

Minder onnodige verwijzingen bij schouderpijn

Gerard Koel, Frank van Brenk, Donald van der Burg, Karien van de Water

Jaarlijks consulteren ruim 1 miljoen patiënten hun huisarts voor schouderpijn. Hoewel de meeste patiënten in de eerste lijn worden behandeld, verwijst de huisarts ongeveer 10% naar de tweede lijn. Dit staat op gespannen voet met de NHG-Standaard Schouderklachten, die adviseert bij aanhoudende klachten alleen te verwijzen wanneer een operatie een reële optie is, of bij calcificerende tendinopathie die onvoldoende reageert op behandeling. In de praktijk krijgt 80% van de jaarlijks circa 100.000 verwezen patiënten slechts 1 orthopedisch consult zonder chirurgische interventie. Deze discrepantie leidt tot onnodige zorgkosten, tijdverlies en ontevredenheid bij patiënten, orthopeden en huisartsen. Dit pilotonderzoek beschrijft het Eenmalig Consult Specialist (ECS)-schouderproject: een mogelijke oplossing voor betere, passende zorg bij aanhouden- de schouderklachten.

De jaarprevalentie van schouderpijn onder Nederlanders ouder dan 25 jaar is circa 30%.¹ Het beloop is vaak langdurig: na 6 maanden is slechts 50% hersteld en na 1 jaar heeft 40% opnieuw of nog steeds klachten.² In een normpraktijk komen jaarlijks ongeveer 100 patiënten met schouderklachten.³⁻⁵ De NHG-Standaard Schouderklachten geeft de huisarts handvaten voor passende diagnostiek en behandeling.⁶ De huisarts classificeert de schouderklacht als een subacromiaal pijnsyndroom (SAPS), een glenohumeraal gewrichtsprobleem (artrose, frozen shoulder) of als overige schouderklachten. Bij onvoldoende effect van behandeling in de eerste lijn en een mogelijke indicatie voor operatieve behandeling, kan verwijzing naar de orthopeed worden overwogen. Van de jaarlijks circa 100.000 verwezen patiënten krijgt meer dan 80% slechts 1 orthopedisch consult, zonder indicatie voor chirurgie.⁷ Om het verwijzen te verbeteren zijn verschillende strategieën beschreven, waaronder anderhalvelijnszorg en versterking van eerste lijn met inzet van een medisch specialist, een kaderhuisarts bewegingsapparaat of physician assistant.⁸⁻¹¹ Met het Eenmalig Consult Specialist (ECS)-schouderproject onderzochten we of substitutie beter en efficiënter kan plaatsvinden door nauwere samenwerking tussen huisartsen en in schouderklachten gespecialiseerde fysiotherapeuten.

COMPLEXE BESLUITVORMING

Bij de meeste patiënten met aanhoudende, niet-traumatische schouderpijn in de eerste lijn gaat het om SAPS. Deze patiënten hebben pijn in schouder en bovenarm, vooral bij het heffen van de arm (abductie).⁶ De pijn komt meestal vanuit de *rotator cuff*. Hierbij kan sprake zijn van een peesprobleem zonder zichtbare afwijkingen op beeldvorming (tendinopa-

thie), maar ook van structurele schade zoals een partiële-dikte peesruptuur, een volledige-dikte peesruptuur of soms een calcificatie.⁶ Bij aanhoudende SAPS zonder aantoonbare schade aan de rotator cuff wordt een decompressieoperatie tegenwoordig nauwelijks nog toegepast.^{12,13} Ook bij partiële-dikte of kleine volledige-dikte peesrupturen (kleiner dan 1 cm) heeft een conservatieve behandeling de voorkeur.^{14,15} Er is geen duidelijke samenhang tussen de omvang van een rotatorcuffruptuur (RC-ruptuur) en klinische symptomen.¹⁵ Het grote MOON-onderzoek (n = 452 bij inclusie) laat zien dat 73% van de patiënten met schouderpijn en een volledige-dikte RC-ruptuur na 6-12 weken fysiotherapie goed blijft functioneren zonder operatie, ook op de lange termijn (≥ 10 jaar).^{16,17} Bij langdurige follow-up (tot 15 jaar) met controlerende beeldvorming, bleek in een kleine patiëntengroep (n = 83) dat geopereerde RC-pezen hun kwaliteit beter behielden dan conservatief behandelde pezen.¹⁸ Voor patiënten met volledige-dikte RC-ruptuur die hun schouder intensief moeten blijven belasten, is een peesoperatie wel aan te bevelen.¹⁸

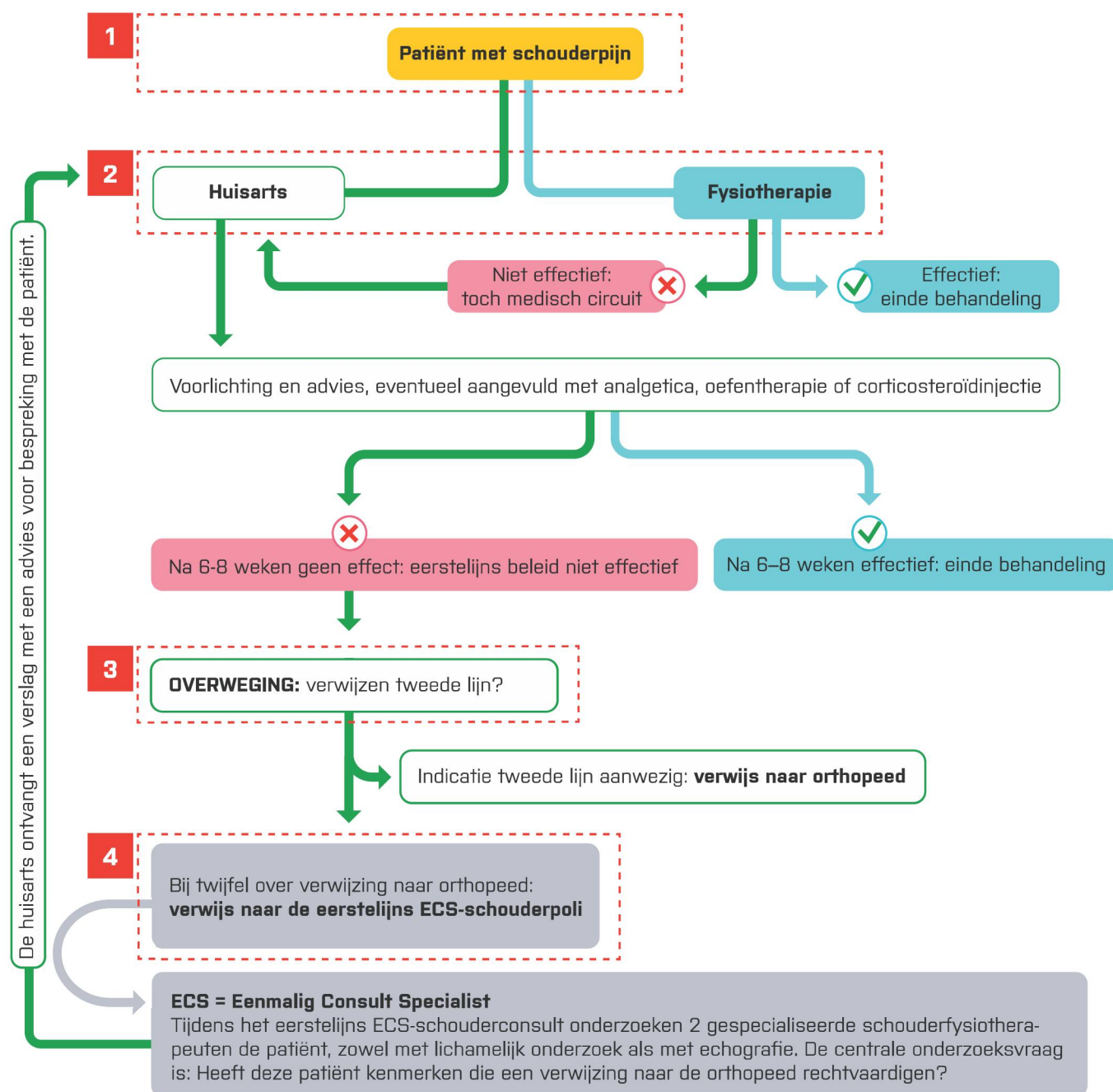
Bij aanhoudende schouderpijn spelen bovendien vaak niet-somatische factoren een rol, zoals verminderde zelfredzaamheid, onjuiste percepties en angst voor bewegen. Deze factoren beïnvloeden niet alleen pijn en functiestoornissen, maar ook het effect van een interventie.¹⁹⁻²² Daarom is bij patiënten met persisterende schouderpijn een multimodale analyse nodig om relevante en beïnvloedbare disfuncties in kaart te brengen en op basis daarvan behandeldoelen en een -plan vast te stellen.²³ Het is dus geen sinecure om patiënten met aanhoudende schouderpijn gericht te verwijzen naar de orthopeed.

ECS-SCHOUDEPROEJECT

In de periode van 2018 tot 2020 vond in Enschede en Glanerbrug de pilot 'Schouderkliniek Twente' plaats, waarin huisartsen, fysiotherapeuten en orthopedisch chirurgen samenwerkten om patiënten met schouderpijn passende zorg te bieden. Door de positieve ervaringen breidde huisartsenorganisatie SHT-THOON (130 Twentse huisartsenpraktijken) de pilot uit tot het Eenmalig Consult Specialist (ECS)-schouderproject. In samenwerking met zorgverzekeraar Menzis werd een passende vergoeding voor zorgprofessionals geregeld. Binnen dit project verwezen huisartsen patiënten met een mogelijke tweedelijnszorgvraag eerst naar een gespecialiseerde ECS-schouderpoli (**figuur**). Hier onderzochten 2 bij het SchouderNetwerk Twente aangesloten fysiotherapeuten de patiënt. Zij voerden ook een multimodale analyse uit om oor-

Figuur Plaats van het ECS-schouder (Eenmalig Consult Specialist) in het beleid bij schouderpijn

Figuur: Studio Wiegers



Stap **1** : patiënt heeft zo veel schouderpijn dat stap **2** : een consult bij de huisarts of fysiotherapeut plaatsvindt. Bij onvoldoende resultaat komt stap **3** in beeld en nieuw is dan stap **4** : de optie ECS-schouder.

zakelijke en beïnvloedbare factoren in kaart te brengen. Op basis daarvan bepaalden ze of een verwijzing naar de orthopeed geïndiceerd was. Orthopedisch chirurgen formuleerden hiervoor toetsingscriteria. Doel van het ECS-schouderproject was om verwijzingen naar de tweede lijn beter te valideren,

zodat deze in kwantitatieve zin afnemen terwijl de kwaliteit van zorg goed blijft. De 5 ECS-schouderpoli's hanteerden een gestandaardiseerde werkwijze met lichamelijk onderzoek en echodiagnostiek.²⁴ In het vooraf beschreven projectplan zijn 4 te realiseren suc-

cescriteria geformuleerd; 1) minimaal 70% van de verwezen patiënten wordt volledig in de eerste lijn behandeld, 2) de patiënten zijn tevreden en volgen de gegeven adviezen op, 3) de zorgprofessionals zijn tevreden en 4) er is sprake van passende en goede zorg. De patiënttevredenheid werd direct na het consult en na een half jaar gemeten via een anonieme zelfontwikkelde enquête-vragenlijst met 16 stellingen.²⁸

RESULTATEN

In de periode maart 2022 tot en met maart 2024 zijn 232 patiënten met schouderpijn geïnccludeerd. De gemiddelde leeftijd bedroeg 56,6 jaar; 56% was vrouw. Het merendeel had betaald werk (64%) en bijna 80% bleef werken ondanks de schouderpijn. De gemiddelde klachtenduur, gecorrigeerd voor uitschieters, bedroeg ruim 10 maanden. Bij 67% werd de diagnose SAPS gesteld, bij 16% een aandoening van het schoudergewricht en bij 17% ging het om overige schouder-aandoeningen. Van 207 patiënten is het gegeven advies vastgelegd (tabel).

Advies verwijzing naar tweede lijn

Negentig procent van de patiënten (187 van de 207) kregen het advies in de eerste lijn te blijven. Bij slechts 20 patiënten met schouderpijn (10%) vonden de gespecialiseerde fysiotherapeuten klinische symptomen die een verwijzing naar de tweede lijn rechtvaardigden. In deze subgroep was bij 11 patiënten (55%) sprake van SAPS, bij 3 patiënten (15%) van

een schoudergewrichtsaandoening (frozen shoulder en artrose) en bij 6 patiënten (30%) sprake van overige aandoeningen (instabiliteit of een probleem van het AC-gewricht). In de (tabel) staan aanvullende kenmerken van beide groepen.

Patiënttevredenheid

Bij 196 patiënten werd direct na afloop van het ECS-consult, in de praktijk voor fysiotherapie, gescoord of zij tevreden waren met de uitleg en instemden met de gegeven adviezen. Dat gold voor 191 patiënten (97%). Interessant is vast te stellen of die tevredenheid ook standhoudt. Na een gemiddelde follow-up-periode van 7 maanden kregen de ECS-patiënten een online enquête gemaild over de interpretaties op termijn. Er waren 107 patiënten (46%) die op vrijwillige basis de 16 vragen hebben beantwoord.²⁵ De praktische uitvoering van het ECS-consult werd beoordeeld met het rapportcijfer 8,4 en de tevredenheid met een 8,6 (score 0-10). Tachtig van de 103 patiënten (78%) volgde, na overleg met de huisarts, het gegeven ECS-advies. Zevenenzeventig van de 98 patiënten (79%) werden volledig in de eerste lijn behandeld. Ruim de helft van de patiënten (56%; 60 van 106) kreeg het advies om een in schouderklachten gespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren. Zeventien van de 106 (16%) kregen het advies dat behandeling niet nodig was. Eénenzestig procent (61/100) gaf aan dat de schouderpijn inmiddels duidelijk was verminderd of vrijwel verdwenen. Op een 5-punt Likertschaal gaf 81% (85 van 105) aan ook achteraf tevreden c.q. erg tevreden te zijn met het advies dat zij hadden ontvangen op de ECS-schouderpoli.

Tabel
Kenmerken van de geïnccludeerde patiënten met schouderpijn in het ECS-schouderproject voor wie het gegeven advies is vastgelegd (n = 207).

Kenmerk	Advies behandeling eerste lijn (n = 187)	Advies verwijzing tweede lijn (n = 20)
Leeftijd, gemiddelde ± SD	56,5 ± 14,8	57,4 ± 15,1
Vrouwelijk geslacht [%]	56,2	55,0
Klachtenduur (maanden), gemiddelde (± SD)	12,9 ± 25,8	13,4 ± 27,8
Kan werken ondanks klachten [%]	79,9	77,9
Gebruikt pijnmedicatie [%]	50,5	55,0
Eerder fysiotherapie [%]	44,0	60,0
Eerder injectie [%]	22,5	35,0
Eerder geopereerd aan deze schouder [%]	5,3	5,0
Pijnscore (0-10; hogere score duidt op meer pijn), gemiddelde ± SD	6,5 ± 1,5	5,8 ± 1,7
Met afwijkingen/ letsels op de echo [%]	58,9	57,8



Een brede, multimodale beoordeling in de eerste lijn lijkt onnodige verwijzingen in de tweede lijn te verminderen.

Foto: Gerard Koel

Deelname door huisartsen

Vijfendertig van de 130 bij THOON aangesloten praktijken verwezen patiënten naar de ECS-schouderpoli's. De deelnemende huisartsen waardeerden het consult als positief en gaven aan dat samenwerking met een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut waardevol is. Aanmelding via ZorgDomein resulteerde doorgaans binnen 2 weken in een consult. Het ECS-verslag aan de huisarts bood houvast voor gezamenlijke besluitvorming met de patiënt.

BESCHOUWING

De klinische beslissing of een patiënt met schouderpijn een orthooped dient te consulteren is complex. Bij patiënten met (aanhoudende) schouderpijn spelen vaak meerdere factoren gelijktijdig een rol. Naast somatische factoren zijn ook mentale en cognitieve factoren of factoren die samenhangen met het beloop van de klachten van invloed.^{19-23,24} Dit onderstreept het belang van een brede, multimodale benadering bij de beoordeling van schouderklachten.

De vooraf gestelde succescriteria van het project zijn behaald: niet 70%, maar 90% van de beoordeelde patiënten met schouderpijn kon in de eerste lijn blijven. Daarnaast is de tevredenheid van de patiënten op korte en lange termijn hoog, houden patiënten zich grotendeels aan het gegeven advies, en lijkt de geboden zorg passend en van voldoende kwaliteit.

Het totaal aantal verwezen patiënten in dit pilotonderzoek (n = 232) naar de 5 ECS-schouderpoli's viel, ondanks de inspanningen, tegen. Het ECS-project is een pilotonderzoek met inclusie van patiënten op vrijwillige basis en een hoge administratieve belasting. Dit heeft geleid tot missende data en een follow-uppercentage van 46%. Dit kan de beschreven positieve resultaten in het ECS-schouderproject beïnvloeden. Desondanks lijken de resultaten erop te wijzen dat het aantal patiënten dat mogelijk onnodig naar de tweede lijn wordt verwezen afneemt, terwijl patiënten op termijn tevreden blijven en minder schouderpijn rapporteren. Vanwege het kleine aantal verwezen patiënten (20 van de 207) blijft het lastig om duidelijke verschillen in (werk)diagnoses tussen beide groepen vast te stellen.

Het ECS-schouderproject lijkt goed toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Huisartsen kunnen via de SNN-website (www.schoudernetwerk.nl) een gespecialiseerde fysiotherapeut vinden. De betreffende fysiotherapeut kan de protocollen voor zowel het lichamelijk onderzoek als het echografische onderzoek eenvoudig downloaden.²⁴ Vervolgens kunnen huisarts en fysiotherapeut deze aanpak inpassen in hun praktijkvoering. Een aandachtspunt is dat binnen dit project patiënten zonder aanvullende fysiotherapie in hun verzekeringspakket een vergoeding kregen. Dit is in de reguliere praktijk niet standaard beschikbaar en kan een belemmering vormen voor een brede implementatie. Een zwak punt van het onderzoek betreft de discrepantie tussen het (geringe) aantal patiënten dat door huisartsen is verwezen naar de ECS-schouderpoli en het veel grotere aantal patiënten dat in dezelfde periode naar de regionale orthopedische schouderpoli's is verwezen. Om substitutie van zorg te realiseren, is verandering in het verwijsgedrag van huisartsen noodzakelijk.

DE KERN

- Bij niet-traumatische schouderpijn vervult de huisarts doorgaans effectief de poortwachtersrol: de meeste patiënten krijgt adequate behandeling in de eerste lijn en slechts 10% een verwijzing naar de tweede lijn.
- Toch vinden onnodige verwijzingen naar de tweede lijn plaats: jaarlijks gaan ruim 100.000 patiënten naar de orthopeed, terwijl bij ruim 80% geen chirurgische indicatie bestaat.
- Samenwerking met in schouderklachten gespecialiseerde fysiotherapeuten kan het aantal onnodige verwijzingen verminderen en bijdragen aan beter passende zorg.

CONCLUSIE

Het ECS-schouderproject laat zien dat nauwere samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten bijdraagt aan zinvolle substitutie van zorg voor patiënten met schouderpijn. Een brede, multimodale beoordeling in de eerste lijn lijkt onnodige verwijzingen in de tweede lijn te verminderen, terwijl patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg behouden blijven. ■

LITERATUUR

1. Picavet HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC (3) -study. *Pain* 2003;102(1-2):167-78. DOI: 10.1016/s0304-3959(02)00372-x.
2. Kuijpers T, Van der Windt DAWM, Boeke JPA, Twisk JWR, Vergouwe Y, Bouter LM, et al. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice. *Pain* 2006;120(3):276-85. DOI: 10.1016/j.pain.2005.11.004.
3. Greving K, Dorrestijn O, Winters JC, Groenhouf F, Van der Meer K, Stevens M, et al. Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. *Scand J Rheumatol* 2012;41:150-5.

Reageren? Dit kan online op www.henw.org. Daar vind je ook de volledige literatuurlijst.



Foto: Gerard Koel

Koel G, Van Brenk F, Van der Burg DH, Van de Water F. Minder onnodige verwijzingen bij schouderpijn. *Huisarts Wet* 2026;69:HrW-00000238. SchouderNetwerk Twente, Hengelo: Gerard Koel, bestuurslid en ontwikkelaar/docent SCH-combicursus, tevens bestuurslid bij SchouderNetwerk Nederland, gerard.koel@gmail.com; Huisartspraktijk van Brenk, Enschede: Frank van Brenk, huisarts; Fysiotherapie Oost-Nederland (FYON), Enschede: Donald van der Burg, fysio- en manueeltherapeut, tevens docent fysiotherapie bij Saxion Hogeschool Enschede; Stichting Medisch Centrum Eudokia, Enschede: Karien van de Water, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.