

Beter verwijzen bij schouderpijn

Veel patiënten met schouderpijn worden onnodig verwezen naar de tweede lijn. Een eenmalig consult bij een gespecialiseerde fysiotherapeut van de ECS-schouderpoli voorkwam doorverwijzing in negen van de tien gevallen.

Schouderpijn is een veelvoorkomende klacht. In Nederland heeft zo'n twintig procent van de 25-plussers hier last van, met een jaarprevalentie van dertig procent.¹ Het herstel verloopt vaak traag: slechts de helft is binnen zes maanden hersteld, en na een jaar heeft veertig procent opnieuw of nog steeds klachten.^{2,3} Bij aanhoudende schouderpijn spelen ook niet-somatische disfuncties, zoals verminderde zelfredzaamheid en onjuiste percepties een rol.⁴ Deze factoren beïnvloeden de pijnbeleving, het functioneren en het behandelresultaat.⁵⁻⁸ Een goede diagnostiek vraagt dan ook om een multimodale analyse: welke disfuncties zijn aanwezig, wat zijn de doelen en welk behandelplan past hierbij?^{9,10}

Verschuivend behandelbeleid

De meeste patiënten met schouderpijn worden in de eerste lijn behandeld. In 60-70 procent van de gevallen is er sprake van nocisensoriek in de subacromiale weefsels, ook wel Subacromiaal PijnSyndroom (SAPS) of specifiek Rotator Cuff Related Shoulder Pain (RCRSP) genoemd. Voorheen ondergingen patiënten met (aanhoudende) SAPS, zonder op beeldvorming aanwezige schade aan de rotator cuff pezen, frequent een zogenaamde decompressieoperatie. Maar dat is verleden tijd.^{11,12} Ook bij partiële of kleine volledige dikte DC-rupturen verdient conservatieve behandeling vaak de voorkeur.^{13,18}

Complexe besluitvorming

Er is geen duidelijke samenhang tussen een ruptuur in de rotator cuff

pees en klinische symptomen.^{14,15} Twee grote MOON-studies (n= 452 bij inclusie) laten zien dat 73 procent van de patiënten met schouderpijn en een volledige dikte RC-ruptuur, zich tien jaar lang goed redden met fysiotherapie en zonder operatie.¹⁶⁻¹⁷ Bij een langdurige follow-up (3-15 jaren) met controlerende beeldvorming, blijkt dat geopereerde RC-pezen een betere kwaliteit behouden dan conservatief behandelde RC-pezen; dus bij patiënten met volledige dikte RC-rupturen die hun schouders flink moeten blijven gebruiken, is een pees-repair wel aan te bevelen.¹⁹⁻²⁴ Dat maakt de besluitvorming complex.

Minder voorverwijzingen

Schouderorthopeden geven aan dat veel patiënten met schouderpijn



zonder gerichte indicatie de poli bezoeken en dat de meerderheid van die patiënten slechts één keer wordt gezien. De NHG-standaard adviseert een stepped care-aanpak: eerst conservatief behandelen, en bij onvoldoende resultaat verwijzen naar de tweede lijn. Zie figuur 1. Zo worden veel patiënten onnodig verwezen.²⁵ Het ECS-schouderproject wil bijdragen aan passende zorg. Doel: de indicatie voor een verwijzing naar de tweede lijn beter valideren en daarmee het aantal doorverwijzingen reduceren, met behoud van kwaliteit van de zorg.

Opzet van het project

De huisartsen organisatie SHT-THOON (Spoedzorg Huisartsen Twente – Twentse Huisartsen Organisatie

Oost Nederland) waarbij 127 Twentse huisartspraktijken zijn aangesloten, nam het initiatief voor het ECS-schouderproject. In samenwerking met zorgverzekeraar Menzis werd een vergoeding vastgesteld voor de professionals die gebruikmaken van de optie ECS-schouder.²⁶ De plek van de ECS-schouder poli in het beleid rond SP-patiënten staat in figuur 1. Vooraf stelden we vier succescriteria vast:²⁶⁻²⁷

1. Minimaal zeventig procent van de verwezen patiënten blijkt in de eerste lijn behandeld te kunnen worden.
2. De geïnccludeerde patiënten zijn tevreden over de geboden zorg.
3. Deelnemende zorgprofessionals: huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden, zijn tevreden.

4. Kwalitatief goede, passende zorg, met goede samenwerking met toenemende kennisuitwisseling en besluitvorming tussen professionals en patiënten.

De uitvoering lag bij Schoudernetwerk Twente (SNT).²⁸ Dertien gespecialiseerde fysiotherapeuten uit vijf praktijken binnen SNT kregen extra scholing om richtlijnen voor de consulten af te spreken. Elke patiënt werd gezien door twee fysiotherapeuten: een voor het lichamelijk onderzoek, een voor MusculoSkeletal Ultrasound (MSU). Vooraf vulde de patiënt een digitale anamnese en online vragenlijsten in (3S, PSEQ, SPADI; zie tabel 1). De fysieke anamnese en het deels gestandaardiseerde onderzoek²⁹ werden samen gevoegd met een MSU-protocol.³⁰ →

Dit leidde tot vier deel-conclusies die het beleid bepalen:

1. Wat is de klassering/ diagnose van schouderpijn? In de richtlijn staan tien diagnoses om uit te kiezen.^{29,33}
2. Wat is de mate van reactiviteit/ responsiviteit van de patiënt met SP: lage, gemiddelde of hoge reactiviteit?
3. Is doorverwijzing naar de tweede lijn nodig? Ja of nee?
4. Is de patiënt het eens met het advies? Hier zijn er drie categorieën: (grotendeels) eens, neutraal en (grotendeels) oneens.

We verzamelden de baseline gegevens in een Excel spreadsheet^{31,32} en verwerkten dit voor beschrijvende statistiek met behulp van het programma SPSS. Verder kregen de geïnccludeerde ECS-patiënten, na een follow-up van minstens vier maanden, een mail met daarin een link naar de enquête met zestien vragen.

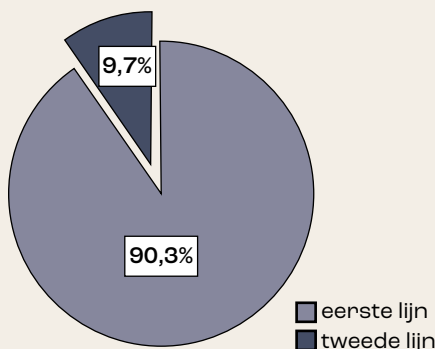
Resultaten

Tussen maart 2022 en maart 2024 zagen de vijf poli's in totaal 232 patiënten. De gemiddelde leeftijd was 56,6 jaar en iets meer dan de helft (55%) was vrouw. Het merendeel bleef werken en sporten ondanks de klachten. Gemiddeld duurden de klachten tien maanden. Zie tabel 1 voor de exacte cijfers.

De belangrijkste uitkomstmaat was het aantal gegeven adviezen met een positieve verwijzing naar de tweede lijn. Van de 232 geïnccludeerde patiënten miste deze score bij 25 patiënten. Bij de overige 207 patiënten werd 187 keer het advies gegeven in de eerste lijn te blijven. Bij twintig patiënten zagen fysiotherapeuten klinische symptomen die een verwijzing naar de tweede lijn valideerden (figuur 2). Bijna alle patiënten (97,4%, n= 196)

Figuur 2

Uitslag ECS-consult: verwijzen naar 2e lijn c.q. verder beleid in 1e lijn (n=207)



Advies na ECS-schouder consult om in de eerste of tweede lijn verder behandeld te worden; data van 207 SP-patiënten zijn bekend; 187 keer (90,3%) werd geadviseerd in de eerste lijn te blijven; 20 keer (9,7%) werd geadviseerd naar tweede lijn te verwijzen.

waren tevreden met de uitleg en stemden in met de adviezen. De schoudergespecialiseerde SNT-fysiotherapeuten slaagden erin om de patiënten goed te informeren.³⁴ Ongeveer de helft van de geïnccludeerde patiënten gebruikte pijnmedicatie, 44 procent heeft (eerder) fysiotherapie gehad en 23 procent heeft eerder een injectie gehad. Deze drie variabelen scoorden hoger in de kleine groep patiënten met een verwijsadvies voor de tweede lijn (n=20). Zie tabel 1.

Uit de ingevulde 3S-lijst (Schouder-netwerk Screening Score, 0-10 punten) kwam een score van gemiddeld vier potentieel ongunstige prognostische factoren. De Numerieke Pijn Score (NPRS) op de meest pijnlijke locatie was gemiddeld 6,5; ruim een kwart (27,2 %) van de SP-patiënten scoorde tussen 8-10- wat meestal beschouwd wordt als een ongunstige prognostische factor.

De gemiddelde PSEQ-score (Pain Self Efficacy Questionnaire, 0-60 punten) was 40 punten en 22 van de 126 patiënten (17%) scoorden minder dan 30 punten-wat duidt op een lage zelfredzaamheid en een indicatie is voor fysiotherapeutische behandeling. De PSEQ-scores van patiënten in de eerste lijn zijn ook wat lager (ongunstiger). De scores op de SPADI-pijn (Shoulder Pain and Disability Inventory, 0-100) en de SPADI-functie zijn net onder het afkappunt en iets hoger (slechter) voor de patiënten die zijn verwezen naar de tweede lijn. →

Wat kan de fysiotherapeut met deze resultaten?

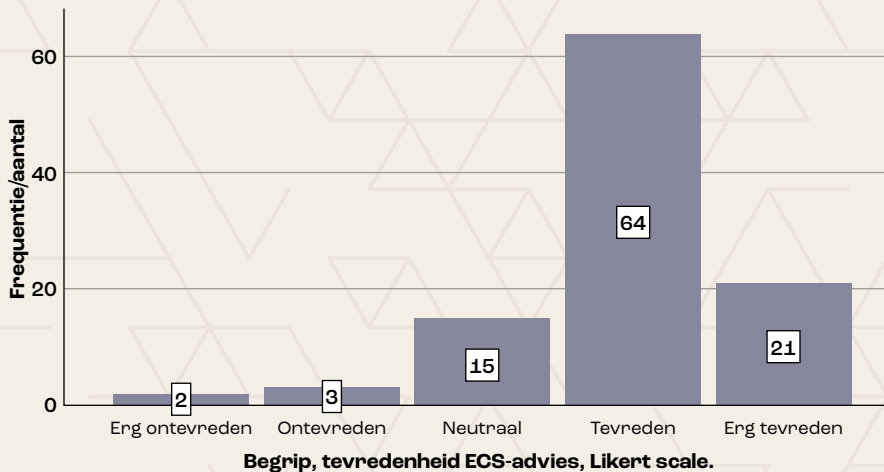
Het ECS-model onderstreept het belang van de fysiotherapeut als deskundige triagist binnen de eerste lijn. Door gebruik te maken van hun diagnostische vaardigheden kunnen schoudergespecialiseerde of extended scope fysiotherapeuten beter onderbouwde beslissingen nemen over verwijzing naar de tweede lijn. Dit leidt tot meer passende zorg en een hogere tevredenheid bij patiënten met schouderklachten — ook wanneer geen verwijzing nodig blijkt. Met een helder onderbouwd behandeladvies voelen patiënten zich serieus genomen en goed geïnformeerd. Daarmee draagt het model bij aan de positionering van de fysiotherapeut in de zorgketen.

Voor meer informatie:



Figuur 3

Begrip, tevredenheid ECS-advies, Likert scale 1 - 5 (n=105)



Ruim na afloop van het ECS-consult (mediaan score: 7 maanden) werd gevraagd wat personen vonden van advies dat destijds is gegeven; 85 van de 105 patiënten met schouderpijn (81%) zijn ook achteraf tevreden c.q. erg tevreden.

Meer dan de helft van de geïncludeerde patiënten (55%, n= 148) gaf aan onvoldoende inzicht te hebben in de redenen voor hun klacht. En 95 procent was positief/ neutraal over de verwijzing naar ECS, de rest was negatief en zou liever direct naar de tweede lijn gaan. Van de geïncludeerde patiënten werd 67 procent (n= 195) geklasseerd als SAPS/ RCRSP (primaire SAPS/ RCRSP zonder of - met calcificatie en - secundaire SAPS/ RCRSP).

Ervaringen na afloop

Na afloop ontvingen alle patiënten een follow-up enquête via de mail die ze vrijwillig konden invullen. Na zeven maanden (de mediaan score) had de helft van de patiënten (n=107) deze ingevuld. De gemiddelde invultijd van de 16 vragen bedroeg 5,5 minuten. Twee van de enquêtes vielen af door missende data. De overige 105 patiënten waardeerden het ECS-schouder consult gemiddeld met een 8,4 voor uitvoering en met een 8,6 voor tevredenheid, op een schaal van 0-10.

Ongeveer de helft van de patiënten kreeg het advies om een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren (52%) en één op de vijf patiënten kreeg het advies dat geen behandeling nodig was (18%). De meerderheid hield zich, na overleg met de huisarts, aan het advies (78%) en is volledig in de eerste lijn behandeld (79%). Achteraf gaf 61 procent aan dat de pijn inmiddels duidelijk verminderd of verdwenen was ten opzichte van de periode tijdens het consult; 25 patiënten scoorden neutraal (minder pijn dan bij het consult maar nog wel klachten) en 15 patiënten hadden nog steeds schouderpijn. Op een 5-punt Likertscale oordelen 85 van de 105 patiënten (81%) ook achteraf dat ze tevreden/erg tevreden blijven over het gegeven advies. Zie figuur 3.

Discussie en toekomst

Patiënten met (aanhoudende) schouderpijn hebben vaak meerdere disfuncties, naast somatische factoren zijn ook relevante mentale,

cognitieve en procesmatige factoren aanwezig.^{4-9,29} Het ECS-schouderproject laat zien dat gespecialiseerde fysiotherapeuten goed in staat zijn om schouderpatiënten te triëren. Het ECS-schouder consult bevat enerzijds een passende multimodale analyse naar oorzakelijke en beïnvloedbare disfuncties en anderzijds biedt de strategie voldoende ruimte voor de fysiotherapeut om 'gepersonaliseerde' keuzes te maken.

De vooraf gestelde succescriteria zijn behaald: minder verwijzingen (90 procent blijft in de eerste lijn), tevreden patiënten die zich grotendeels aan het advies houden, en passende zorg van voldoende kwaliteit.

Wel viel het totaal aantal verwezen patiënten naar de vijf ECS-schouderpoli's tegen. Enerzijds vergt het implementeren van een nieuwe verwijsstrategie tijd, anderzijds is een aantal van 232 ECS-schouderpatiënten een goede populatie. Zoals gebruikelijk is in een pilotonderzoek sprake van enige hiaten in de data (zie kolom 2 van tabel 1) en werd de vrijwillige follow-up-enquête ingevuld door 107 van de patiënten (46%). Dat kan invloed hebben op de resultaten en het is aan te bevelen deze studie te herhalen met een striktere onderzoekopzet. De effecten zijn evident. Het lijkt daarom zinvol om patiënten met (aanhoudende) schouderpijn door een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut te laten onderzoeken om vast te stellen of verwijzing naar de tweede lijn valide is. Deze optie kan worden aangeboden aan huisartsen waarmee onnodige doorverwijzing naar de tweede lijn afneemt, terwijl patiënten wel naar tevredenheid geholpen worden. ●



Literatuurlijst en extra informatie

