

Door: Gerard Koel, SNT-lid en medekartrekker van het ECS-schouderproject

Locatie: Hengelo, december 2024

## Verslag:

# TERUGBLIK OP DEELNAME ECS-SCHOUDER DOOR SNT MET ANALYSE EN WEERGAVE VAN RESULTATEN

### Inhoud:

|   |    |
|---|----|
| - Lijst met afkortingen                                 | 02 |
| - 1: Aanleiding en tijdpad                              | 03 |
| - 2: Opzet en doelen ECS-schouder                       | 04 |
| - 3: Acties SNT, vaststellen onderdelen consult         | 07 |
| - 4: Karakteristieken geïnccludeerde ECS-patiënten      | 10 |
| - 5: Tevredenheid achteraf geïnccludeerde ECS-patiënten | 16 |
| - 6: Tevredenheid deelnemende professionals             | 24 |
| - 7: Conclusies   | 27 |
| - 8: Toekomstbeeld, plek voor ECS-schouder project      | 30 |
| - Referentielijst                                       | 31 |

## Afkortingenlijst

| Afkorting     | Definitie   |
|---------------|---|
| SP-patiënten  | SchouderPijn patiënten  |
| DMC3 studie   | Dutch Population based Musculoskeletal Complaints and Consequences Cohort study |
| ECS-schouder  | Enmalig Consult Specialist schouder   |
| GH            | GlenoHumeraal   |
| ADL           | Activiteiten verricht in het Dagelijkse Leven                                   |
| NHG           | Nederlands Huisartsen Genootschap   |
| 3S lijst      | Schouder netwerk Screenende Score lijst (10 prognostische actoren)              |
| SPADI lijst   | Shoulder Pain and Disability Inventory (Pijn en/ of Functie, 0-100)             |
| PSEQ lijst    | Pain Self-Efficacy Questionnaire (Zelfredzaamheid score 0-60)                   |
| DBC           | Diagnose Behandel Combinatie  |
| OCON          | Orthopedisch Centrum Oost Nederland   |
| THOON         | Twentse Huisartsen Organisatie Oost Nederland                                   |
| THOOZ         | Twentse Huisartsen Organisatie Oost-Nederland Zorg                              |
| SHT-THOON     | Spoedzorg Huisartsen Twente- Twentse Huisartsen Organisatie Oost N.             |
| SNT           | SchouderNetwerk Twente  |
| MSU-onderzoek | Musculo Skeletal Ultrasound onderzoek   |
| SAPS          | SubAcromiaal PijnSyndroom   |
| RCRSP         | Rotator Cuff Related SchouderPijn   |
| SDM           | Shared Decision Making  |
| OST           | Orthopedische Schoudertests   |
| SPSS          | Statistical Package for the Social Sciences                                     |
| MST           | Medisch Spectrum Twente   |
| ECMS          | Enmalig Consult Medisch Specialist  |
| NPRS          | Numerieke (Pain) Rating Scale (0-10)  |
| ESS           | Extended Scope Specialist   |
| RCCT          | Rotator Cuff Calcificerende Tendinopathie                                       |
| HAGRO         | HuisArtsen GROep  |
| HOED-praktijk | Huisartsen Onder Eén Dak praktijk   |

## Hoofdstuk 1: Aanleiding en tijdpad.

Schouderpijn (SP) is een veelvoorkomende klacht, de puntprevalentie voor SP bij Nederlanders boven de 25 jaar is 20% en de 1 jaar prevalentie 30%. (1). Bovendien blijkt uit Nederlands onderzoek dat het beloop van de SP matig tot slecht is; slechts 50% is binnen 6 maand 'genezen' en na 12 maanden heeft 40% van de patiënten opnieuw of nog steeds SP (2, 3).

Duidelijk is dat vooral bij aanhoudende SP sprake is van niet-somatische disfuncties die bepalend zijn voor de perceptie van pijn en functiestoornissen SP (4) maar ook sterk bepalen wat de uitkomst van mogelijke interventies zal zijn (5-8). Dat betekent dat SP-patiënten multimodaal onderzocht dienen te worden om, samen met de SP-patiënt, vast te stellen wat de belangrijkste en beïnvloedbare disfuncties zijn om vervolgens doelen en behandelplan vast te stellen (9, 10).

Als algemene trend geldt bovendien dat sprake is van een shift van operatieve naar niet-operatieve interventies bij SP-patiënten, in eerste instantie voor de zogenaamde decompressie 'Neer' operaties (11-13) maar ook voor de operatieve RC-repair. De associatie tussen de schade in een RC-pees en wel of geen klinische symptomen is laag (14), vaak zijn niet-somatische disfuncties sterker bepalend voor de aan- of afwezigheid van (aanhoudende) SP (4-8, 15). Een beschadiging van de RC-pezen betreft een risicofactor; bij aanwezige schade neemt de kans op SP toe maar er zijn veel meer risicofactoren die soms relevanter zijn. En dat maakt verwijzen van patiënten met aanhoudende SP naar een schouderorthopeed lastig. Er is geen sprake van een 'automatische en logische' verwijzing van een patiënt met aanhoudende SP naar de tweede lijn schouderorthopeed. Zo'n verwijzing is valide als de verwijzer van mening is dat sprake is van klinische 'signs and symptoms' die behandeld dienen te worden met competenties van de schouderorthopeed. Voor wat betreft de meest voorkomende orthopedische schouderoperatie, de RC-repair, is sprake van goede resultaten maar bij veel SP-patiënten niet beter dan niet-operatieve interventies (16-20). Goede informatievoorziening met passend taalgebruik zijn belangrijk om een SP-patiënt een realistisch perspectief te bieden (21, 22). Duidelijk is dat bij de meeste patiënten met aanhoudende SP sprake is van meerdere risicofactoren en dat de schouderorthopeed gebaad is met consultaties door SP-patiënten met relevante somatische disfuncties. Dat duidt op een complexe klinische situatie die kunnen conflicteren met een simpele toepassing van de adviezen uit de NHG-standaard (23, pagina 3). Als huisartsen patiënten met aanhoudende SP makkelijk verwijzen naar de tweede lijn schouderpoli, let wel: door Thoon huisartsen worden jaarlijks 4000 SP-patiënten verwezen naar de tweede lijn, leidt dat ongetwijfeld tot een groot percentage van SP-patiënten die onnodig een appel doen op competenties van de schouder orthopeed. Dat is uiteraard ongunstig voor de orthopeed, voor de patiënt, voor de huisarts maar ook voor de BV Nederland omdat onnodige kosten worden gemaakt.

Tijdens het SNT-jubileumcongres (10 jaar SNT) werd in een van de inleidingen de resultaten gepresenteerd van het project 'Schouderkliniek Twente' (24). In dat project konden negen huisartsen van de HAGRO Eudokia in Enschede/ Glanerbrug SP-patiënten die mogelijk naar de tweede lijn verwezen zouden worden, laten onderzoeken door een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut die die mogelijke verwijzing beoordeelde op validiteit. Het bleek dat 89 van de 113 (78%) SP-patiënten niet in aanmerking kwamen voor een passende verwijzing naar de tweede lijn.

Al langer is bekend dat een groot deel van de door huisartsen verwezen SP-patiënten naar schouderpoli's in de tweede lijn (uitgevoerd door de orthopeed, fysiotherapeut en echografist) daar ten onrechte in de wachtkamer zit. Grofweg 70% van die SP-patiënten heeft geen indicatie die typische orthopedische competenties behoeft. Daarbij komt 80% van de SP-patiënten slechts 1 keer op consult in de tweede lijn komen, hetgeen erop duidt dat geen vervolg-behandeltraject in de tweede lijn plaatsvindt naast het op zich nuttige gegeven advies, het vaststellen dat geen klinisch relevante structuurschade aanwezig is en mogelijk wordt ter pijnvermindering een injectie gegeven.

De vraag van SHT-Thoon/ Thooz ligt dan ook voor de hand; kunnen de positieve effecten van 'Schouderkliniek Twente' ook daadwerkelijk in Twente uitgerold worden (24-26)? Begin 2021 neemt Thoon contact op met SNT om die intentie aan te geven en SNT te vragen als uitvoerder van het ECS-schouder project op te treden. SNT gaat daarmee akkoord en gaat het fysiotherapie-deel verzorgen. Daarnaast vindt overleg plaats met de schouder-orthopeden van OCON en MST; binnen Thoon functioneert de adviesgroep ECS-schouder waarin de zorgprofessionals (fysiotherapeuten, huisartsen en orthopeden) samen met de kartrekker Thoon en zorgverzekeraar Menzis zitting hebben.

SHT-Thoon is de initiatiefnemer van het ECS-schouder project dat ontwikkeld wordt als een hulpmiddel voor de aangesloten huisartsen (25, 26), bij Thoon zijn 127 Twentse huisartspraktijken aangesloten (er zijn uiteraard meerdere huisartsen werkzaam per praktijk). Zorgverzekeraar Menzis is bereid het project te steunen door een aparte code voor het eenmalige, diagnostische ECS-schouder consult te hanteren. Per consult kan 125 euro worden gedeclareerd; 25 euro voor de huisarts en 100 euro voor de 2 schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten.

## Hoofdstuk 2: Opzet en doelen ECS-schouder.

Patiënten met schouderklachten worden in het ECS-consult door twee schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten onderzocht met als centrale onderzoeksvraag of er ja of nee voldoende klinische symptomen zijn die een verwijzing naar de tweede lijn motiveren. Als de SP-patiënt daardoor bij de juiste zorgverlener terecht komt, leidt tot een viertal positieve gevolgen (25):

- **Betere patiënt ervaring**

ECS zal, in een traject waarbij initieel ingezette behandeling niet tot het gewenste of te verwachte resultaat leidt, leiden tot extra vertrouwen en mogelijk snellere- en betere klachtenreductie. Een patiënt die twijfelt over de effectiviteit van het huidige behandelplan, heeft behoefte aan een onafhankelijk en professioneel schouder-specifiek onderzoek en advies.

- **Gezondheidswinst**

ECS kan bijdragen tot snellere- en betere klachtenreductie en herstel van actieve participatie

- **Doelmatigheidswinst**

ECS leidt tot een betere verdeling van de zorg in de eerstelijns onder de beschikbare professionals en minder onnodige verwijzingen naar de tweede lijn.

- **Werkplezier.**

Samenwerken in een netwerk leidt tot meer kennis en vertrouwen, wat een basis is voor werkplezier.

De huisarts blijft de centrale poortwachter, kan een SP-patiënt verwijzen, weet dat er een gedegen fysiek en echografisch onderzoek plaatsvindt, dat de uitkomst daarvan met de patiënt wordt overlegd en dat de huisarts een gestandaardiseerd verslag ontvangt om vervolgens, met of zonder consult met de patiënt, het beleid verder vast te stellen. Er wordt uitgegaan van een project dat 2 jaren duurt. Onderstaand nogmaals in volgorde de stappen in het ECS-schouder project.

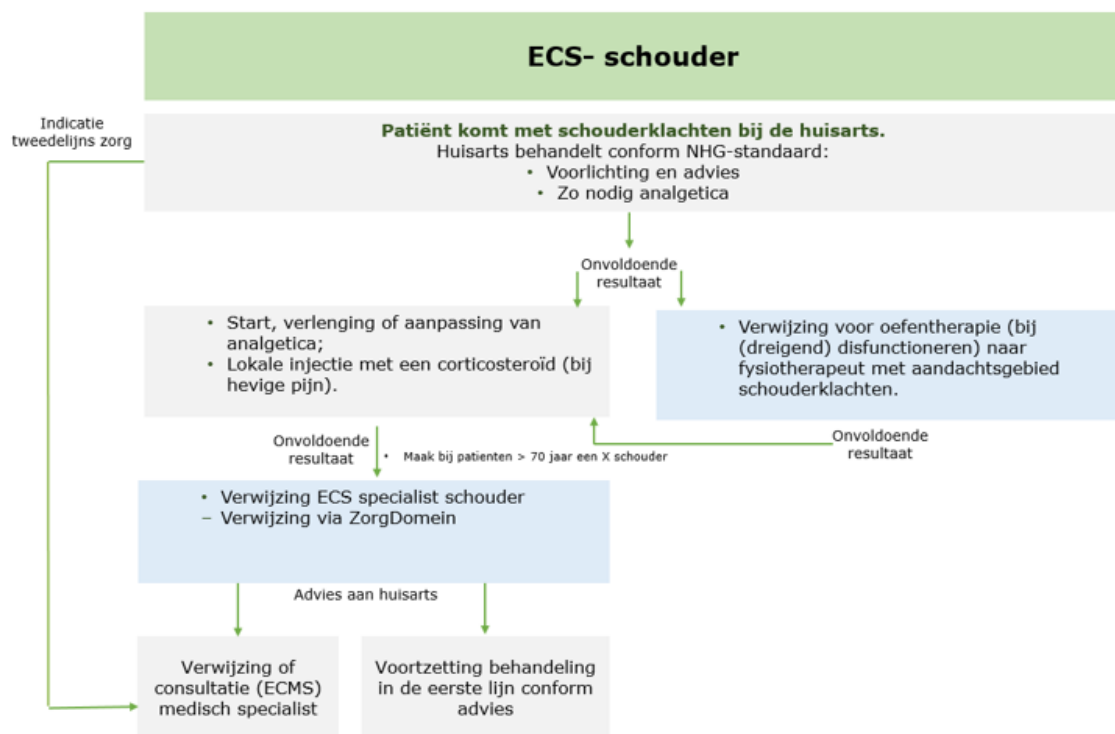
### Opzet/ volgorde stappen ECS-schouder (25):

1. Huisarts wordt geconsulteerd door patiënt met aanhoudende schouderklachten; toepassen van de methodiek uit de NHG-standaard Schouderklachten lijkt onvoldoende effectief.

Huisarts overweegt of verwijzing naar de tweede lijn zinvol is; immers dat heeft voor en nadelen. Vraag: Is er een extra evaluatie mogelijk? Antwoord: JA.

2. Huisarts kiest in ZorgDomein voor aanvullende paramedische hulp >> fysiotherapie >> vult in: ECS-schouder, kiest de passende praktijk en formuleert vraag:  
Zijn er signs en symptoms bij deze patiënt die een verwijzing naar de tweede lijn motiveren?
3. Patiënt wordt binnen 2 weken opgeroepen door de gekozen praktijk:
  - ontvangt anamnese en vragenlijsten die digitaal ingevuld worden
  - wordt door fysiotherapeut 1 verder onderzocht (anamnese, fysiek onderzoek)
  - wordt door fysiotherapeut 2 echografisch onderzocht
  - in Shared Decision Making (SDM) gesprek wordt patiënt geïnformeerd over de resultaten (de multimodale diagnose) en het advies ten aanzien van de behandeling.
4. Huisarts ontvangt verslag en kan verder met de patiënt een plan van aanpak kiezen.

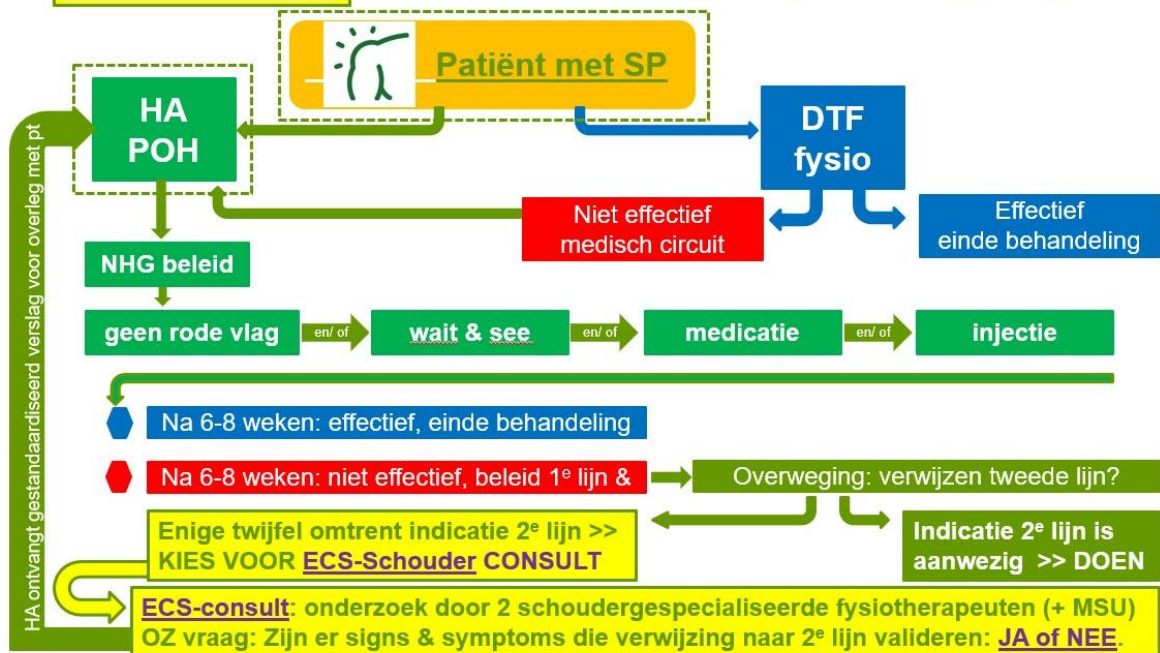
Onderstaand **figuur 1** met daarin de onderdelen van het ECS-schouder consult (26).



Bovenstaande figuur 1 benadrukt de gang van zaken vanuit het perspectief van de huisarts; logisch want ECS-schouder is een project ten dienste van de aangesloten huisartsen. Duidelijk is wel dat veel patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat, in dit geval de schouder, ervoor kiezen om direct de fysiotherapeut te raadplegen; sinds 2006 bestaat immers DTF (Directe Toegang Fysiotherapie) en de meeste fysiotherapeuten geven aan dat meer dan de helft van de patiënten verschijnt via DTF, de huisarts wordt pas achteraf geïnformeerd en speelt geen rol bij die eerste stap. Uiteraard is DTF slechts mogelijk bij patiënten met fysiotherapie in hun zorgverzekering aanvullend pakket. Een ongewenste bijwerking van zo'n aanvullend pakket is dat patiënten met een lagere Sociaal Economische Status (SES) geen gebruik kunnen maken van DTF. Een voordeel van het ECS-schouder project is dan weer dat huisartsen ook patiënten zonder aanvullend pakket een ECS-consult kunnen aanbieden omdat zorgverzekeraar Menzis zorgdraagt voor een vergoeding voor het consult.

Onderstaand in **figuur 2** wordt wel rekening gehouden met DTF als relevante optie in het proces bij SP-patiënten. Een fors deel van de SP-patiënten maakt gebruik van die optie. Indien die optie niet leidt tot een tevredenstellend resultaat, kan de SP-patiënt, via de fysiotherapeut, alsnog bij de huisarts terecht komen. De groene lijnen zijn gerelateerd aan acties van de huisarts. Nieuw in het proces zijn de gele blokken van ECS-schouder.

## Plaats **ECS-Schouder** als optie in het klinisch proces bij SP-patiënten



In het projectplan ECS-schouder (26) staan de volgende criteria voor succes beschreven. **Het project is geslaagd indien twee jaar na de start (25, 26):**

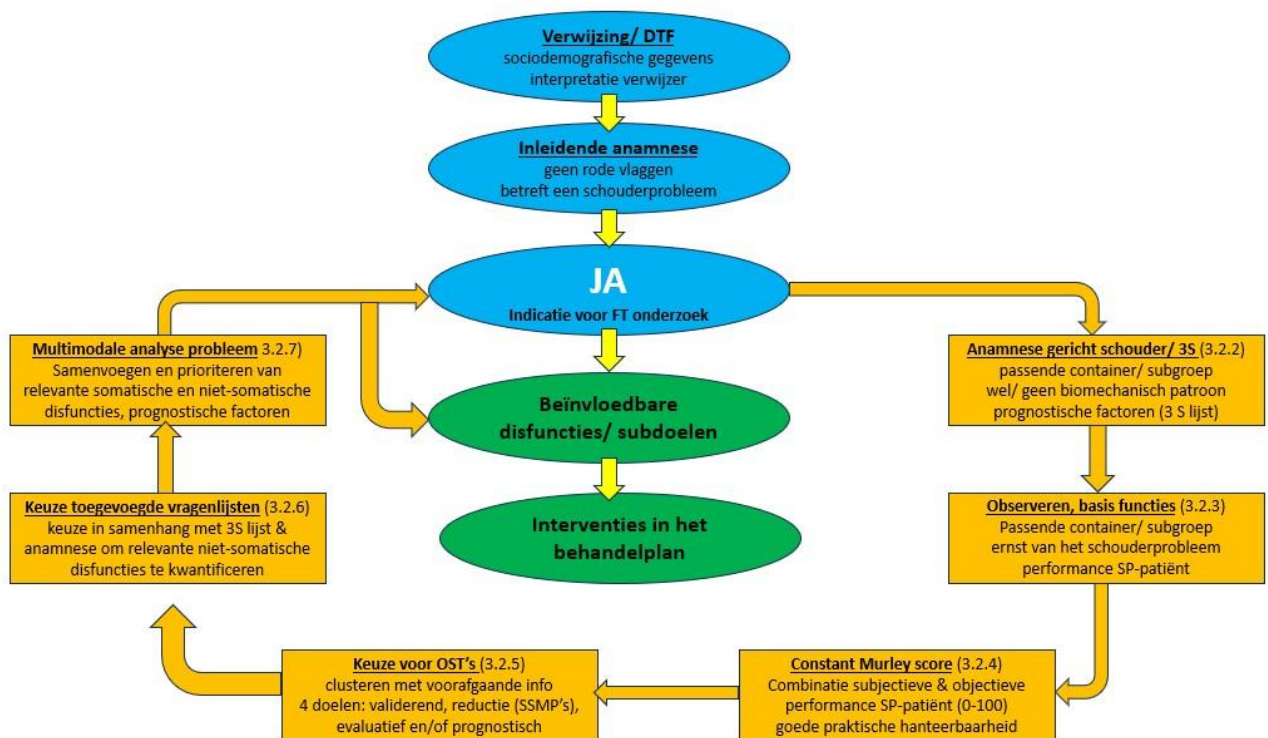
- 1- 78% Van de patiënten door de inzet van de diagnostisch fysiotherapeut schouder, in de eerste lijn behandeld kan worden (gelijk percentage als in Enschede/ Glanerbrug).
- 2- Tevredenheid bij de geïnccludeerde patiënten over de geboden zorg. Meetinstrument: enquête na afloop.
- 3- Tevredenheid bij de deelnemende zorgprofessionals: huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden. Meetinstrumenten: enquêtes en interviews.  
De verwijzende huisartsen zijn tevreden omdat ze laagdrempelig waardevolle toevoeging aan patiëntenzorg ervaren.
- 4- Er sprake is van voldoende kwaliteit van zorg en van passende zorg:
  - Zorg op maat geleverd wordt: geen onder- of overbehandeling
  - Meer 'shared decision making' tussen diagnostisch fysiotherapeut schouder/ huisarts en patiënt plaats vindt.
  - Eenduidige) communicatie naar patiënt in de zorgketen plaats vindt; er zijn goed gedragen samenwerkingsafspraken (op basis van kwaliteit) tussen zorgverleners.
  - Kennisuitwisseling plaatsvindt tussen betrokken zorgverleners; verhoogt naar verwachting het kennisniveau van de huisartsen omtrent klachten schouder en het volgen van de relevante NHG- standaarden
  - De patiënten die verwezen worden naar de tweede lijn hebben een duidelijke zorgvraag (efficiency)

### Hoofdstuk 3: Acties en voorbereiding SNT-fysiotherapeuten voor ECS-poli's.

'Uitvoerder' betekent dat 5 ECS-schouder poli's in Twente worden gestart waarin steeds 2 schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten SP-patiënten die door huisartsen worden verwezen, onderzoeken met als centrale onderzoeksvraag: 'Heeft deze SP-patiënt kenmerken die een verwijzing naar de tweede lijn motiveren?'

SNT heeft aan die uitvoerende taak gevolg gegeven en 15 SNT-leden in een viertal sessies verder getraind om een gezamenlijk gedragen onderzoekprotocol samen te stellen; zowel voor het fysiotherapeutisch multimodale diagnostisch onderzoek (27) als ook voor het toepassen van MSU (28).

Een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut is in staat om, in samenspraak met de patiënt, een multimodale analyse te realiseren die leidt tot een aantal relevante en beïnvloedbare disfuncties. Zie bijvoorbeeld de methodische opbouw van een fysiotherapeutisch onderzoek in onderstaande **figuur 3**(9).



**Figuur 3.** Methodische opbouw fysiotherapeutisch onderzoek bij SP-patiënten. Bovenste blauwe blokje dient vervangen te worden door ECS-schouder verwijzing door de huisarts. Relevant is dat sprake is van een multimodale analyse met passende doelen voordat een interventie gekozen wordt (N.B. dit laatste klinkt vanzelfsprekend maar wordt vrijwel nooit in RCT-onderzoek gerealiseerd!). N.B.2 De nummers in de verschillende cellen slaan op de hoofdstukindeling van bron 9.

Thoon heeft de bij haar aangesloten huisartsen via nieuwsbrieven op de hoogte gebracht van de mogelijkheid om SP-patiënten, via het softwareprogramma ZorgDomein, te kunnen verwijzen naar een van de vijf ECS-poli's. Het SNT heeft gekozen voor een model met 2 fysiotherapeuten per consult om te zorgen dat tijdens het 2 jaar durende project sprake is van een breed en gezamenlijk gedragen aanpak.

Onderstaand **tabel 1** met de 5 poli's met fysiotherapeuten verdeeld over Twente.

| <b>De 5 ECS-schouder poli's verdeeld over Twente</b>   |   |
|--|---|
| Poli 1: <b>Enschede Noordoost</b><br>(Glanerbrug, Losser, Lonneker, Overdinkel)<br>FYON, Schoolstraat 17, 7534 CB Enschede | Hans Herik<br>Wim ten Brinke<br>Bart van Det                  |
| Poli 2: <b>Enschede Stadsveld</b><br>(Enschede, Boekelo, evt. Haaksbergen)<br>FYON, S.L. Louwesstraat 21, 7545 ER Enschede | Donald van der Burg<br>Marlijn Teggeler<br>Hans Herik         |
| Poli 3: <b>Hengelo – Borne</b><br>(Delden, Deurningen)<br>Fysio Fit, Theresiaplein 1.04, 7622 HK Borne                     | Jacomine Niemeijer – Blokvoort<br>Gerard Koel<br>Joost Jansen |
| Poli 4: <b>Oldenzaal</b><br>(de Lutte, Denekamp, Losser)<br>FT Nusmeier, Blokfluitlaan 19, 7577 LB Oldenzaal               | Rene Droste<br>Matthijs Snijders<br>Ruud Wilens               |
| Poli 5: <b>Goor</b><br>(Haaksbergen, Neede, Diepenheim, Hengevelde)<br>GC de Oliphant, Irisstraat 2-21, 7471 AV Goor       | Jos ten Voorde<br>Rick Leppink<br>Marlijn Teggeler            |

#### **Volgorde van handelingen rond (voor, tijdens en na) het ECS-schouder consult.**

Na aanmelding via ZorgDomein door de huisarts wordt de patiënt binnen 2 weken opgeroepen voor het consult. Voorafgaand (zie 27) krijgt de patiënten digitaal een anamnese met een aantal vragenlijsten (3S lijst, PSEQ en SPADI) gemaild die bij aanvang van de consult-anamnese worden besproken. De live-anamnese en het deels gestandaardiseerde onderzoek leidt tot een voorlopige multimodale analyse (tijd: 30 minuten). Daarnaast wordt een gestandaardiseerd MSU-protocol uitgevoerd (28) met interpretatie van de bevindingen (duur: 15 minuten).

Beide fysiotherapeuten komen na overleg tot de volgende deel-conclusies (5 minuten):

- Welke klassering/ diagnose SP is aanwezig (er zijn 10 beschreven schouder diagnoses).
- Wat is de mate van reactiviteit/ responsiviteit van de patiënt met SP (3 categorieën)
- Zijn er redenen om de patiënt te verwijzen naar de tweede lijn; 2 opties: JA of NEE.

Daarna wordt deze conclusies besproken met de patiënt die zijn/ haar mening kan inbrengen en toetsen aan die van de fysiotherapeuten met de benodigde fijn-afstemming (10 minuten).

- Een SDM-gesprek met de patiënt en de vaststelling of de patiënt voldoende begrip toont en instemt met de bevindingen en adviezen (3 categorieën: grotendeels eens/ neutraal/ grotendeels oneens).
- Daarop wordt een gestandaardiseerd verslag naar de huisarts gestuurd (10 minuten)

De totaalijd is dus in ieder geval 70 minuten; met enige uitloop en het realiseren van de afspraak is het plannen van 75 minuten per verwezen SP-patiënt realistisch. Menzis honoreert deze aanpak met een consult tarief van 100 euro.

#### **Vervolg**

De huisarts blijft bij ECS-schouder in de centrale positie en bepaalt in overleg met de patiënt op grond van de informatie en eventueel na verder overleg met de desbetreffende schouderfysiotherapeut het verdere beleid.



Wanneer fysiotherapie geïndiceerd is, zal het advies zijn dat de behandeling bij de eigen fysiotherapeut zal plaatsvinden en het behandelplan zal gedeeld worden met de fysiotherapeut van desbetreffende patiënt. Overleg/ uitwisselen van informatie wordt gerealiseerd door de ECS-fysiotherapeut.

Indien een injectie geïndiceerd is en eigen huisarts kan dit niet bieden, kan een patiënt in plaats van naar de orthopeed ook worden verwezen naar de gespecialiseerde huisarts.

Onderstaand twee rijtjes met 'schouder indicaties' die richting geven aan de keuze eerste of juist tweede lijn. Eerst 10 indicaties die pleiten om SP-patiënten in de eerste lijn te houden.

#### **Indicaties neigend naar behandeling met fysiotherapie**

1. Aanhoudende SP zonder eenduidig somatisch substraat; er is mogelijk wel een somatisch substraat te vinden maar dat is onvoldoende verklarend voor de actuele SP en beperkingen, er zijn relevante mentale, cognitieve en/of procesmatige disfuncties
2. (Dreigend) disfunctioneren vanwege SP met aspecten chronisch pijnsyndroom
3. SAPS klachten of RCR-SP (Rotator Cuff Related Shoulder Pain); primair en secundair
  - Tendinopathie RC-pezen; soms met bursitis beeld
  - Onderliggend hypermobiliteit of hypomobiliteit glenohumeraal.
  - Op basis van disfunctie in scapula-thoracale gewricht
4. Multidirectionele Instabiliteit glenohumeraal/ schoudergordel
5. SP met relevante disfunctionele motorisch aansturing.
6. Frozen Shoulder, GH capsulitis, fase 2 en 3.
7. Calcificerende tendinopathie (RCCT), niet tijdens inflammatie
8. Disfuncties schoudergordel, AC en SC-gewricht, diskinesie scapula, disfunctioneren CTO (beperkte homolaterale rotatie) en eventueel thorax (te weinig extensie)
9. NSA-klachten; Nek – Schouder – Arm klachten of KANS (Klachten Arm Nek Schouder) beelden
10. Functionele SP met disfuncties in kinetische keten (onvoldoende core stability of onvoldoende kracht vanuit onderste extremiteit)

In overleg met de orthopeden uit de adviesgroep zijn de volgende indicaties gekozen die onderbouwing geven om wel te verwijzen naar de tweede lijn.

#### **Indicaties die aanleiding geven tot verwijzing naar tweede lijn**

1. Patiënten met aanhoudende SP gebaseerd op relevant somatisch substraat. Of in een BPS-model; patiënten met een relevant B gedeelte; zonder overheersend PS-gedeelte.
2. Volledige dikteruptuur pees (terughoudend beleid boven 65 jaar) met aanzienlijk krachtsverlies en positieve lagtesten c.q. drop arm syndroom.
3. Partiële dikteruptuur bij jonge patiënten (arbitrair <50 jaar) met werk of sport dat afhankelijk is van goede schouderfunctie
4. Ernstige artrose: zowel omartrose alsook AC- artrose
5. GH Instabiliteit (indien conservatieve behandeling onvoldoende resultaat geeft) met forse ADL beperkingen. Liefst unidirectionele instabiliteit maar eventueel ook dysfunctioneel GH-gewrichtskapsel
6. Diagnostische twijfel of onacceptabel veel klachten ondanks conservatieve behandeling.
7. Indicatie voor barbotage (zie RCCT)
8. Verwijzing naar tweede lijn maar niet naar de orthopeed: SP-patiënt met neurologische (bijvoorbeeld NA) of reumatische (bijvoorbeeld artritis) symptomen.

Op basis van de basisdocumenten (27, 28) zijn in de praktijksoftware van de 5 deelnemende poli's programma's aangemaakt die de fysiotherapeuten helpen om belangrijke diagnostische bevindingen te noteren. Ook de scores op de vragenlijsten (NPRS, 3S lijs, PSEQ en SPADI) staan in dat bestand. In het laatste jaar van het ECS-schouder project is het basisdatabestand gemaakt door in een Excel spreadsheet de gegevens vanuit de verschillende softwarepakketten te noteren (29, 30). Die spreadsheet werd ingelezen in het statistische programma SPSS om vooral beschrijvende statistiek te realiseren. Hetzelfde gebeurde met de enquête naar de tevredenheid van de patiënten die ruim na afloop (mediaan score: 7 maanden) digitaal aangeboden werd (via het softwarepakket Qualtrics). De geïnccludeerde ECS-patiënten kregen minstens 4 maand na afloop van hun consult een mail met daarin een link om de enquête met 16 vragen te openen en de vragen te beantwoorden. De uitkomsten van de beschrijvende statistiek worden beschreven in de volgende paragrafen.

## Hoofdstuk 4: Karakteristieken van de 233 geïnccludeerde ECS-patiënten.

In twee jaar tijd zijn op de vijf poli's 233 SP-patiënten verwezen door een Thoon huisarts, geïnccludeerd. Onderstaand de 31 variabelen die zijn opgenomen in het basisdatabestand.

| Nr. | Variabele                        | Karakter | Klassering variabele                     |
|-----|----------------------------------|----------|--|
| 01  | Leeftijd                         | Numeriek | Leeftijd in jaren                        |
| 02  | Geslacht                         | Nominaal | Vrouw/ Man/ Binair                       |
| 03  | Werkstatus patiënt               | Nominaal | 6 Categorieën (betaald >> vrijwilliger)  |
| 04  | Kan wel/ niet werken vanwege SP  | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 05  | Doet wel/ niet aan sport         | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 06  | Kan wel/ niet sporten vanwege SP | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 07  | Wat is de klachtenzijde          | Nominaal | Rechts/ links/ beiderzijds               |
| 08  | Is het de dominante zijde        | Nominaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 09  | NPRS-score algemeen              | Numeriek | 0-10, hoe hoger hoe slechter             |
| 10  | Totale duur van de SP in maanden | Numeriek | Aantal maanden                           |
| 11  | Beloop van de SP tot nu toe      | Ordinaal | 4 Categorieën (stabiel >> steeds erger)  |
| 12  | Medicatiegebruik SP              | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 13  | Eerder injectie gehad            | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 14  | Eerder operatie gehad            | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 15  | Eerder fysiotherapie gehad       | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 16  | Perceptie Pt verwijzing ECS      | Ordinaal | 3 Categorieën (positief >> negatief)     |
| 17  | Score 3S vragenlijst             | Ordinaal | 0-10, >= 4: ongunstige prognose          |
| 18  | Score van de PSEQ                | Numeriek | 0-60, <30: matige zelfredzaamheid        |
| 19  | Score van de SPADI- pijn         | Numeriek | 0-100, > 55: veel pijn, ongunstig        |
| 20  | Score van de SPADI- functie      | Numeriek | 0-100, >45: matige functie, ongunstig    |
| 21  | Score SPADI- totaal              | Numeriek | 0-100, >50, hoe hoger hoe ongunstiger    |
| 22  | MSU-verslag aanwezig             | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 23  | MSU-uitslag relevant             | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 24  | Biomechanisch beloop SP          | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 25  | Pt voldoende inzicht in SP       | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |
| 26  | Mate van reactiviteit SP         | Ordinaal | 3 Categorieën (laag > midden > hoog)     |
| 27  | Diagnose                         | Nominaal | 10 Categorieën, zie bron                 |
| 28  | Vervolgstep 5 opties             | Nominaal | 5 Categorieën, 3x eerste, 2x tweede lijn |
| 29  | Verwijzing dichotoom             | Nominaal | 2 Categorieën, eerste of tweede lijn     |
| 30  | Pt eens met ECS-interpretatie    | Ordinaal | 3 Categorieën, eens/ neutraal/ oneens    |
| 31  | Verslag HA aanwezig              | Ordinaal | Ja/ nee/ onbekend                        |

Daarnaast zijn verschillende andere diagnostische bevindingen vastgesteld, maar die waren facultatief. De fysiotherapeut kan kiezen voor het toepassen van een OST (Orthopedische Schouder test) of niet. Dat geldt ook voor o.a. het uitvragen van de effectiviteit van eerdere behandelingen, de aanwezigheid van scapula diskinesie, instabiel bewegingsgedrag, catastroferend gedrag bij actief bewegen, niet kunnen opnemen van een GH-eindgevoel, een clustertest voor het AC-gewricht of een extra vragenlijst zoals CMS of Tampa-schouder.

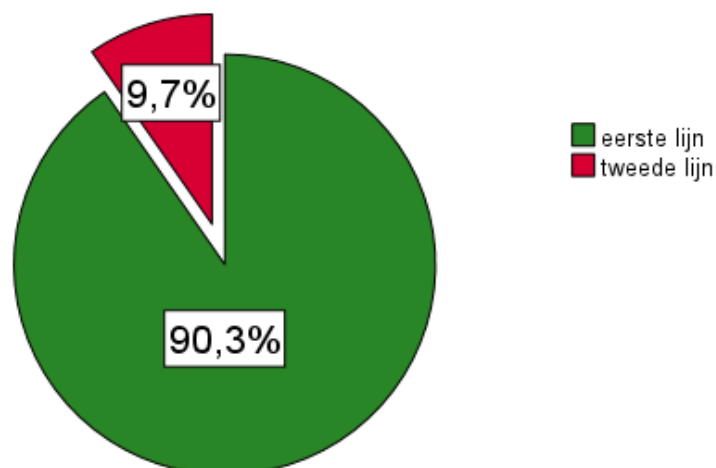
Deze studie naar de toepasbaarheid van ECS-schouder is pragmatisch van aard, niet strak wetenschappelijk opgezet en dus is het onderzoek protocol niet dichtgetimmerd en zijn de keuzes/ beslissingen van de fysiotherapeuten op dat moment in die klinische situatie van doorslaggevende aard.

Zo mogelijk scoorden de fysiotherapeuten ook de relevantie van de gevonden disfuncties (SoMCoP-model: Somatische, Mentale, Cognitieve en/of Procesmatige disfuncties) en zo mogelijk de gevonden grondvorm van pijn (Nociceptief, Nociplastisch, Neuropatisch of Idiopatisch).

De centrale onderzoeksvraag voor de toepassing van ECS-schouder betrof het aantal patiënten dat is verwezen naar de tweede lijn. De verwezen SP-patiënten waren patiënten waarbij de huisarts een verwijzing naar de tweede lijn overwoog, het zijn vrijwel allemaal patiënten met langdurige SP hoewel het wel degelijk is toegestaan om ook een SP-patiënt met een acuut/ subacuu beeld te verwijzen. In tabel 2 is te zien dat de gemiddelde klachtenduur meer dan 1 jaar bedraagt, maar de grote standaarddeviatie (SD) geeft aan dat er ook SP-patiënten met een korte klachtenduur verwezen zijn.

Van de 233 geïncludeerde SP-patiënten miste de score bij 26 patiënten (de zogenaamde 'missings') zodat 207 SP-patiënten overblijven waarbij 187 keer het advies is gegeven in de eerste lijn te blijven en bij 20 SP-patiënten vonden de fysiotherapeuten klinische symptomen die een verwijzing naar de tweede lijn valideerden, zie onder **figuur 4** met een taartdiagram.

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



Op de volgende pagina wordt **tabel 2** weergegeven met de baseline kenmerken van de geïncludeerde SP-patiënten. Het betreft 18 variabelen deels numeriek (hetgeen aanleiding geeft om het gemiddelde en de standaarddeviatie weer te geven) en deels ordinaal (hetgeen aanleiding is om het percentage

aan te geven). In de vierde kolom de waarden voor de hele groep en in de twee kolommen daarna de scores in de (grote) groep SP-patiënten verwezen naar de eerste lijn en de (erg kleine) groep SP-patiënten verwezen naar de tweede lijn. Er zijn geen relevante en statistisch significante verschillen tussen de scores in de totale groep en de populaties in eerste en tweede lijn. N.B. Het aantal patiënten per kolom is ongelijk, in de tweede kolom wordt de totaal populatie aangegeven.

| Kenmerk                               | N<br>totaal | Eenheid | Score<br>totaal | Score<br>eerste lijn | Score<br>tweede lijn |
|---------------------------------------|-------------|---------|-----------------|----------------------|----------------------|
| Leeftijd                              | 233         | Mn (SD) | 56,6 (15,2)     | 56,5 (14,8)          | 57,4 (15,1)          |
| Geslacht (% vrouwen)                  | 228         | %       | 55,7            | 56,2                 | 55,0                 |
| Klachtenduur (maanden)                | 203         | Mn (SD) | 14,2 (27,7)     | 12,9 (25,8)          | 13,4 (27,8)          |
| Klachten dominante zijde              | 54          | %       | 47,1            | 47,6                 | 33,3                 |
| Kan wel werken ondanks SP             | 158         | %       | 79,7            | 79,9                 | 77,9                 |
| Doet aan sport                        | 132         | %       | 79,5            | 77,9                 | 88,8                 |
| Kan wel sporten ondanks SP            | 114         | %       | 64,9            | 60,4                 | 75,0                 |
|                                       |             |         |                 |                      |                      |
| Gebruikt medicatie voor SP            | 232         | %       | 48,3            | 50,5                 | 55,0                 |
| Eerder fysiotherapie voor SP          | 232         | %       | 44,4            | 44,0                 | 60,0                 |
| Eerder injectie vanwege SP            | 232         | %       | 23,3            | 22,5                 | 35,0                 |
| Eerder geopereerd deze schouder       | 232         | %       | 5,2             | 5,3                  | 5,0                  |
|                                       |             |         |                 |                      |                      |
| 3S lijst (0-10; hoger= ongunstiger))  | 127         | Mn (SD) | 4,1 (1,9)       | 4,1 (2,0)            | 4,2 (1,3)            |
| NPRS (0-10; hoger= ongunstiger)       | 191         | Mn (SD) | 6,5 (1,6)       | 6,5 (1,5)            | 5,8 (1,7)            |
| PSEQ (0-60; hoger= beter)             | 126         | Mn (SD) | 40,8 (12,2)     | 40,6 (12,4)          | 43,5 (10,4)          |
| SPADI-pijn (0-100; hoger= slechter)   | 125         | Mn (SD) | 58,6 (17,8)     | 58,6 (17,9)          | 64,5 (14,5)          |
| SPADI-functie (0-100; hoger=slechter) | 125         | Mn (SD) | 44,7 (20,3)     | 44,6 (20,2)          | 51,5 (20,7)          |
|                                       |             |         |                 |                      |                      |
| Sprake van biomechanisch beloop       | 219         | %       | 52,5            | 55,5                 | 47,0                 |
| Positieve MSU-bevindingen (letsel)    | 222         | %       | 58,1            | 58,9                 | 57,8                 |

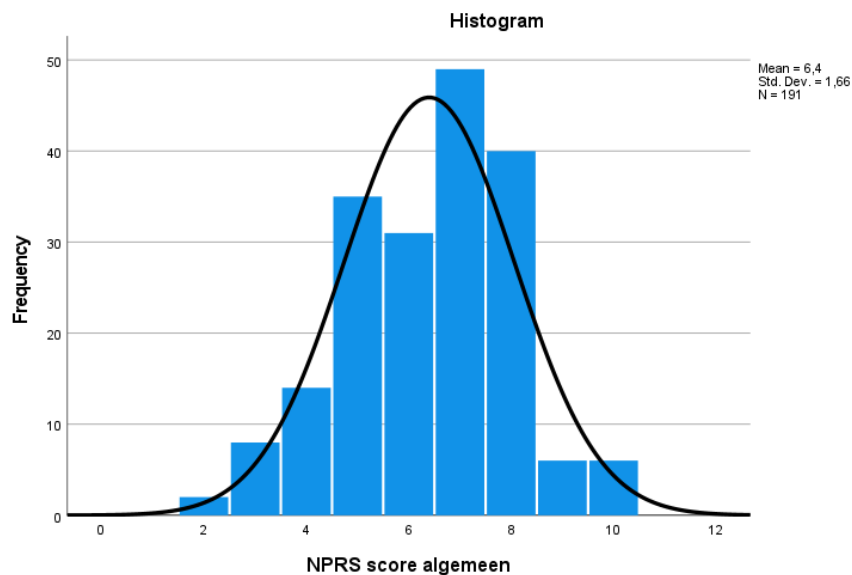
**Tabel 2.** Legenda: SP= Schouder Pijn; N= aantal patiënten; Mn= gemiddelde; SD= Standaard Deviatie; 3S lijst: Schouder netwerk Screening Score lijst (scoort op 10 mogelijk ongunstige prognostische factoren; score 0–10; hoe hoger hoe meer mogelijk ongunstige prognostische factoren; afkappunt 4); NPRS: Numerieke Pijn Score, 0-10; gemiddelde score boven 7: ongunstig); PSEQ: Pijn Self-Efficacy Questionnaire, 0-60, hoe hoger hoe meer zelfredzaamheid bij pijn, afkappunt: <30 duidt op weinig zelfredzaamheid); SPADI: Schouder Pijn Disability (Functie) Score, 0-100: hoe hoger, hoe ongunstiger; afkappunt SPADI-pijn= 60; afkappunt SPADI-functie= 50); MSU: MusculoSkeletal Ultra Sound (Echografie).

De algemene kenmerken van deze patiënt populatie: gemiddelde leeftijd 56,6 jaar, iets meer vrouwen (55%), iets minder dan de helft heeft SP aan de dominante zijde en deze groep werkt grotendeels (betaalde baan: 63,7%; 80% blijft werken ondanks SP) en doet aan sport (80% doet aan sport, 65% blijft sporten ondanks SP). De klachtenduur in maanden werd vrij sterk beïnvloed door een aantal SP-patiënten met jarenlange klachten; het tijdelijk verwijderen van die patiënten leidt tot een gemiddelde klachtenduur van 10 maanden bij een standaarddeviatie van 1,9.

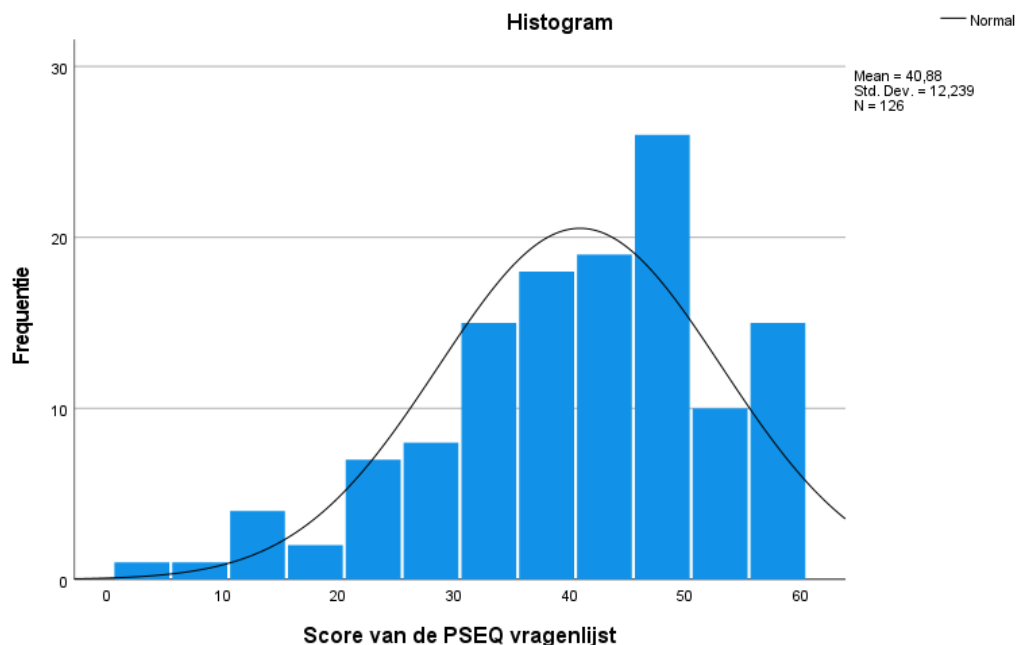
Als we kijken naar eerdere interventies dan gebruikt ongeveer de helft pijnmedicatie, heeft 44% (eerder) fysiotherapie en heeft 23% eerder een injectie gehad. Alle drie deze variabelen scoren in de tweede lijn groep iets hoger.

De score op de vragenlijsten laat zien dat de gemiddelde score op de 3S-lijst 4 potentieel ongunstige prognostische factoren scoort; maar dat betreft slechts screening en een nadere anamnese dient uit te maken of sprake is van klinische relevantie. Hoe meer valide ongunstige prognostische factoren er zijn, des te meer niet-somatische disfuncties relevant zijn en des te minder is de indicatie om die SP-patiënt naar de schouder-orthopeed te verwijzen.

De NPRS bedraagt gemiddeld 6,5 hetgeen te verwachten is; iets minder dan de helft scoort een 7 of hoger hetgeen duidt op veel pijngewaarwording en vaak wordt aangemerkt als een ongunstige factor, zie histogram in **figuur 5**. 27,2 % van de SP-patiënten scoort NPRS 8 – 10 (n= 191).



De PSEQ-score bedraagt 40 punten; zie onder in **figuur 6** de weergave met behulp van een histogram.

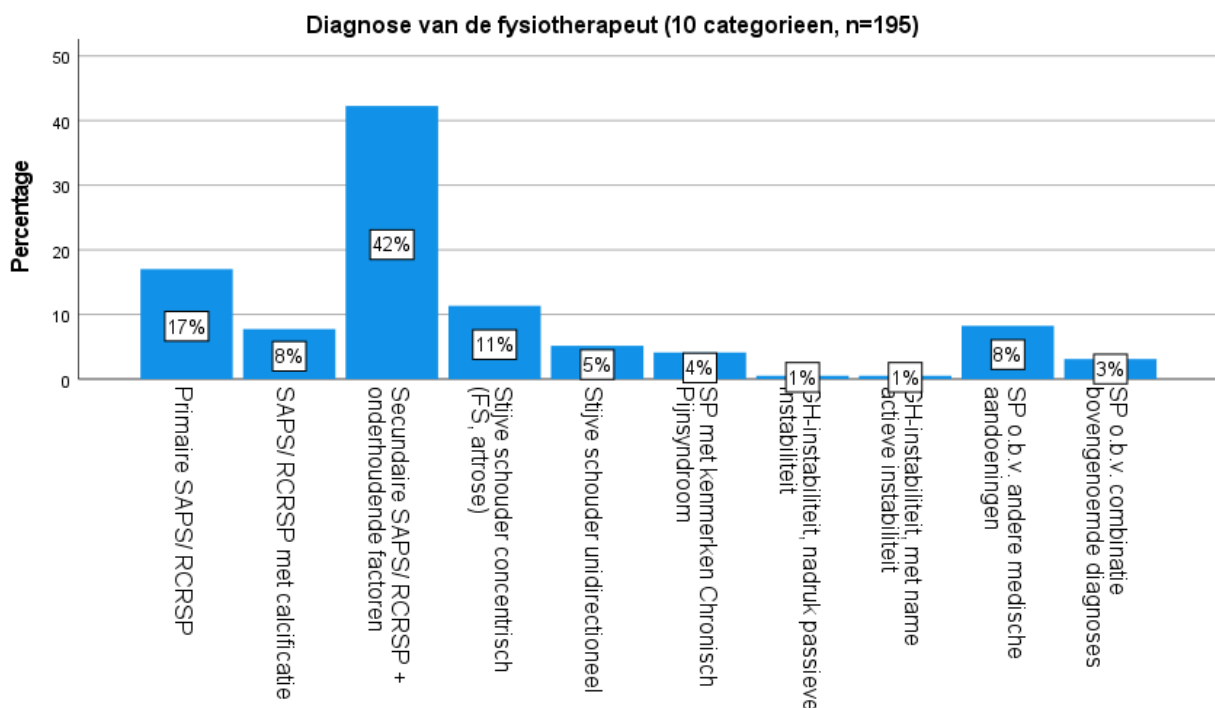


22 Van de 126 patiënten scoort minder dan 30 punten (24%) hetgeen duidt op een lage zelfredzaamheid; een indicatie die fysiotherapeutisch behandeld dient te worden. De scores op de SPADI-pijn en de SPADI-functie zijn net onder het afkappunt en iets hoger (niet significant en niet relevant) voor de patiënten die zijn verwezen naar de tweede lijn.

Meer dan de helft van de geïncludeerde SP-patiënten (55%, n= 148) vindt van zichzelf dat ze onvoldoende inzicht hebben in de redenen voor hun klacht. 95% van de geïncludeerde SP-patiënten is positief/ neutraal over de verwijzing naar ECS, 5% is negatief en gaat liever direct naar de tweede lijn.

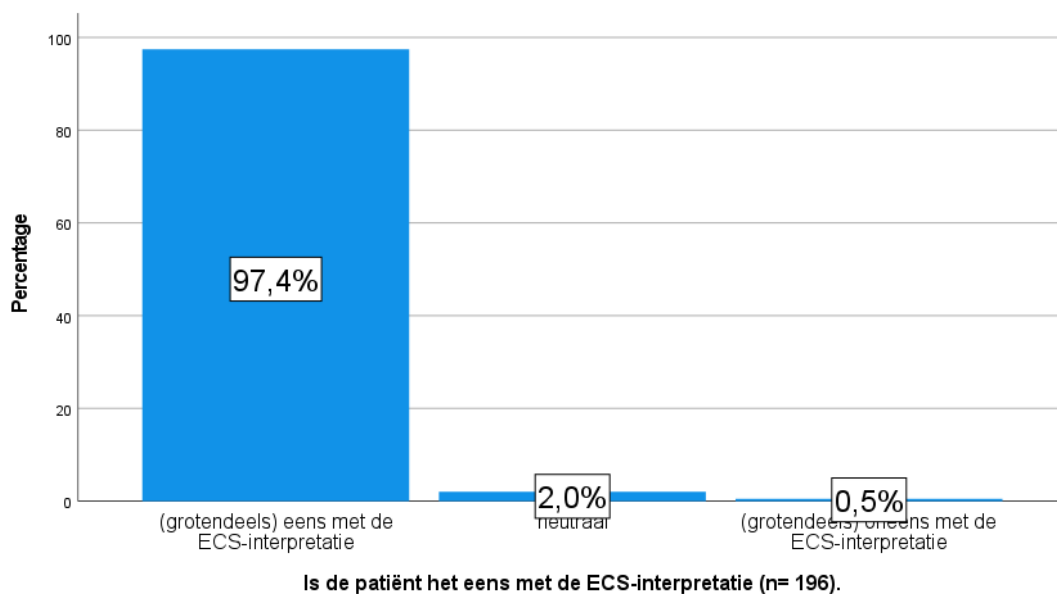
Bij 223 van de 231 SP-patiënten (96,5%) is het MSU-verslag in te zien, bij meer dan de helft van de SP-patiënten zijn bevindingen met mogelijke klinische relevantie gevonden (58%, n= 222).

Beide fysiotherapeuten overleggen eerst kort samen en stellen vast welke diagnose aanwezig is, wat de mate van actualiteit van de SP voor die patiënt is en of sprake is van symptomen die een verwijzing naar de tweede lijn motiveren. Onderstaand is in **figuur 7** te zien welke diagnose/ klassering voor de SP door de fysiotherapeuten is vastgesteld.



In 2/3 van de geïncludeerde SP-patiënten werd de diagnose SAPS/ RCRSP gesteld (17+ 8+ 42= 67%) en dat is niet verrassend. Omdat acute SP-patiënten minder vaak verwezen zijn, scoren de diagnoses met instabiliteit laag in deze populatie. De mate van actualiteit was hoog in 27,2% van de SP-patiënten.

Na het onderling overleg vond het SDM-gesprek met de patiënt plaats en werden de conclusies en de adviezen voor verdere behandeling in de eerste of tweede lijn besproken. Een vrij grote groep SP-patiënten had al lang klachten en werd toch geadviseerd de behandeling in de eerste lijn te laten plaatsvinden (92%). Het is dus best spannend hoe individuele SP-patiënten zouden reageren op dat mogelijk teleurstellende advies ('Uw SP hoeft niet in de tweede lijn onderzocht of behandeld te worden). In **figuur 8** op de volgende pagina is te zien dat die vrees ongegrond is. Direct na het consult/ gesprek is 97,4% (n= 196) tevreden met de uitleg en stemt in met de gegeven adviezen. Uiteraard is dat direct na het consult en is het relevant vast te stellen of dat begrip ook op termijn standhoudt. Daarover meer in hoofdstuk 5.



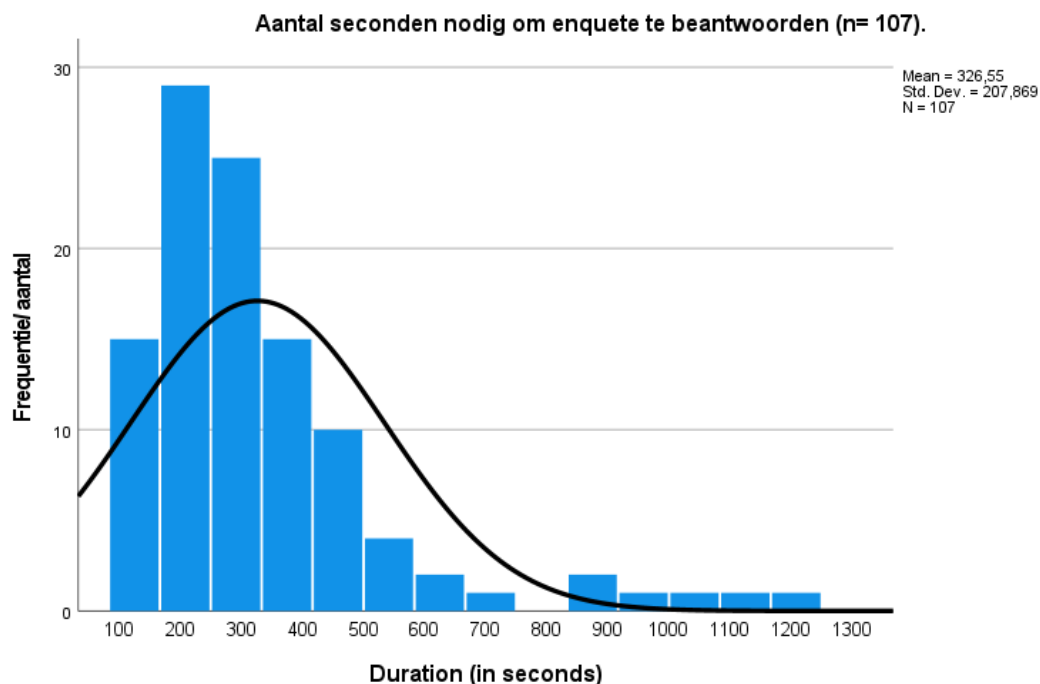
In 92% van de gevallen (n= 233) is een verslag verstuurd aan de verwijzende Thoon-huisarts. De huisarts kan daarop de patiënt uitnodigen voor een consult om de adviezen te bespreken en het beleid vast te stellen.

## Hoofdstuk 5: Tevredenheid geïncludeerde ECS-patiënten.

De tevredenheid en begrip zijn ook direct aansluitend aan het ECS-consult gemeten (zie eventueel hoofdstuk 4), maar dat gebeurt dan in de atmosfeer van het consult met de 2 SNT-fysiotherapeuten, het MSU-onderzoek, het afsluitende SDM-gesprek met inzage in verslag naar de huisarts. Het kan zijn dat de SP-patiënt onder de indruk is van die activiteiten en (te) positief oordeelt. Relevant is uiteraard om vast te stellen hoe tevreden die patiënt is na een half jaar. Is de score nog steeds positief? Hoe zit het een half jaar later met de SP? Is het advies dat na afloop van het ECS-consult is gegeven daadwerkelijk opgevolgd? Hoe zinvol vindt de patiënt het ECS-schouder consult?

In maart 2023 heeft SNT-commissie een retrospectieve enquête ontwikkeld die, minstens 4 maanden na deelname aan ECS-schouder via mail kenbaar is gemaakt aan de post-ECS-patiënten. In de mail een link naar het softwareprogramma Qualtrics waarin de patiënt de enquête kon openen en invullen. De link: [https://saxion.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_2bCjUxD0exo8jhY](https://saxion.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_2bCjUxD0exo8jhY). De enquête bestond uit 16 gesloten vragen waarvan werd ingeschat dat de patiënt die in 5 minuten zou kunnen beantwoorden. Deelname uiteraard anoniem en op vrijwillige basis.

In juni 2024 is de enquête gestopt en hadden 107 patiënten de moeite genomen de enquête te scoren. Onderstaand de vragen met de antwoorden. De geschatte invultijd bleek goed te kloppen; gemiddeld kostte het de ECS-patiënten 326 seconden (5 ½ minuut) om de 16 vragen te beantwoorden. Om geïncludeerd te worden dienden enquêtes voor minstens 50% ingevuld te zijn; van de 107 enquêtes waren er 102 volledig ingevuld en 5 voor 53% van de 16 vragen.



Op de volgende pagina's de gegeven antwoorden.

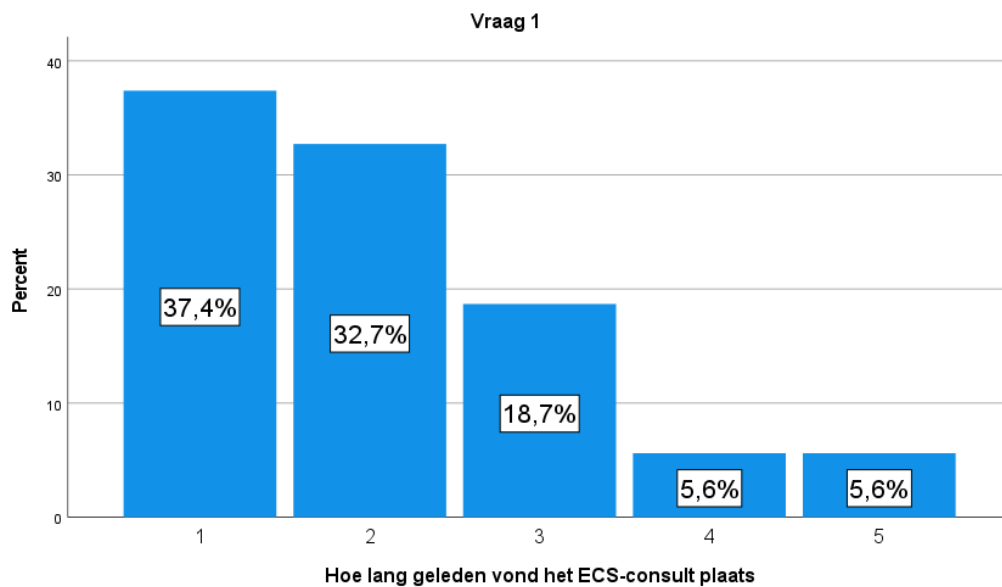


## ECS-eindevaluatie (minimaal 4 maanden na ECS-schouder consult) door patiënten.

### Vragen en antwoorden.

1- Hoelang geleden vond uw ECS-schouder consult plaats?

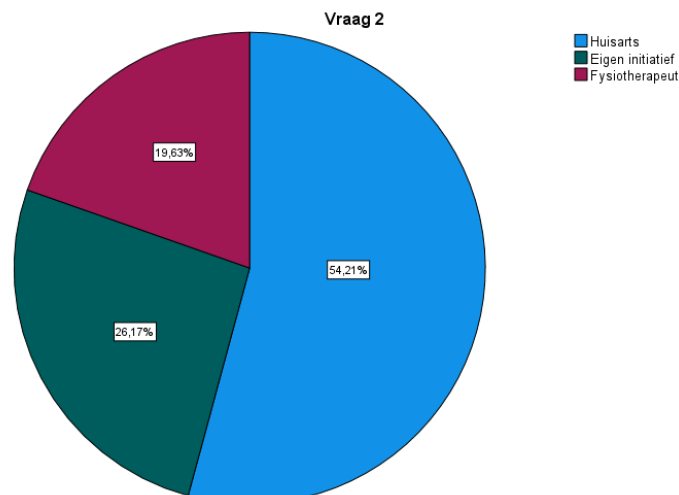
- 1: 3-6 maanden geleden
- 2: 6-9 maanden geleden
- 3: 9-12 maanden geleden
- 4: 12-15 maanden geleden
- 5: 15-18 maanden geleden
- 6: Langer dan 1,5 jaar/ 18 maanden geleden



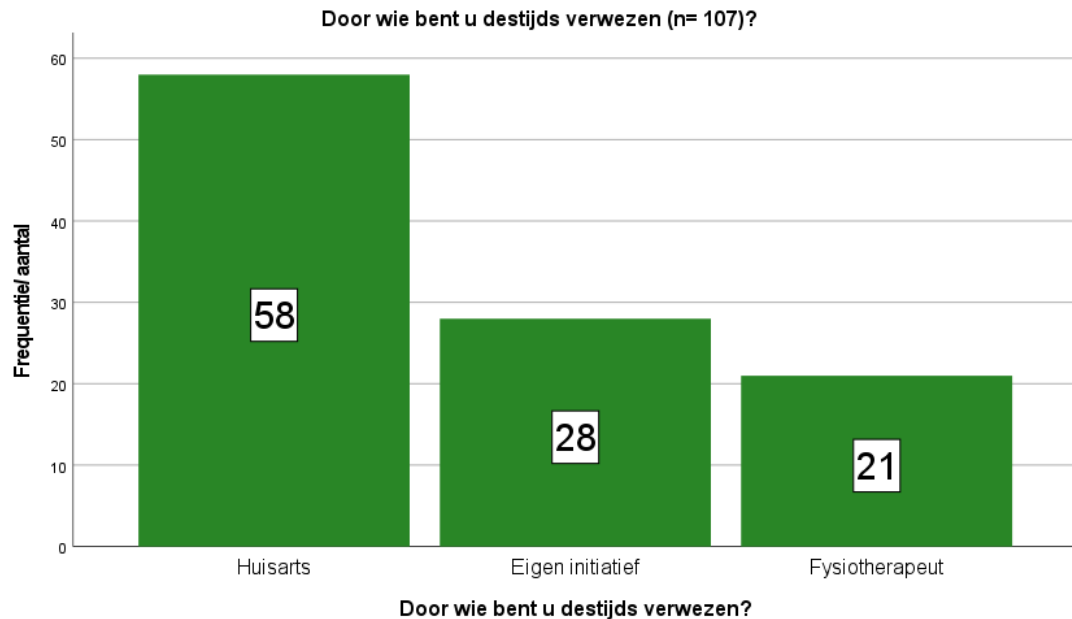
De mediaan score van het aantal maanden geleden is 7 maanden; 1/3 van de 107 patiënten vulde de enquête binnen een half jaar in; voor 10% van de patiënten was het interval tussen 1 en 1,5 jaar.

2- Wie nam destijds het initiatief om het ECS-schouder consult aan te vragen?

- 1: Dat deed de huisarts
- 2: Dat kwam van mijzelf; ik had erover gelezen/ ervan gehoord
- 3: Van de fysiotherapeut die mij destijds behandelde

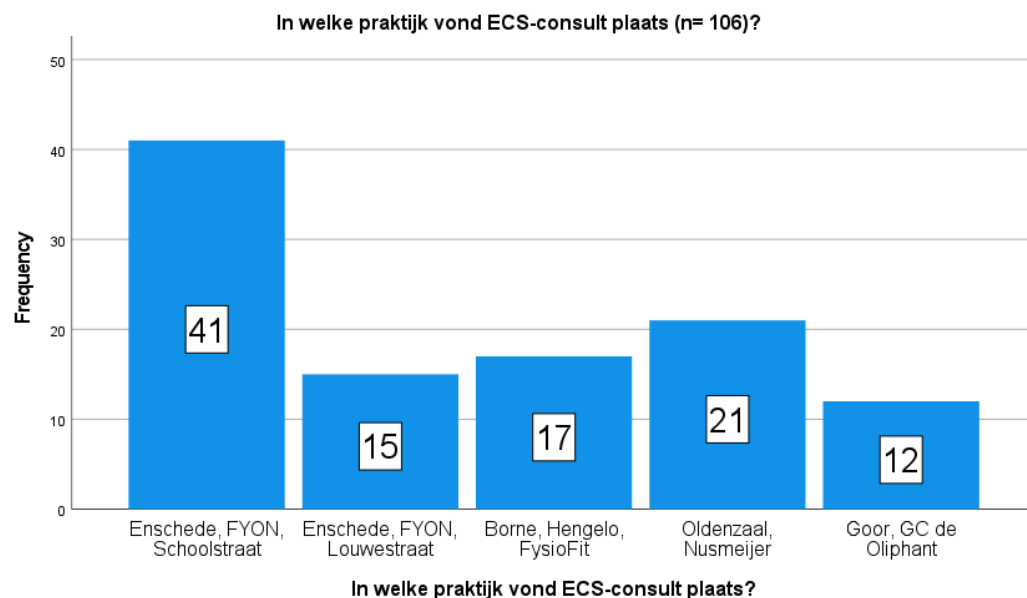


Alle 107 patiënten zijn uiteindelijk verwezen door of via de huisarts, de meerderheid van de patiënten op initiatief van de huisarts maar ook bijna de helft op instigatie van de patiënt zelf of via de behandelend fysiotherapeut.



3- In welke fysiotherapiepraktijk vond uw ECS-schouder consult plaats?

- 1: Enschede Noordoost, FYON, Schoolstraat
- 2: Enschede Stadsveld, FYON, Louwestraat
- 3: Borne, FysioFit, Theresiakerk
- 4: Oldenzaal, Nusmeier, Blokfluitlaan
- 5: Goor, GC de Oliphant, Irisstraat



4- Hoe tevreden was u met de praktische uitvoering van het ECS-schouder consult?

Het betrof een digitale voorbereiding, gesprek, lichamelijk onderzoek, echo en overleg.  
Score: 0= bijzonder ontevreden; 10= bijzonder tevreden.

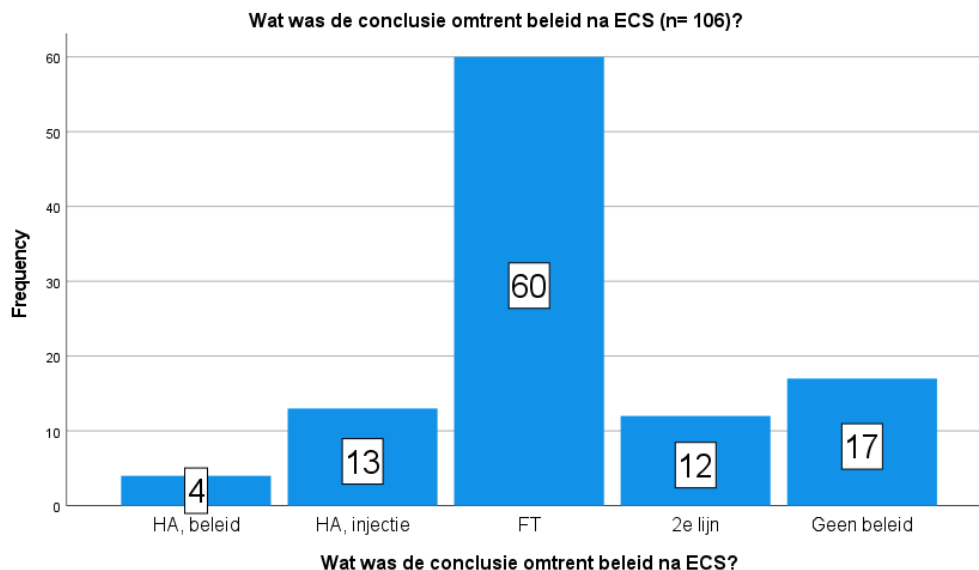
|  | N   | Min. | Max. | Mean | Std. Dev. |
|--|-----|------|------|------|-----------|
| Score tevredenheid praktische uitvoering ECS (0-10). | 106 | 3    | 10   | 8,4  | 1,15      |
| Score tevredenheid communicatie/ begrip ECS (0-10).  | 106 | 3    | 10   | 8,6  | 1,32      |

De scores op vragen 4 en 5 zijn positief; de 106 patiënten scoren gemiddeld een 8,5 op een schaal van 0 tot 10.

- 5- Werd uw gezondheidsprobleem schouderpijn bij het ECS-consult serieus onderzocht; kon u uw verhaal goed kwijt; werd er goed gecommuniceerd?  
 0 = kon mijn kant van het probleem niet goed kwijt, slechte communicatie;  
 10= mijn klacht is serieus onderzocht, kon mijn verhaal goed kwijt, prima communicatie

Zie tabel boven, gemiddelde score 8,5.

- 6- Aan het eind van het consult ontving u de uitslag en is uw huisarts geïnformeerd. Hoe luidde het advies dat u aan het eind van het consult ontving?  
 A: Behandeling in de eerste lijn door de huisarts; advies en zo nodig medicatie  
 B: Behandeling in de eerste lijn door de huisarts met een injectie  
 C: Behandeling in de eerste lijn door een (schoudergespecialiseerde) fysiotherapeut  
 D: Verwijzing naar de tweede lijn (medisch specialist, meestal de orthopeed)  
 E: Advies luidde dat geen behandeling nodig was

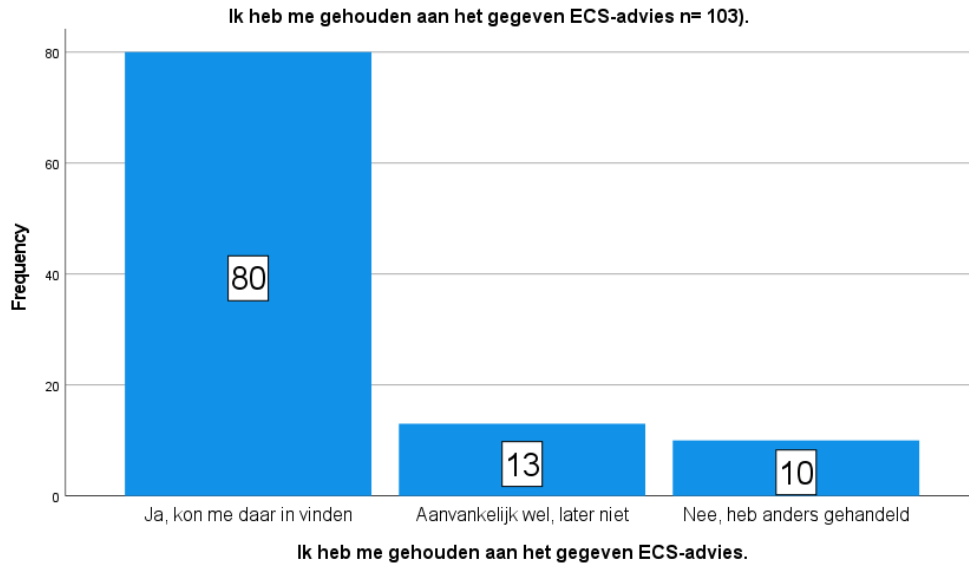


Slechts bij 12 van de 106 patiënten (11%) was sprake van klinische kenmerken die een verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijn motiveerden. De meerderheid van de patiënten (57%) werd geadviseerd een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren.

- 7- Ik heb me, na overleg met mijn huisarts, aan het gegeven advies (zoals in vraag 6 aangegeven) gehouden.  
 A: Ja, kon me daar goed in vinden

- B: Eerst wel, maar later niet
- C: Nee, kon me niet vinden in het advies en vond de uitleg niet overtuigend

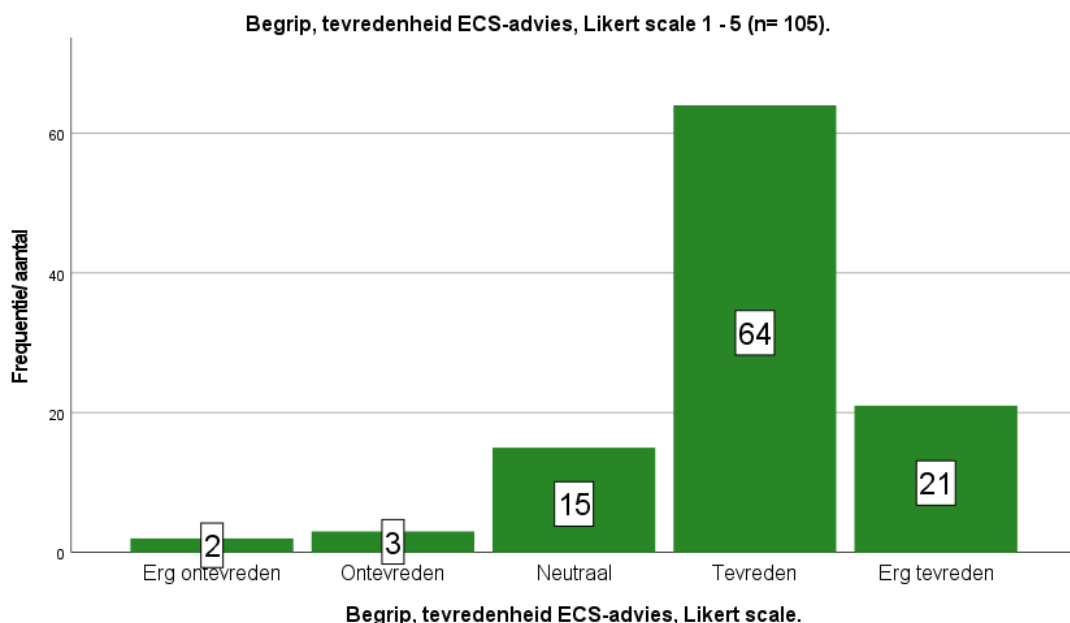
Dat gold voor veruit de meerderheid van de patiënten; zie staafdiagram onder; 78% van de patiënten heeft zich, in de eerste 7 maanden (mediaan score) na het consult, gehouden aan het ECS-advies.



8- Hoe tevreden was u met het gegeven advies, had u het verwacht, werd het goed toegelicht, kon u het goed begrijpen?

Als u uw tevredenheid met het advies dient aan te geven, kies dan uit onderstaande mogelijkheden (een 5 punt schaal):

- 1: Erg ontevreden
- 2: Ontevreden
- 3: Neutraal, noch tevreden, noch ontevreden
- 4: Tevreden
- 5: Erg tevreden



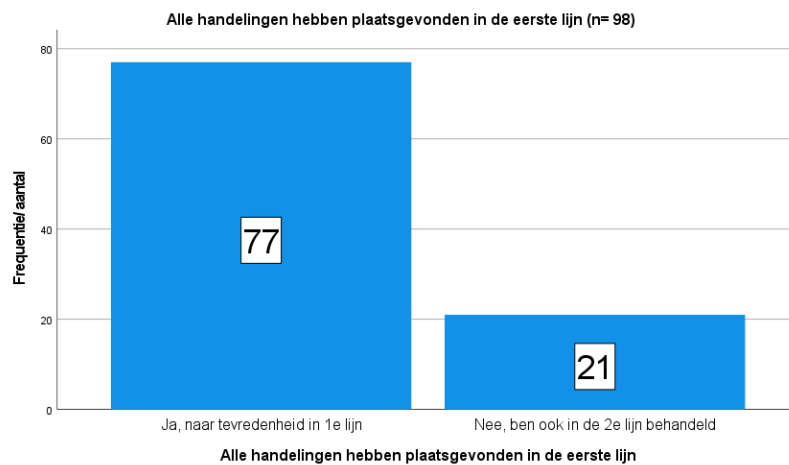
85 (81%) van de 105 ECS-patiënten was tevreden/ erg tevreden over de communicatie gedurende het ECS-consult en had begrip voor het gegeven advies.

9- Het onderzoek en behandelen van mijn episode met schouderpijn is uitgevoerd door huisarts en fysiotherapeut (heeft dus volledig plaatsgevonden in de eerste lijn).

A: Ja, dat klopt, ik ben naar tevredenheid door huisarts en fysiotherapeut behandeld

B: Nee, dat klopt niet, ik ben ook naar de medisch specialist in het ziekenhuis geweest voor nader onderzoek en behandeling (u bent ook in de tweede lijn geweest).

Van de patiënten met een advies om in de eerste lijn behandeld te blijven, heeft de meerderheid (79%) zich daar ook aan gehouden.



10- Mijn leeftijd in jaren (in 2 cijfers) is:

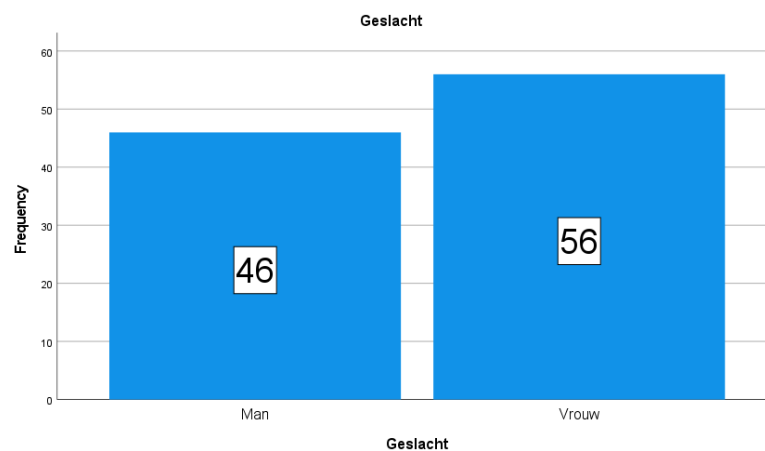
De gemiddelde leeftijd van deze patiënt populatie (n=102) was 59,5 jaar (van 30 tot 83, SD= 13,1).

11- Mijn geslacht is:

A: Man

B: Vrouw

C: Non-binair



Iets meer vrouwen dan mannen; 56 om 46%.

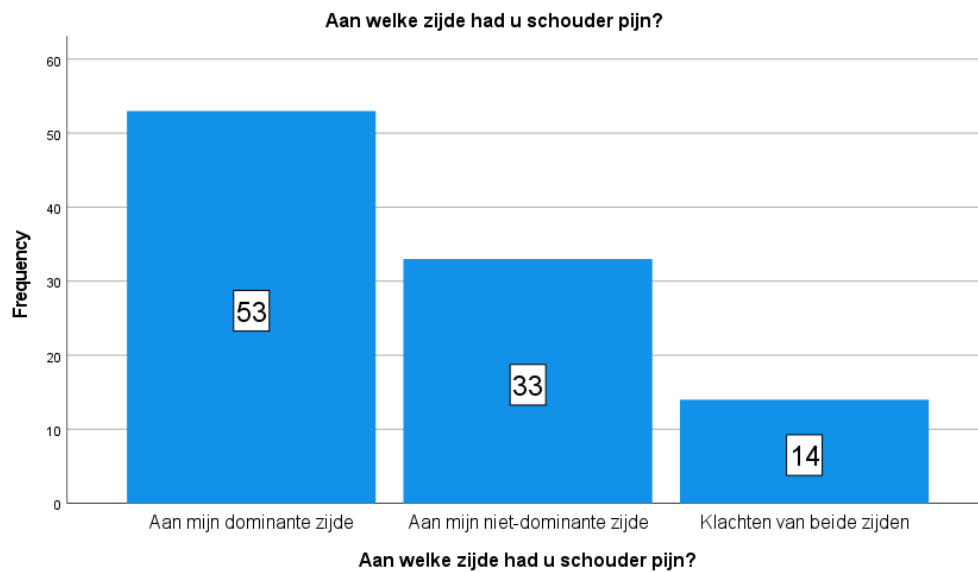
12- Hoeveel maanden had u, ten tijde van het ECS-schouder consult, al last van uw schouder?

Deze populatie had gemiddeld 23,2 maanden (bijna 2 jaren) klachten voorafgaand aan het ECS-schouder consult (0 – 600 maanden; SD: 64); er zijn dus een aantal patiënten met al heel lang klachten.

13- U had last van:

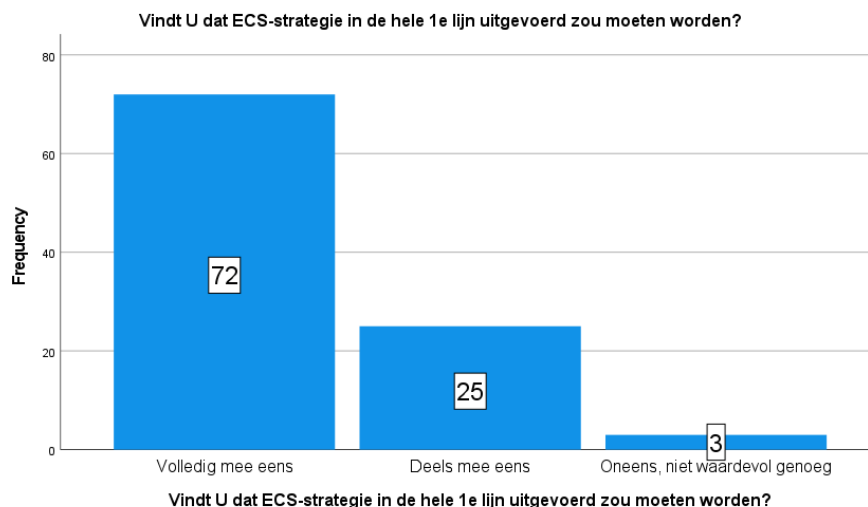
- A: 1 Schouder en wel aan de voorkeurs/ dominante zijde
- B: 1 Schouder en wel aan de niet-voorkeurs/ niet-dominante zijde
- C: Beide schouders

De meest patiënten klaagden over hun dominante arm; 13% had klachten aan beide zijden.



14- Ik heb het ECS-schouder consult meegemaakt en ben van mening dat het consult een goed eerstelijns onderzoek is (3 punt schaal).

- A: Volledig mee eens, ik begreep/ begrijp mijn schouderpijn beter
- B: Deels mee eens, heeft me wel wat meer inzicht gegeven
- C: Mee oneens, vond het eigenlijk niet echt waardevol

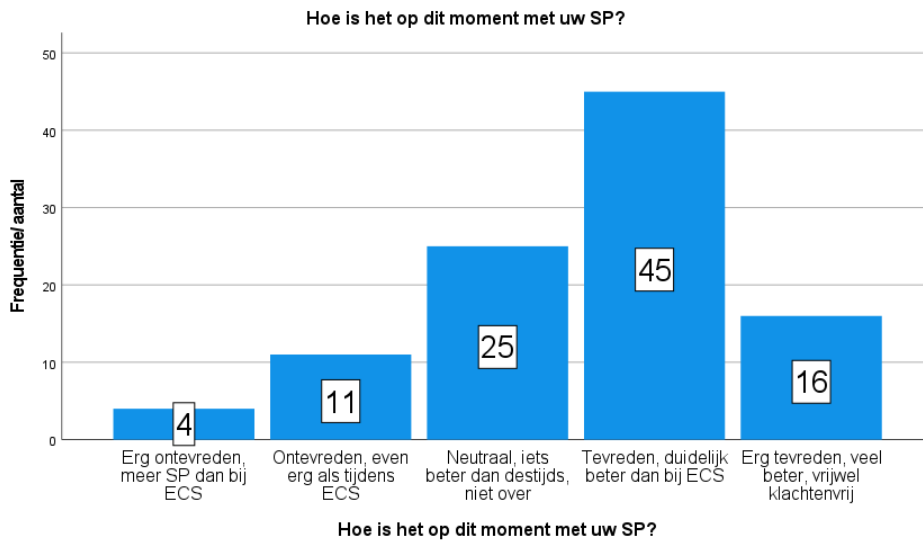


De meerderheid van de patiënten vindt dat sprake is van een waardevol consult.

15- Als ik de huidige situatie van mijn schouderpijn moet beoordelen, ben ik

- A: Erg tevreden, veel beter dan tijdens mijn ECS-consult
- B: Tevreden, duidelijk beter dan tijdens mijn ECS-consult
- C: Neutraal, noch tevreden, noch ontevreden, zelfde beeld
- D: Ontevreden, niet beter dan tijdens ECS-consult
- E: Erg ontevreden, meer klachten dan tijdens mijn ECS-consult

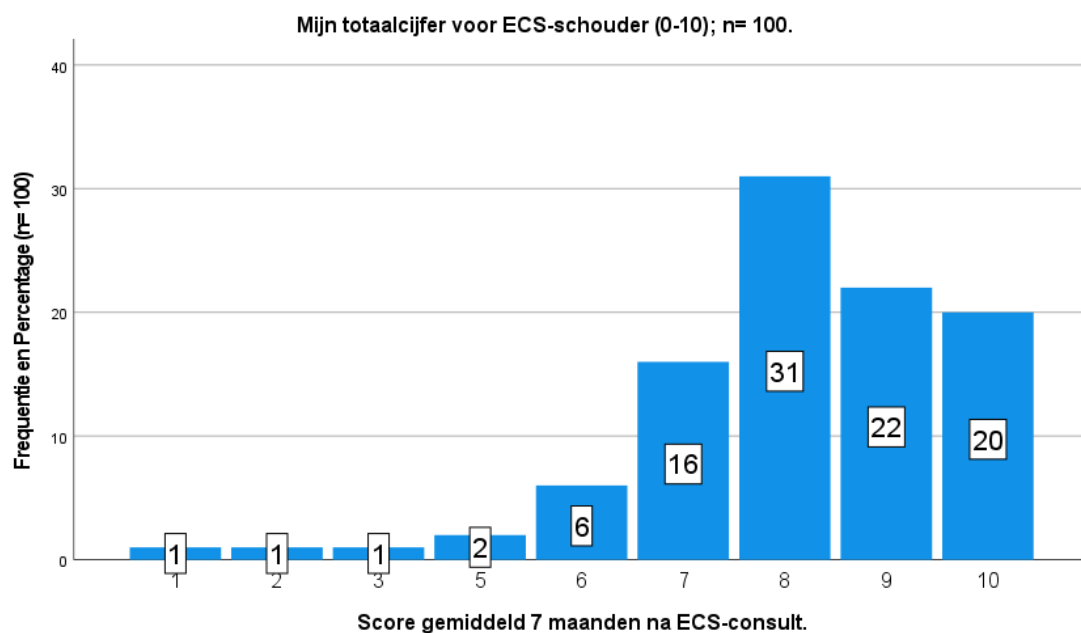
De meerderheid van de patiënten is (7 maand na het ECS-consult) tevreden over hun actuele schouder klachten (61 personen zijn tevreden/ erg tevreden; n= 100)



16- Mijn totaalcijfer voor mijn ervaring van het ECS-consult luidt als volgt.

- 0 = ECS-consult heeft geen toegevoegde waarde, niet aanbevelen
- 10= Uitmuntend, aan te bevelen voor meer bewegingsapparaat klachten

De patiënten (n= 100) scoren gemiddeld een 8,1 (van 1 tot en met 10, SD= 1,6) en zijn overall dus zeer tevreden met de mogelijkheid deel te hebben genomen aan de ECS-schouder pilot.



## **Hoofdstuk 6: Tevredenheid deelnemende zorgprofessionals.**

### **6.1. De huisartsen.**

Gedurende de 2 jaar van het ECS-schouder project is vanuit (slechts) 27% van de 130 bij Thoon aangesloten praktijken gebruik gemaakt van de verwijsmogelijkheid. Per praktijk zijn uiteraard meerdere huisartsen werkzaam; van die groep huisartsen zijn er meestal maar 1 of 2 actief in het verwijzen van SP-patiënten naar een ECS-poli.

De verwijsmogelijkheid is zowel door Thoon als ook door deelnemende fysiotherapeuten onder de aandacht gebracht van huisartsen. Er zijn verschillende nieuwsbrieven gestuurd, er is een scholingsavond georganiseerd, er was overleg via de telefoon. Echter, vanuit 73% van de huisartspraktijken (HAGRO's/ HOED praktijken), wisten de deelnemende huisartsen de weg naar de schouderfysiotherapeut niet te vinden. En vanuit de wel deelnemende praktijken geldt dat vaak maar voor enkele huisartsen. Het lijkt er dus op dat minder dan 10% van de via hun praktijk bij Thoon aangesloten huisartsen heeft deelgenomen en dat is, gezien de geleverde inspanningen, het praktische gemak voor huisartsen (even ZorgDomein starten, verwijzen naar een poli en 2 weken later een passend verslag ontvangen), de effectiviteit van ECS-schouder om geen SP-patiënten onnodig naar de tweede lijn te verwijzen, bijzonder teleurstellend.

Medio april 2024 heeft Thoon een enquête onder huisartsen uitgezet met een respons vanuit 3 huisartspraktijken, niet toevallig ook 3 huisartsen die de scholingsavond hadden gevolgd.

Het ECS-schouder project startte aanvang 2022 en uiteraard waren op dat moment er vast al samenwerkingsverbanden tussen huisartsen/ HAGRO's/ HOED praktijken enerzijds en fysiotherapeuten/ fysiotherapiepraktijken anderzijds werkzaam; ook over het thema welke SP-patiënt verwijzen we door naar de tweede lijn. Indien partijen tevreden zijn over die samenwerking, kan dat een reden zijn niet te participeren in het ECS-schouder project.

De huisartsen die wel hebben verwezen, en ook de 3 artsen die de enquête hebben ingevuld, zijn tevreden over de verwijsmogelijkheid zowel voor wat betreft het praktische gemak alsook met de kwaliteit van het consult en de bijhorende verslaglegging.

### **6.2 De schoudergespecialiseerde orthopeden,**

Er zijn in dit project te weinig ECS-patiënten naar de schouder orthopeden verwezen (n= 20; zie hoofdstuk 4) om invloed te realiseren. Individueel geven schouderorthopeden aan positief te staan ten opzichte van de tussenstap 'verwijzen via schoudergespecialiseerde fysiotherapeut' en, als de huisarts het verslag van de verwezen SP-patiënt heeft meegestuurd, dat ze tevreden zijn met de motivatie voor de aanvraag met diagnostiek en mogelijk behandeling in de tweede lijn.

Let wel de schouder-orthopeden in Twente (twee tweedelijns poli's) zien in twee jaar tijd dus naast de 20 verwezen ECS-schouder patiënten liefst 8000 andere SP-patiënten verwezen door de Thoon huisartsen. Voor de schoudergespecialiseerde orthopeden is de praktische invloed van ECS-schouder project nihil.

### **6.3. De schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten.**

Er is een gerichte digitale enquête uitgevoerd naar de tevredenheid van de deelnemende fysiotherapeuten die per poli door 2 fysiotherapeuten (n= 10) is gescoord. De enquête bestond uit 6 stellingen die met een 7 punt Likertscale konden worden gescoord plus een 7<sup>e</sup> open vraag over een interpretatie van de pro's en con's van de deelname aan het ECS-schouder project.



De resultaten (zie de volgende pagina's) laten zien dat de deelnemende therapeuten zeker positief zijn over het ECS-Schouder project. Zo zijn alle tien therapeuten het eens met de stelling dat het ECS-Schouder project zinvol en een positieve uitstraling naar de profilering van de schoudergespecialiseerde fysiotherapie had en met de stelling dat de het SNT zich had voorbereid op het project en de manier waarop het project samen is uitgevoerd.

De derde stelling luidde: "Ik ervaar de samenwerking met mijn SNT-collega in het uitvoeren van de ECS-consult als waardevol, maar ben van mening dat het ECS- schouder consult ook door 1 SNT-fysiotherapeut uitgevoerd kan worden." Hierbij waren de meningen enigszins verdeeld. De meerderheid (n= 6/ 7) is het eens met deze uitspraak maar 2/ 3 fysio's hadden geen duidelijke voorkeur en 1 fysiotherapeut is een duidelijk voorstander van het evalueren met 2 fysiotherapeuten.

De vierde, vijfde en zesde stelling die gingen over de praktische toepasbaarheid, de eigen deelname aan het project en het uitbreiden van het ECS-consult met één of twee korte vervolgconsulten dan wel een realistischere vergoeding werden allemaal gescoord met een vier of hoger.

Wat verder nog naar voren kwam bij de toelichtingen en open vraag zeven, waarbij de respondent zelf nog iets kon toevoegen, was de rol van de huisarts binnen het project. Volgens de deelnemende fysiotherapeuten wisten de huisartsen niet goed wat de meerwaarde van het ECS-Schouder was waardoor er minder patiënten zijn onderzocht dan mogelijk was.

**Uitslagen 6 stellingen met 7-punt Likertscale;** 1: volledig oneens, 2: grotendeels oneens, 3: deels oneens; 4: neutraal, 5: deels eens, 6: grotendeels eens en 7: volledig eens.

| <p><i>Stelling 1:</i> = "Ik vond het ECS-schouder project een zinvol project met een positieve uitstraling naar de profilering van schoudergespecialiseerd e fysiotherapie in Twente".</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score Likertschaal</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>3</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | Score Likertschaal | Aantal | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 5 | 1 | 6 | 3 | 7 | 6 |
|--|--|--------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Score Likertschaal   | Aantal   |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 1  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 3  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 6  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <p><i>Stelling 2:</i> = "Ik ben tevreden met de wijze waarop wij, binnen SNT, ons hebben voorbereid op dit project en waarop we dit project samen hebben uitgevoerd."</p>                  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score Likertschaal</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>0</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td>1</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> </tbody> </table> | Score Likertschaal | Aantal | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 5 | 2 | 6 | 1 | 7 | 7 |
| Score Likertschaal   | Aantal   |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 0  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 2  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 1  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 7  |                    |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| <p><i>Stelling 3:</i> “Ik ervaar de samenwerking met mijn SNT-collega in het uitvoeren van de ECS-consult als waardevol, maar ben van mening dat het ECS- schouder consult ook door 1 SNT-fysiotherapeut uitgevoerd kan worden.”</p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> | Score | Aantal | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 2 | 5 | 1 | 6 | 2 | 7 | 4 |
|--|---|-------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Score  | Aantal  |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 1   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 2   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 1   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 2   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 4   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <p><i>Stelling 4:</i> “Praktische toepasbaarheid. Voldoen aan de vooraf aangegeven onderdelen met criteria voor de uitvoering van het ECS-Schouder (voorbereiding, anamnese, vragenlijsten, lichamelijk onderzoek, MSU-onderzoek, SDM-gesprek met de patiënt en verslag naar de HA), kostte 90 minuten aan arbeidstijd.”</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>0</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> | Score | Aantal | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 3 | 5 | 1 | 6 | 0 | 7 | 6 |
| Score  | Aantal  |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 3   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 1   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 6   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <p><i>Stelling 5:</i> “Ik ben positief over mijn deelname aan het ECS-Schouder project, hoop dat het project in aangepaste vorm wordt gecontinueerd en ben beschikbaar om opnieuw daarin een rol te spelen.”</p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td></tr> <tr><td>5</td><td>0</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> </tbody> </table> | Score | Aantal | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 5 | 0 | 6 | 2 | 7 | 7 |
| Score  | Aantal  |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 1   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 2   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 7   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <p><i>Stelling 6:</i> “Het uitbreiden van het ECS-consult met 1 of 2 korte vervolgsconsulten om de procesmatigheid te evalueren, een door de zorgverzekeraar vastgestelde declaratie-code met een realistische vergoeding (200 euro), zijn goede voorwaarden om door te gaan met ECS-Schouder.”</p>                          | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Aantal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3</td><td>0</td></tr> <tr><td>4</td><td>1</td></tr> <tr><td>5</td><td>2</td></tr> <tr><td>6</td><td>2</td></tr> <tr><td>7</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> | Score | Aantal | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 5 | 2 | 6 | 2 | 7 | 5 |
| Score  | Aantal  |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | 0   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | 1   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | 2   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | 2   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | 5   |       |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

## Hoofdstuk 7: Conclusies.

Onderstaand in figuur het 2 jaar durende tijdpad van het ECS-schouder project, de 233 geïncludeerde SP-patiënten, het samenstellen van een overall basisdatabestand, de 107 patiënten die na afloop (mediaan score 7 maanden na het consult) anoniem op vrijwillige basis de 16 vragen uit de enquête hebben beantwoord en de tevredenheidsscore van 10 deelnemende fysiotherapeuten.

### ECS-SCHOUDER PROJECT, kartrekker Thoon, goedkeuring Menzis, uitvoerder SNT

Vorbereiding **juni 2021 – maart 2022**: selectie, training, opstellen consult -systematiek, overleg

Maart 2022   Juni 2022   Sept.2022   Dec.2022   Maart 2023   Juni 2023   Sept. 2023   Dec. 2023   Maart 2024   Juni 2024

Looptijd ECS-schouder project: maart 2022– maart 2024, met kleine uitloop; n= 233

Samenstellen basisdatabestand, n= 233

Post ECS-enquête patiënten, tot juni 2024, n=107

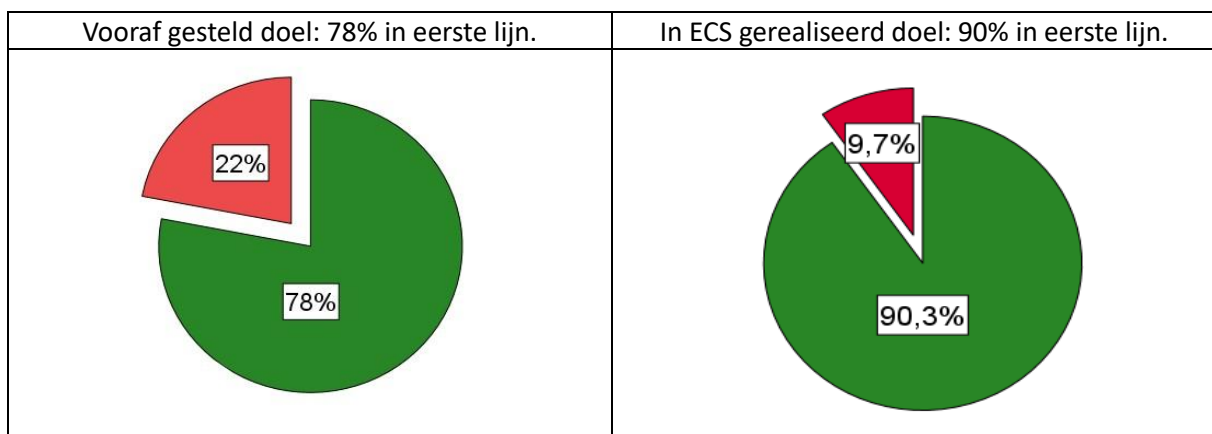
SNT-fysio's, april 2024, n= 10

In hoofdstuk 2, pagina 6, staan de vooraf-doelen, criteria voor succes, beschreven.

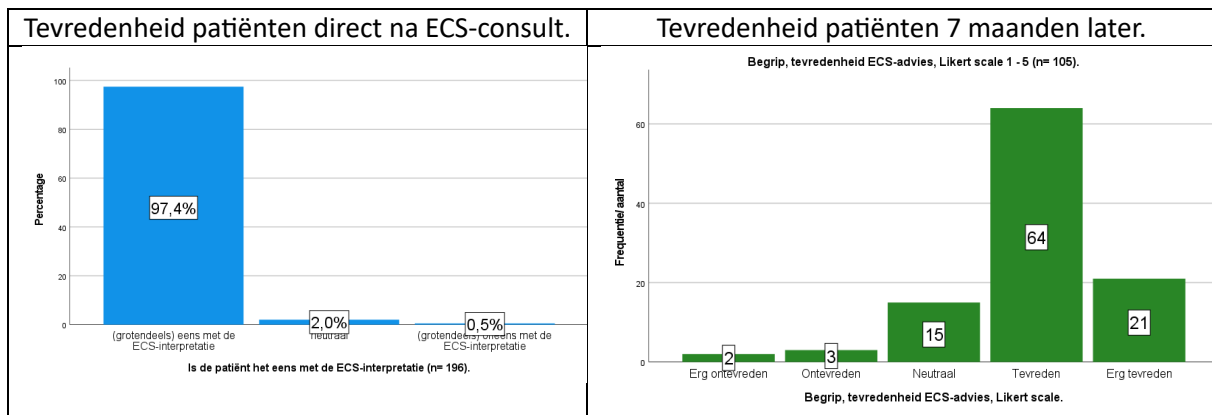
**Het ECS-schouder project is geslaagd indien twee jaar na de start (25, 26):**

- 1- Minstens 78% van de ECS-verwezen patiënten worden door de inzet van de diagnostisch fysiotherapeut schouder, in de eerste lijn behandeld.
- 2- Tevredenheid bij de geïncludeerde patiënten over de geboden zorg.
- 3- Tevredenheid bij de deelnemende zorgprofessionals: huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden.
- 4- Er sprake is van voldoende kwaliteit van zorg en van passende zorg.

**Criterion 1:** Meeste SP-patiënten blijven in de eerste lijn.



**criterium 2:** Zijn de geïncludeerde ECS-patiënten tevreden met deelname ECS-schouder project.



Ook andere aspecten van tevredenheid bij patiënten scoren hoog; 80% heeft zich gehouden aan het gegeven advies, 77% is volledig in de eerste lijn behandeld en 61% van de patiënten is tevreden/ erg tevreden met het huidige klachten niveau en waarden achteraf het ECS-schouder consult met een 8,1.

**criterium 3:** Tevredenheid deelnemende zorgprofessionals.

De deelnemende fysiotherapeuten zijn de zorgprofessionals die op methodische wijze onderzocht zijn naar hun tevredenheid. Zij scoren een ruime voldoende op de profilering van hun professie in het project en dat geldt ook voor de onderlinge samenwerking met de afspraken op de wijze waarop het consult wordt uitgevoerd. De meeste fysiotherapeuten zouden met enige aanpassing het liefst doorgaan met deze manier van werken en dus fungeren als een indicatiestation dat 2 vragen beantwoord: ‘wat is er met deze SP-patiënt aan de hand en is verwijzing naar de tweede lijn valide?’.

De deelnemende huisartsen (nogmaals minder dan 10%) zijn door Thoon digitaal benaderd om hun percepties betreffende ECS-schouder project te kwantificeren, maar de respons was gering. Het enige wat we kunnen zeggen is dat bij directe interviews de deelnemende artsen tevreden waren.

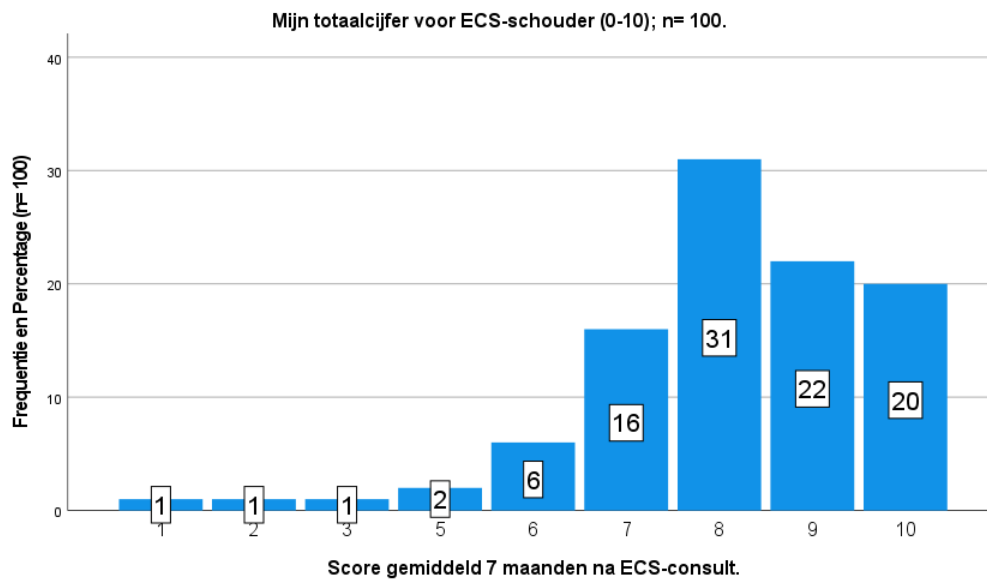
Het aantal van 20 verwezen SP-patiënten via ECS in twee jaar tijd, sneeuwt uiteraard volledig onder vergeleken met de 8000 andere SP-patiënten die via Thoon-huisartsen in dezelfde twee jaar zijn verwezen. Individueel zijn de schouderorthopeden positief over het ECS-schouder project, oefenen zij via de adviesgroep ook invloed uit, en zijn zij de professionals die behoefte hebben aan passende verwijzingen waarvan op dit moment nauwelijks sprake is.

**criterium 4:** Voldoende kwaliteit en passende zorg.

De patiënten (n= 100) scoren gemiddeld een 8,1 (van 1 tot en met 10, SD= 1,6) en zijn overall dus zeer tevreden met de mogelijkheid deel te hebben genomen aan de ECS-schouder pilot (zie **figuur** op volgende pagina). Ook zijn de meeste patiënten (61%) inmiddels (7 maand na het ECS-consult) tevreden/ zeer tevreden over de mate van ervaren SP. De meeste patiënten hebben zich gehouden aan de bij ECS gegeven adviezen.

Het feit dat verreweg het grootste deel van de SP-patiënten (90%) in de eerste lijn is behandeld en daar tevreden over is (77%), niet ten onrechte is verwezen naar de tweede lijn, duidt op passende zorg uit oogpunt van efficiëntie.

Bovendien is sprake van een bezuiniging; een DBC (Diagnose Behandel Combinatie) schouderklachten in de tweede lijn kost tussen de 300 en 500 euro; een bedrag waarvoor prima een serie fysiotherapie behandelingen gegeven kan worden.



Andere criteria voor passende zorg zijn dat de zorg relatief dichtbij huis wordt aangeboden, met korte lijnen (aanmelden via ZorgDomein) en een geringe wachttijd (korter dan 2 weken). Het consult is laagdrempelig, met relatief veel tijd voor de SP-patiënt en een snelle feedback zowel naar de patiënt als naar de huisarts.

Samenvattend is aan criteria 1, 2 en 4 volledig voldaan; aan criterium 3 is deels voldaan. Dus is sprake van een **succesvol ECS-schouder project**. De vier vooraf-criteria zijn grotendeels gerealiseerd. Voor wat betreft de kwantitatieve waarde/ impact voor de zorg voor SP-patiënten in Twente, is sprake van een teleurstelling omdat te weinig SP-patiënten zijn verwezen. Niettemin is de deelname van 233 SP-patiënten voldoende om beschrijvende statistiek uit te voeren om daar vervolgens betrouwbare conclusies te destilleren.

Een korte **SWOT**-analyse:

- Strength (Positief, sterke punten): Percentage SP-patiënten doorverwezen naar tweede lijn bedraagt 10%. De werkwijze ontwikkeld door uitvoerder SNT functioneert goed. De uitvoerende fysiotherapeuten zijn tevreden. De geïncludeerde SP-patiënten zijn op korte en op lange termijn tevreden en houden zich grotendeels aan het gegeven advies.
- Weakness (Negatief, zwakke punten): De deelname van de Thoon-huisartsen is erg tegengevallen waardoor kwantitatief weinig SP-patiënten zijn verwezen. Daardoor is ook de invloed op de gang van zaken in de tweede lijn schouderpoli's gering.
- Opportunities (Kansen): Verwijzen van SP-patiënten via schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten draagt bij aan passende en kwalitatief goede zorg. Competenties bij fysiotherapeuten behouden om consulten in een 'ECS-schouder achtig' project te kunnen uitvoeren. Een andere manier vinden om huisartsen te interesseren en enthousiasmeren.
- Threat (Bedreiging): Niets doen met dit op zich succesvolle project, de competenties laten verdwijnen, verslag in de la leggen en verder niets meer meedoen.

## Hoofdstuk 8: Toekomst, mogelijke plek ECS-schouderproject.

Kartrekker organisatie SHT-Thoon heeft in overleg met zorgverzekeraar Menzis besloten het ECS-schouder project medio 2024 te beëindigen. Dit vanwege de, in kwantitatief opzicht, te geringe impact op de zorg rond SP-patiënten in Twente.

Uitvoerder SNT respecteert die beslissing maar betreurt die wel. Ook bij 233 geïncludeerde SP-patiënten zijn de resultaten duidelijk en reproduceerbaar. De beperkende factor is gelegen in de te geringe respons bij de huisartsen. Logisch lijkt het om dan die belemmerende factor te benoemen en te beschouwen als doelstelling voor een betere aanpak.

Thoon huisartsen veranderen hun verwijsgedrag onvoldoende vanwege meldingen in nieuwsbrieven en aangeboden scholingsavonden. Maar er zijn andere strategieën om de actieve interesse van huisartsen te realiseren.

De revenuen in passende zorg met minder kosten is groot als bijvoorbeeld de huisartsen jaarlijks de helft van de SP-patiënten waarbij ze overwegen die te verwijzen naar de tweede lijn, te verwijzen naar de ECS-poli. Dan komen daar jaarlijks 2000 SP-patiënten die voor het grootste deel een multimodale analyse krijgen van een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut, daar geïnformeerd worden over de pro's en con's van handelen in de eerste c.q. tweede lijn en dan, net als in deze studie, voor de overgrote meerderheid tevreden zijn met behandelen in de eerste lijn.

De competenties die de SNT schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten zich eigen hebben gemaakt door actief te participeren in dit project zijn uiteraard aanwezig. Het SNT is tevreden met de producten die zijn ontwikkeld binnen het project, zal een proces starten dat zorgt voor het behoud van die competenties en zal contact blijven houden met de andere organisaties in dit project (SHT-Thoon, Menzis, schouderorthopeden van OCON en MST).

Het blijft jammer een succesvol project te laten eindigen zonder kans op een direct vervolg. SNT hoopt dan ook dat er op welke wijze dan ook toch een vervolg gaat komen. Mogelijk kan ECS-schouder meedoen met andere projecten zoals dat van ESS (Extended Scope Specialist); een project dat wel is verlengd en waarin ESS-fysiotherapeuten de huisarts ontlasten in de taken voor patiënten met klachten van het bewegingsapparaat en mogelijk bij SP-patiënten een analyse bij een SNT schoudergespecialiseerde fysiotherapeut kunnen aanvragen. Ook kunnen fysiotherapie-deelnemers aan ECS-schouder op eigen initiatief gaan samenwerken met huisartsen bij hen in de buurt. SHT-Thoon en Menzis blijven initiatieven ontwikkelen om een visie op Beweegzorg in Twente te ontwikkelen en daarna ook uit te voeren; ook daar is mogelijk een plek de sterke punten van het ECS-schouder project opnieuw te benutten en toe te passen.

## Referenties.

- 1- Picavet HSJ, Schouten JS a. G. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC (3) -study. *Pain*. Maart 2003;102(1-2):167-78.
- 2- Van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Devillé W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. *Br J Gen Pract*. September 1996;46(410):519-23.
- 3- Kuijpers T, van der Windt DAWM, Boeke JPA, Twisk JWR, Vergouwe Y, Bouter LM, e.a. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice. *Pain*. Februari 2006;120(3):276-85.
- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- 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.
- 7- 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.
- 8- 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.
- 9- Koel G, Van Poppel D. Anamnese en lichamelijk onderzoek voor de Fysiotherapeut. Hoofdstuk 3.2 in: *De Schouder, van anatomie tot therapie*, Arko Sports Media, 2023.
- 10- Koel G. Fysiotherapeutische diagnostiek bij patiënten met schouderpijn. *Physios*, Maart 2017:4-13.
- 11- 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.
- 12- 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.
- 13- Paavola M, Kanto K, Ranstam J For the Finnish Shoulder Impingement Arthroscopy Controlled Trial (FIMPACT) Investigators, et al. Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: a 5-year follow-up of a randomised, placebo surgery controlled clinical trial. *British Journal of Sports Medicine* 2021; 55:99-107.
- 14- 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.
- 15- 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.
- 16- 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.

- 17- Moosmayer S, Lund G, Seljom U, Svege I, Hennig T, Tariq R, Smith HJ. Comparison between surgery and physiotherapy in the treatment of small and medium-sized tears of the rotator cuff: a randomised controlled study of 103 patients with one-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br.* 2010 Jan;92(1):83-91.
- 18- Moosmayer S, Lund G, Seljom US, Haldorsen B, Svege IC, Hennig T, Pripp AH, Smith HJ. Tendon repair compared with physiotherapy in the treatment of rotator cuff tears: a randomized controlled study in 103 cases with a five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 2014 Sep 17;96(18):1504-14.
- 19- Moosmayer S, Land G, Seljom US, Haldorsen B, Svege IC, Hennig T, Pripp AH, Smith HJ. At a 10-year follow-up, tendon repair is superior to physiotherapy in the treatment of small and medium-sized RC tears. *JBJS,* 2019, 101:1050-60.
- 20- Brindisino F, Salomon M, Giagio S, Pastore C, Innocenti T. Rotator cuff repair vs. nonoperative treatment: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery.* 1 November 2021;30(11):2648-59.
- 21- Zadro JR, Ferreira GE, Muller R, Sousa Filho LF, Malliaras P, West CA, e.a. Education can reassure people with rotator cuff-related shoulder pain: a 3-arm, randomised, online experiment. *Pain.* 1 april 2024;165(4):951-8.
- 22- Zadro JR, Michaleff ZA, O’Keeffe M, Ferreira GE, Traeger AC, Gamble AR, e.a. How do people perceive different advice for rotator cuff disease? A content analysis of qualitative data collected in a randomised experiment. *BMJ Open.* 5 mei 2023;13(5):e069779.
- 23- 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](http://www.nhg.org), oktober, 2019.
- 24- Hobelman F, Koel G, Niemeijer-Blokvoort J, Weltevreden P (SNT-bestuur). Deelname SNT aan ECS-schouder. Interne uitgave SNT, juli 2021.
- 25- Van Kempen A, Troost M. Startnotitie inzet eenmalig consult specialist schouder (ECS-schouder), zorg voor patiënten met schouderklachten in de eerste lijn. Interne uitgave Thooz, november 2020.
- 26- Troost M, Van Brenk F, Peters S. Projectplan inzet eenmalig consult specialist schouder (ECS-schouder), voor patiënten met schouderklachten in de eerste lijn. Interne uitgave Thooz, maart 2021.
- 27- Koel G. Uitvoering fysiotherapeutisch klinisch onderzoek bij ECS-schouder. Interne SNT uitgave, november 2021.
- 28- Niemeijer-Blokvoort J. Uitvoering fysiotherapeutisch MSU-onderzoek bij ECS-schouder. Interne SNT-uitgave, november 2021.
- 29- Proper H. Kwantitatief onderzoek binnen ECS-schouder project met als doel een optimaal beleid bij het handelen rond patiënten met aanhoudende schouderpijn. Afstudeerproject Saxion hogeschool, Academie AGZ, april 2024.
- 30- Bijl E. Het ECS-schouder project. Afstudeerproject Saxion hogeschool, Academie AGZ, april 2024.