorkeur om 2 fysiotherapeuten te laten samenwerken.

Hoofdstuk 5: Hoe ziet het FT ECS-consult eruit?

Voorwaarden vooraf

- SP-patiënt wordt verwezen door HA
- FT-fysiek onderzoek voldoet aan de criteria
- FT-MSU onderzoek voldoet aan de criteria
- Outillage voldoet aan de criteria

Tijdens het ECS-project wordt uitgegaan van 2 fysiotherapeuten die het onderzoek uitvoeren en in afstemming met elkaar en de patiënt ervoor zorgen dat de uitvoering van het consult volgens afspraak plaatsvindt.

De patiënt meldt zich aan en wordt ingepland op het spreekuur. Optimaal worden een aantal SP-patiënten gecombineerd (3 of 4) zodat een dagdeel ECS-consulten gepland kan worden. Er wordt naar gestreefd een afspraak in een termijn van 1 of 2 weken na aanmelding te plannen. Voorafgaand aan het consult ontvangt de patiënt informatie over het consult en wordt gevraagd om digitaal een aantal gegevens aan te leveren.

Stappenplan

- 1- Anamnese en onderzoek afgenomen door FT1.
- 2- Zo nodig vult SP-patiënt 1 of 2 extra vragenlijsten in.
- 3- Gestandaardiseerd MSU-protocol door FT2.
- 4- Overleg tussen FT1 en FT2:
 - multimodale analyse klachten SP-patiënt incl. scores op vragenlijsten
 - invullen & scores SoMCoP model
 - centrale vragen: eerste lijn of verwijzen naar tweede lijn;
bij blijven in eerste lijn: wat is dan een passend plan van aanpak.
- 5- SDM (Shared Decision Making) gesprek tussen FT en SP-patiënt
 - bespreken, zo mogelijk aanpassen SoMCoP score
 - aangewezen beleid (opnieuw eerste lijn of tweede lijn) uitleggen
- 6- Informeren van de HA die de SP-patiënt heeft verwezen (voorkeur: Zorgdomein)
- 7- Afhankelijk van de beslissing of de eerste lijn zorgprofessional informeren of een verwijzing voor de orthopeed voorbereiden (uiteeraard via de HA verder te verwerken).

Na afloop van het ECS-consult vinden nog een aantal acties plaats:

- Vaststellen van de tevredenheid van de HA
- Vaststellen van de tevredenheid van de SP-patiënt op korte termijn (1 week) en op lange termijn (6 maanden)
- Vaststellen van de tevredenheid van andere zorgprofessionals zoals de collega in de eerste lijn of de orthopeed in de tweede lijn

Tijdsinvestering van beide fysiotherapeuten tezamen gedurende het ECS-consult:

*Stap 1: 20 minuten, stap 3: 15 minuten, stap 4: 10 minuten, stap 5: 15 minuten, stap 6: 5 minuten, stap 7: 10 minuten; **tezamen: 75 minuten per patiënt per consult.***

Hoofdstuk 6: Afronding, tijdpad activiteiten

SNT staat positief tegenover deelname aan het Thoon/ Thooz project ECS-schouder. Die positieve insteek komt vooral voort uit het de goede positionering van de SNT schoudergespecialiseerde fysiotherapeut in de keten rondom het handelen bij SP-patiënten. Veel zorg voor SP-patiënten dient in de eerste/ anderhalve lijn plaats te vinden. De invloed van de SNT-therapeut krijgt in dit ECS-schouder project een duidelijke plek.

Anderzijds behelst het goed laten functioneren van een goed ECS-schouder consult veel inspanning. De procesmatigheid is gering. Het realiseren in een omslag in het interpreteren en beleven van een schouder probleem bij SP-patiënten is geen sinecure. Maar wel een uitdagende en daadwerkelijk relevante activiteit. Doordat het veel tijd en inspanning vergt, verwacht SNT niet dat we er financieel veel mee gaan opschieten. We gaan uiteraard proberen een passende vergoeding te realiseren. Als sprake is van een strategie die goed loopt, met voldoende schriftelijke en online ondersteuning, kunnen processen efficiënter verlopen zodat de tijdsinvestering minder wordt.

Uiteraard gaan alle SNT-therapeuten van de 'opbrengst' van dit ECS-schouder project profiteren. Alle producten komen te zijner tijd beschikbaar voor SNT leden.

In hoofdstuk 2 staat al een tijdpad aangegeven. Rond de 01-06-2021 SNT-bijeenkomst starten we het ECS-schouder project op. Direct na de zomer wordt de ECS-schouder werkgroep samengesteld met vermoedelijk 12 SNT leden.

De geplande start van het Thoon/ Thooz project is 01-10-2021 en de looptijd van het project bedraagt twee jaren. In die twee jaren kunnen de deelnemende fysiotherapeuten hun consulten rechtstreeks declareren bij Thoon & de aangesloten zorgverzekeraars.

SNT hoopt dat alle leden ook positief oordelen over deelname dit project. De intentie van het SNT bestuur in 2019 om naast onze bekende stakeholders de schouderorthopeden uit MST en OCON (waarover we overigens zeer content mee zijn), ook te gaan richten op betere bekendheid en samenwerking met de zorgprofessionals in de eerste lijn, resulteerde in het project "Optimalisering zorg voor SP-patiënten in de eerste lijn in Twente". Eind 2019 kwam bovendien de NHG standaard Schouderklachten M08 uit waarin ook gestimuleerd wordt de samenwerking tussen huisartsen en (schouder)fysiotherapeuten te optimaliseren.

Voor het lustrum congres februari 2020 is samenwerking gezocht en gevonden in de DHT (Deskundigheidsbevordering Huisartsenzorg Twente) en zijn 's middags de drie pilotstudies gepresenteerd. Inmiddels wordt in samenwerking met Thoon en indirect zorgverzekeraar Menzis het project ECS-schouder gestart. Het SNT-bestuur is tevreden met deze ontwikkeling, gaat samen met de leden van harte meewerken aan het ECS-schouder project, rekent op een goed verloop van het project met daaruit voortvloeiende positieve effecten op het optimaliseren van de zorg voor SP-patiënten in Twente.

Bijlage 1: Korte reflectie op FT consult bij ECS Schouder

Door Gerard Koel, fysiotherapeut, docent, bestuurslid SNT, april 2021

Het maken van een analyse van een patiënt met aanhoudende SchouderPijn (SP) is een uitdagende activiteit omdat meerdere variabelen invloed hebben op de mate van pijngewaarwording en het pijngedrag van de individuele SP-patiënt.

Korte State of the Art over het onderzoek van SP-patiënten

Aan te bevelen is in eerste instantie SP te klasseren in drie categorieën: SAPS (SubaAcromiale SchouderPijn), GlenoHumerale gewrichtsklachten en overige schouderklachten (Posttraumatisch, Instabiliteit) (1,2). In de NHG-standaard wordt beschreven dat het beleid, naast door de aandoening, altijd mede bepaald wordt door patiënt specifieke factoren. In het vervolg van deze tekst wordt dat specifiek beschreven. Meest voorkomende aandoening bij patiënten met SP in de eerste lijn betreft de SAPS die, omdat de Rotator Cuff pezen vaak de bron voor nocisensoriek zijn, ook Rotator Cuff Related SP (RCR-SP) genoemd wordt (3,4). De motivatie om van SAPS in plaats van impingement te spreken is duidelijk (1,5). Aandoeningen van de RC (tendinopathie) komen veel voor en kunnen aanhoudende SP veroorzaken (3,6).

Lastig is dat de klinische symptomen niet direct bepaald worden door de ernst van de beschadiging (7); er is wel een samenhang tussen ernst van de beschadiging, functie en pijngewaarwording maar die samenhang is zwak en de klinische 'signs and symptoms' kunnen per aandoening sterk variëren. Bij patiënten met aanhoudende SP/ SAPS heeft standaard decompressie ingreep uitvoeren geen grote toegevoegde waarde (8). Ook bij letsels van de RC bij oudere patiënten op degeneratieve en niet-traumatische basis tot stand gekomen, is een operatieve repair vaak niet nodig (9). Kleine volledige cuff rupturen (FTR, Full Thickness Rupture < 1 cm.) doen het goed zonder operatieve ingreep. Relevant blijft te monitoren bij welke SP-patiënten een kleine FTR zich doorontwikkeld tot een middelgrote of zelfs massieve FTR. Gerichte oefentherapie lijkt voor veel SP/ SAPS patiënten met een RC-tendinopathie met of zonder schade, de aangewezen optie (10), zo nodig gecombineerd met analgetica en/ of injecties (1).

Zeker bij aanhoudende SP blijken de niet-somatische factoren relevant. Recente systematische reviews geven aan dat psychologische, mentale en gedragsmatige factoren relevant zijn als onderhoudende factoren voor aanhoudende SP (11-14).

Dat geldt ook voor de respons op therapie, ook voor operatieve therapieën blijken factoren zoals zelfredzaamheid en realistische verwachtingen medebepalend voor een goed resultaat (15-16). Uiteraard geldt dat ook voor de meest relevante conservatieve interventie oefentherapie. Factoren die de effectiviteit van oefentherapie bepalen zijn (pijn) zelfredzaamheid (17), een positief verwachtingspatroon (18) en emotionele disstress (19). Het blijkt dat het veelgeroemde onderbuikgevoel van de zorgprofessional, zowel huisarts als fysiotherapeut, om te voorspellen of sprake is van een aanhoudende SP en/ of vertraagd herstel, onbetrouwbaar is (18).

Geconcludeerd kan worden dat bij patiënten met aanhoudende SP meerdere factoren een rol spelen en dat een multimodale analyse die recht doet aan een BioPsychoSociaal (BPS) model, geïndiceerd is.

Consequenties voor het ECS schouder consult.

Naar het ECS worden in principe SP-patiënten verwezen die onvoldoende reageren op de beschreven NHG-aanpak (1). Dat betekent dat er een indicatie is om een gerichte echografie uit te voeren en die beeldvorming is ook een belangrijk onderdeel van het diagnostisch consult. De centrale vraagstelling luidt: 'Dient deze SP-patiënt in de eerste lijn behandeld te worden of is sprake van een indicatie om de patiënt naar de tweede lijn te verwijzen?'

Naast een analyse op aanwezige somatische disfuncties, worden tijdens het ECS-consult op methodische wijze tevens vastgesteld of sprake is van mogelijk relevante mentale, cognitieve en/ of procesmatige disfuncties. Het aanspreken van het onderbuikgevoel is daarvoor onvoldoende en kan de disfunctie ook niet kwantificeren.

Dat betekent dat screenende vragenlijsten, toegevoegde gerichte anamnese, respons op provocatie tests en mogelijk gerichte vragenlijsten op constructen als pijn-zelfredzaamheid, bewegingsangst, actieve coping stijl, disstress en depressiviteit toegepast dienen te worden. Niet standaard bij iedere SP-patiënt maar gericht op basis van screening naar mogelijk ongunstige prognostische factoren. Het SchouderNetwerk Twente (SNT) heeft hiervoor een aantal gerichte vragenlijsten en modellen ontwikkeld (de screenende 3-S vragenlijst en het SoMCoP model; het laatste acroniem staat voor Somatische, Mentale, Cognitieve en Procesmatige disfuncties).

Op die wijze wordt de brede multimodale analyse ondersteund en op systematische wijze uitgevoerd.

Maar dan is er nog het punt van de beleving en interpretatie van de patiënt zelf. Een op zich terechte en veel gestelde vraag van een desperate SP-patiënt luidt: 'Maar dokter/ fysio, vindt u dan dat de pijn in mijn hoofd zit?' (14, 20). Nu zit pijngewaarwording bij ieder mens uiteraard tussen de oren (c.q. in de hersen cortex) maar de patiënt bedoelt uiteraard: 'Vindt u dat mijn pijn niet (alleen) te verklaren is door mijn beschadigde pees'. 'Die beschadiging was toch, hebben we samen zien, zichtbaar op de echo/ foto/ scan!'

Veel patiënten vinden dat die 'andere' factoren ook meestal meer gelden voor 'andere' patiënten, dan voor henzelf.

Dat betekent dat tijdens het consult, naast de analyse, ook educatie aan de SP-patiënt gegeven dient te worden die maken dat die analyse met resultaten ook voor de patiënt acceptabel is en liefst op positieve wijze aanvaard wordt. Dat is geen geringe opgave, maar wel een uitdagende en ook een benadering die ertoe kan leiden dat patiënten daar later profijt van blijven hebben. Het is nodig daarvoor een 'Shared Decision Making' (SDM) proces uit te voeren. Die attitude zal ook door de andere zorgprofessionals ondersteund dienen te worden. Te verwachten valt dat de meerderheid van de SP-patiënten in de eerste lijn blijven, wat potentieel door de patiënt als ongunstig ervaren kan worden. Aandacht en tijdsinvestering om dit bij de SP-patiënt te laten landen, is onontbeerlijk voor de effecten van het ECS-schouder project.

Literatuur ECS FT consult

1. NHG standaard Schouderklachten M08(werkgroep op alfabetische volgorde: Damen GJ, Koel G, Kuijpers T, Ottenheijm RP, Schellingerhout JM, Van den Donk M, Winters JC, Wittenberg J), www.nhg.org, oktober, 2019.
2. Koel G, Driehuis F. NHG standaard Schouderklachten herzien, samenwerking huisarts en fysiotherapeut. *FysioPraxis*, maart 2020,38-9.
3. Lewis J, McCreesh K, Roy J-S, Ginn K. Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. *J Orthop Sports Phys Ther.* november 2015;45(11):923–37.
4. Lewis J. Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties. *Man Ther.* 2016 Jun;23:57–68.
5. Koel G, Herik H, Van der Tas P, Hekman K. Van SIS naar SAPS, een simpele stap? *FysioPraxis*, augustus, 2014:26-8.
6. Tashjian RZ. Epidemiology, natural history, and indications for treatment of rotator cuff tears. *Clin Sports Med.* 2012 Oct;31(4):589–604.
7. Dunn WR, Kuhn JE, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, e.a. Symptoms of pain do not correlate with rotator cuff tear severity: a cross-sectional study of 393 patients with a symptomatic atraumatic full-thickness rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg Am.* 21 mei 2014;96(10):793–800.
8. Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Konttinen YT, et al. No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: Five-year results of a randomised controlled trial. *Bone Joint Res.* 2013;2(7):132–9.
9. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EKJ, Kauko T, et al. Treatment of non-traumatic rotator cuff tears: A randomised controlled trial with one-year clinical results. *Bone Joint J.* 2014 Jan;96-B(1):75–81.
10. Bjornsson Hallgren H, Holmgren T, Öberg B, Johansson K, Adolfsson L. A specific exercise strategy reduced the need for surgery in subacromial pain patients. *British Journal of Sports Medicine*, 2014, 48:1431-1436.
11. Martinez-Calderon J, Meeus M, Struyf F, Miguel Morales-Asencio J, Gijon-Nogueron G, Luque-Suarez A. The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open.* 2018 13;8(4):e020703.
12. Chester R, Jerosch-Herold C, Lewis J, Shepstone L. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. *Br J Sports Med.* 2018 Feb;52(4):269–75.
13. De Baets L, Matheve T, Meeus M, Struyf F, Timmermans A. The influence of cognitions, emotions and behavioral factors on treatment outcomes in musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2019 Jun;33(6):980–91
14. Kennedy P, Joshi R, Dhawan A. The Effect of Psychosocial Factors on Outcomes in Patients with Rotator Cuff Tears: A Systematic Review. *Arthroscopy.* 2019 Sep;35(9):2698–706
15. Tokish JM, Kissenberth MJ, Tolan SJ, Salim TI, Tadlock J, Kellam T, et al. Resilience correlates with outcomes after total shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2017 May;26(5):752–6.
16. Koorevaar RCT, van 't Riet E, Gerritsen MJJ, Madden K, Bulstra SK. The Influence of Preoperative and Postoperative Psychological Symptoms on Clinical Outcome after Shoulder Surgery: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *PLoS One.* 2016;11.
17. Martinez-Calderon J, Zamora-Campos C, Navarro-Ledesma S, Luque-Suarez A. The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *J Pain.* 2018 Jan;19(1):10–34.
18. Chester R, Shepstone L, Daniell H, Sweeting D, Lewis J, Jerosch-Herold C. Predicting response to physiotherapy treatment for musculoskeletal shoulder pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013 Jul 8;14:203.
19. Smedbråten K, Øiestad BE, Røe Y. Emotional distress was associated with persistent shoulder pain after physiotherapy: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2018 Aug 22;19(1):304.
20. Tashjian RZ. Editorial Commentary: Doc, Is It All in My Head? With Rotator Cuff Tears, It Partially Is! *Arthroscopy.* 2019 Sep;35(9):2707–8.

Bijlage 2: Over FT op EQF6 en EQF7 niveau

EQF staat voor 'European Qualifications Framework' en de indeling wordt gebruikt om scholing in Europees verband met elkaar te vergelijken. Een HBO-bachelor opgeleide Europese burger functioneert op EQF 6 niveau; een master opgeleide burger functioneert op EQF 7 niveau. Onderstaande tekst poogt deze indeling te vertalen naar fysiotherapeutisch handelen.

De **sleutelbegrippen** die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving zijn:

- Contextbeschrijving is samen met kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden;
- Zelfstandigheid en verantwoordelijkheid vormen het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen;
- Kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het fysiotherapeutisch beroep;
- Vaardigheden:
 - Toepassen van kennis reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
 - Probleem-oplossende vaardigheden;
 - Leer- en ontwikkelingsvaardigheden;
 - Informatievaardigheden;
 - Communicatieve vaardigheden.

De fysiotherapeut EQF-niveau 6

De context voor de fysiotherapeut op EQF-niveau 6 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving, ook internationaal'. Voor fysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op EQF-niveau 6 gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De fysiotherapeut:

- Bezit gevorderde kennis van het fysiotherapeutische vakgebied en van voor de fysiotherapie relevante randgebieden;
- Toont een kritisch inzicht in theorieën en beginselen;
- Heeft gevorderde vaardigheden, waarbij blijkt wordt gegeven van vakmanschap en innovatief vermogen om complexe en onvoorspelbare problemen op te lossen. Deze vergevorderde vaardigheden worden ingezet om complexe situaties te managen, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen, in zowel voorspelbare als onvoorspelbare beroepssituaties en contexten;
- Neemt de verantwoordelijkheid om de professionele ontwikkeling van zichzelf en de mensen die bij hem in dienst zijn of hiërarchisch onder hem vallen te bevorderen.

De fysiotherapeut EQF-niveau 7

De context voor de fysiotherapeut op EQF-niveau 7 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving met een hoge mate van onzekerheid, ook internationaal'. Voor fysiotherapeuten die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF-niveau 7), gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De fysiotherapeut:

- Bezit bijzondere gespecialiseerde kennis, die geavanceerd is op fysiotherapeutisch vakgebied en voor de fysiotherapie relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën en/of onderzoek.
- Heeft een kritisch bewustzijn van problemen op fysiotherapeutisch vakgebied, voor de fysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- Bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- Managet en transformeert complexe en onvoorspelbare werkcontexten die nieuwe strategische benaderingen vereisen. Het betreft hier zowel complexe situaties in het kader van de diagnostiek, prognostiek en/of therapie van één cliënt als complexe situaties in het kader van de beroepsuitoefening op micro-, meso- of macroniveau. Het probleem wordt multifactorieel en multidimensionaal geanalyseerd, waarna de fysiotherapeut een gerichte oplossingsstrategie formuleert, met de cliënt bespreekt en waar mogelijk uitvoert.
- Neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan het ontwikkelen van professionele kennis en werkwijzen en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

Een professional op EQF 7 niveau functioneert dus goed in complexe situaties en komt op basis van zijn kennis en vaardigheden zelfstandig tot klinische beslissingen en kan die keuzes naar verschillende partijen goed onderbouwen.