

Fysiotherapeutische zorg voor patiënten met schouderklachten

Hoe functioneert het SchouderNetwerk

Het SchouderNetwerk Amsterdam (SNA), onderdeel van SchouderNetwerken Nederland, wil de kwaliteit van zorg voor patiënten met schouderaandoeningen optimaliseren. Deze eerste studie naar SchouderNetwerken in Nederland brengt de positionering en het inhoudelijk functioneren van het SNA in kaart met betrekking tot de fysiotherapeutische zorg voor patiënten met schouderklachten. Verschillen de patiëntenpopulatie en zorginhoud van de SNA-fysiotherapeuten van die in de reguliere zorg? En in welke mate behandelen de SNA-fysiotherapeuten patiënten volgens het Egmond-Schuitemaker-protocol?

Tekst: Joost Nagelmaeker, Rik Molenaars en Di-Janne Barten

Inleiding

Schouderklachten zijn veelvoorkomende klachten van het bewegingsapparaat in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tussen de 7% en 34% van de volwassenen heeft klachten van de schouder en de incidentie van schouderklachten in Nederland wordt geschat op 19 per 1000 persoonsjaren.^{1,2} De helft tot 80% van alle schouderklachten wordt veroorzaakt door één of meerdere structuren in de subacromiale ruimte en wordt gebundeld onder de noemer Subacromiaal Pijn Syndroom (SAPS).^{3,4}

Het SchouderNetwerk Amsterdam (SNA), onderdeel van SchouderNetwerken Nederland (opgericht in 2010), heeft als doelstelling de kwaliteit van handelen bij patiënten met schouderaandoeningen te optimaliseren (figuur 1). Het SNA bestaat uit 55 fysiotherapeuten die

een specialisatie hebben opgebouwd op het gebied van schouderdiagnostiek en revalidatie. Door middel van jaarlijkse cursussen, nascholing, congressen en symposia streeft het SNA naar een continue overdracht van kennis en vaardigheden en actualisering en optimalisering van het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met schouderklachten. SNA-fysiotherapeuten worden onderwezen volgens het Egmond-Schuitemaker-protocol.⁵

Op dit moment zijn er geen cijfers bekend over de toegevoegde waarde van SchouderNetwerken in Nederland en is onduidelijk in hoeverre fysiotherapeuten die lid zijn van een SchouderNetwerk, zich in de praktijk onderscheiden van andere fysiotherapeuten. Het doel van deze studie is om de positionering en het inhoudelijk functioneren van het SNA in de fysiotherapeutische zorg voor patiënten met schouderklachten in Nederland in kaart te brengen. Met deze studie geven wij antwoord op de vraag of SNA-fysiotherapeuten relatief meer patiënten met schouderklachten onder behandeling krijgen dan niet-SNA-fysiotherapeuten. Daarnaast vergelijken we de inhoud van de behandelingen die gegeven worden door SNA- en niet-SNA-fysiotherapeuten bij patiënten met schouderklachten. Tot slot onderzoeken we in deze studie in hoeverre SNA-fysiotherapeuten

in de dagelijkse praktijk werken volgens het Egmond-Schuitemaker-protocol.

Methode

In deze studie worden retrospectieve gegevens van de behandeling van patiënten met schouderklachten door SNA- en niet-SNA-fysiotherapeuten vergeleken. Alle 55 SNA-fysiotherapeuten zijn in een briefing gevraagd deel te nemen aan deze studie en gegevens aan te leveren van behandelingsperiodes gestart in 2012, 2013 en 2014. De SNA-fysiotherapeuten ontvingen een protocol voor extractie en aanlevering van de data. Data werden geëxtraheerd uit verschillende software-systemen, afhankelijk van het soort software-systeem dat gebruikt werd in de fysiotherapiepraktijk. De gevraagde gegevens bestonden uit een lijst met alle behandelingsperiodes van patiënten in 2012 en 2013 en een lijst met de eerste 10 behandelingsperiodes voor de behandeling van patiënten met SAPS in 2014 (DCSPH-codes 004020, 004021, 004026). Van iedere behandelingsperiode op de tweede lijst (patiënten met SAPS) werden aanvullende gegevens verzameld, zoals de totale behandelingsduur, het aantal behandelingen en de belangrijkste toegepaste fysiotherapeutische interventie(s). Vergelijkbare data van niet-SNA-fysiotherapeuten zijn verkregen uit de database 'NIVEL-Zorgregistraties eerste lijn' van 2012-2013. In 2012 en 2013 bevatte NIVEL Zorgregistraties gegevens van 154 fysiotherapeuten. Overeenkomend met de verzameling van SNA-data is er gebruikgemaakt van DCSPH-codes 004020, 004021 en 004026 voor de selectie van behandelingsperiodes van patiënten met SAPS.

Kwaliteitsindicatoren Egmond-Schuitemaker-protocol – Om de compliantie van SNA-fysiotherapeuten aan het Egmond-Schuitemaker-protocol te beoordelen, zijn er volgens een systematische methode kwaliteitsindicatoren opgesteld.⁶ De 9 indicatoren zijn procesindicatoren en representeren de belangrijkste aanbevelingen uit het Egmond-Schuitemaker-protocol (tabel 1). De verzamelde gegevens over de behandeling van patiënten met SAPS zijn beoordeeld op de toepassing van deze aanbevelingen in de dagelijkse praktijk. Zowel de compliantie aan het gehele protocol (kwaliteitsindicator 1 tot en met 9) als de compliantie per individuele kwaliteitsindicator zijn beoordeeld en geclassificeerd met behulp van een intervallschaal.⁷ Compliantiecijfers van 0% tot 33,3% zijn geclassificeerd als laag, van 33,4% tot 66,6% als matig en van 66,7% tot 100% als hoog.

Figuur 1.



SchouderNetwerken Nederland en Schouder-Netwerk regio Amsterdam

Amsterdam?

Tabel 1. Egmond-Schuitemaker-protocol

	Kwaliteitsindicator	Toelichting
Onderzoek	1. Drie protocolprofielen 2. NHG-diagnosegroepen 3. Emmermetafoor	Klassering van het gezondheidsprobleem in een protocolprofiel I-III Klassering van het gezondheidsprobleem in NHG-diagnosegroep 1-3 Benoemen van contextuele factoren in relatie tot gezondheidsprobleem
Behandeling	4. Voorwaardenscheppende manuele verrichtingen met biomechanisch en neuro-reflectoir doel 5. Oefentherapie gebaseerd op reductietesten 6. Circumductie en/of deviatiebeweging 7. Excentrische oefeningen	Toepassen van cervicale en/of thoracale manuele verrichtingen in geval van bewegingsbeperking (manipulatie, mobilisatie en/of massage) Toepassen van oefeningen gebaseerd op reductietesten (centreren van humeruskop in glenoid, scapulothoracale stabilisatie, e.d.) Toepassen van circumductie en/of deviatie in de oefentherapie Toepassen van excentrische krachtoefeningen in de oefentherapie
Evaluatie	8. 24 uur-regel 9. Klinimetrie	Evaluatie van belasting-belastbaarheid in het kader van de 24 uur-regel Gebruik van minimaal één vorm van klinimetrie zowel aan het begin als aan het einde van de behandelingsperiode

Data-analyse – De data zijn geanalyseerd met IBM SPSS Statistics 23. Chi-square tests en Fisher's Exact tests zijn gebruikt om de verschillen in dichotome en categorische data tussen SNA-fysiotherapeuten en niet-SNA-fysiotherapeuten te toetsen. Two-sample t-tests zijn gebruikt in het geval van continue data. Een *p*-waarde kleiner dan 0,05 is aangehouden als statistisch significant.

Resultaten

Baseline karakteristieken – In totaal hebben 48 van de 55 SNA-fysiotherapeuten deelgenomen aan de studie. NIVEL Zorgregistraties bevatte gegevens van 154 niet-SNA-fysiotherapeuten. Er zijn 335 behandelingsperiodes aangeleverd door de SNA-fysiotherapeuten en 968 behandelingsperiodes geïnccludeerd uit NIVEL Zorgregistraties. De baseline karakteristieken van de SNA en niet-SNA-fysiotherapeuten en beide patiëntpopulaties zijn weergegeven in tabel 2.

Er is een verschil in leeftijd en geslacht, mate van verwijzing en/of directe toegankelijkheid, type verwijzer en duur van klachten voor aanvang van behandeling tussen patiënten behandeld door SNA-fysiotherapeuten en niet-SNA-fysiotherapeuten. Het percentage van patiënten met klachten korter dan 3 maanden voor aanvang van de behandeling was lager en het percentage van patiënten met klachten langer dan 3 maanden voor aanvang van de behandeling was hoger in de patiëntenpopulatie van SNA-fysiotherapeuten ten opzichte van niet-SNA-fysiotherapeuten.

Tabel 2. Baseline karakteristieken

	SNA	Niet-SNA	
	Therapeuten (n=48)	Therapeuten (n=154)	
Leeftijd (jaren, gemiddelde ± sd)	46,5 ± 11,6	46,8 ± 13,3	
Geslacht (percentage man)	58%	64%	
	Populatie (n=335)	Populatie (n=968)	<i>p</i> -waarde
Leeftijd (jaren, gemiddelde ± sd)	50,9 ± 15,8	54,2 ± 15,8	0,001*
Geslacht (percentage man)	49%	43%	0,046*
Toegang (percentage verwezen)	48%	61%	<0,001*
Verwijzer			<0,001*
Huisarts	67%	87%	
Medisch specialist – orthopedisch chirurg	28%	7%	
Medisch specialist – overig/onbekend	4%	3%	
Medisch specialist – chirurg	<1%	<1%	
Medisch specialist – neuroloog	<1%	<1%	
Klachtenduur voor aanvang behandeling			<0,001*
<1 maand	21%	32%	
1-3 maanden	23%	34%	
3-6 maanden	22%	15%	
>6 maanden	33%	20%	

sd: standaarddeviatie; *significant verschil (*p* < 0,05)

>>

>> Tabel 3. Schouderklachten SNA/niet-SNA-praktijk

	SNA	Niet-SNA	p-waarde
Schouderklachten (percentage)	18%	9%	<0,001*
Behandelingen (aantal, gemiddelde ± sd)	7,5 ± 5,5	13,3 ± 21,5	<0,001*
Behandelduur (weken, gemiddeld ± sd)	10,5 ± 8,8	17,3 ± 37,3	0,001*
Interventies			<0,001*
Oefentherapie	33%	34%	
Voorlichting en advies	27%	19%	
Manuele mobilisatie	17%	24%	
Overige manuele interventies	12%	1%	
Massage	5%	16%	
Fysische therapie	1%	3%	
Overig	5%	4%	

sd: standaarddeviatie; *significant verschil ($p < 0,05$)

Schouderklachten in de SNA- en niet-SNA fysiotherapiepraktijk – Het aantal patiënten met schouderklachten is twee keer zo hoog in de patiëntenpopulatie van SNA-fysiotherapeuten (18%) vergeleken met de patiëntenpopulatie van niet-SNA-fysiotherapeuten (9%) (tabel 3). De gemiddelde behandelduur van een patiënt met schouderklachten is significant korter bij behandeling door SNA-fysiotherapeuten dan niet-SNA-fysiotherapeuten (11 versus 17 weken) en ook het aantal behandelingen is lager bij behandeling door SNA-fysiotherapeuten (8 versus 13 behandelingen). In vergelijking met niet-SNA-fysiotherapeuten kiezen SNA-fysiotherapeuten in de behandeling vaker voor voorlichting & advies en overige manuele interventies (bijvoorbeeld het toepassen van dry needling en het aanbrengen van tape) en maken gemiddeld minder gebruik van massage en manuele mobilisaties.

Toepassing van het Egmond-Schuitemaker-protocol door SNA-fysiotherapeuten – Compliantiecijfers met betrekking tot het naleven van het volledige Egmond-Schuitemaker-protocol in de behandeling van patiënten met schouderklachten door SNA-fysiotherapeuten variëren sterk. De compliantie is gemiddeld middelmatig (55%). Een op de tien SNA-fysiotherapeuten scoort laag, 73% scoort matig en 17% van de SNA-fysiotherapeuten voldoet aan het criterium voor een hoge compliantie aan het Egmond-Schuitemaker-protocol. De indicatoren met betrekking tot de classificatie van het gezondheidsprobleem (indicatoren 1 en 2), de circumductie- en/of deviatiebeweging (indicator 6) en excentrische oefeningen (indicator 7) worden gemiddeld slechts in een derde van de behandelingen meegenomen in het behandelproces (tabel 4). De overige indicatoren (3-5, 8, 9) worden als hoog-

compliant geassocieerd en in 66,6% tot 91% van de behandeltrajecten toegepast.

Discussie

We hebben bestudeerd in hoeverre de patiëntenpopulatie van SNA-fysiotherapeuten zich onderscheidt van de patiëntenpopulatie van niet-SNA-fysiotherapeuten, en of SNA-fysiotherapeuten dus ook relatief meer patiënten met schouderklachten behandelen. Daarnaast wilden wij beoordelen of de geboden fysiotherapeutische zorg bij patiënten met schouderklachten inhoudelijk verschilt tussen SNA- en niet-SNA-fysiotherapeuten en of SNA-fysiotherapeuten zich in de dagelijkse praktijk bij de behandeling van schou-

derklachten aan het Egmond-Schuitemaker-protocol houden.

Deze studie laat aanzienlijke verschillen zien in de patiëntenpopulatie en de inhoud van de zorg tussen SNA-fysiotherapeuten en niet-SNA-fysiotherapeuten. Het percentage patiënten met schouderklachten is twee keer zo hoog in de patiëntenpopulatie van SNA-fysiotherapeuten in vergelijking met de patiëntenpopulatie van niet-SNA-fysiotherapeuten (18% versus 9%). Het aandeel van schouderklachten in de niet-SNA patiëntenpopulatie lijkt reëel met vergelijkbare aantallen in data uit 2009 (9%), 2010 (9%)⁸ en 2011 (10%).⁹ Het aantal behandelingen per patiënt met schouderklachten is significant lager en de behandelduur significant korter bij SNA-fysiotherapeuten, terwijl zij vaker patiënten in behandeling krijgen met langdurig bestaande klachten (> 6 maanden).

Over de (kosten)efficiëntie van behandeling door SNA-fysiotherapeuten kunnen geen uitspraken worden gedaan aangezien dit niet is onderzocht. De bevindingen van de huidige studie zijn echter wel aanleiding om daarnaar onderzoek te doen. Dit is mede interessant, omdat er tot op heden nog beperkte consensus en evidentie is aangaande de beste behandelstrategie(en) bij schouderklachten.¹⁰

Uit deze studie komt naar voren dat er duidelijke verschillen in de interventiekeuzes zijn tussen SNA- en niet-SNA-fysiotherapeuten bij de behandeling van schouderklachten, waarbij er door SNA-fysiotherapeuten – naast oefentherapie – vaker wordt ingezet op voorlichting en advies en overige manuele interventies. De naleving van het Egmond-Schuitemaker-protocol in de behandeling van patiënten met schouderklachten door SNA-fysiotherapeuten blijkt

Tabel 4. Compliantie aan Egmond-Schuitemaker-protocol door SNA-fysiotherapeuten

Kwaliteitsindicator	Meegenomen in behandeling (% ja)	Compliantie
1. Drie protocolprofielen	14	laag
2. NHG-diagnosegroepen	14	laag
3. Emmermetafoor	86	hoog
4. Voorwaardenscheppende manuele verrichtingen met biomechanisch en neuro-reflectoair doel	91	hoog
5. Oefentherapie gebaseerd op reductietesten	79	hoog
6. Circumductie- en/of deviatiebeweging	33	laag
7. Excentrische oefeningen	25	laag
8. 24 uur-regel	83	hoog
9. Klinimetrie	67	hoog

middelmatig, met grote verschillen in de toepassing van de verschillende onderdelen van het protocol en variatie tussen individuele therapeuten. Eerdere studies hebben al aangetoond dat er in algemene zin aanzienlijke verschillen zijn in de mate van compliantie aan richtlijnen door fysiotherapeuten.¹¹

Een belangrijke sterkte van deze studie is de omvang van het studiesample. Het merendeel (87%) van de SNA-fysiotherapeuten heeft data aangeleverd voor deze studie. Als referentie werden data van een groep van 154 niet-SNA-fysiotherapeuten gebruikt. De data uit beide bronnen zijn op vergelijkbare wijze geëxtraheerd, waarbij de SNA-fysiotherapeuten uitgebreid zijn geïnstrueerd en een gedetailleerd protocol hebben ontvangen. De retrospectieve

significant korter bij behandeling van schouderklachten door SNA-fysiotherapeuten. In de behandeling wordt vaker gebruikgemaakt van voorlichting en advies en minder vaak gekozen voor massage of manuele mobilisaties. De compliantie van SNA-fysiotherapeuten aan het Egmond-Schuitemaker-protocol varieert sterk tussen behandelaren en is gemiddeld 55%.

Aanbevelingen

Nader onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van de behandeling van schouderklachten gegeven door fysiotherapeuten die lid zijn van SchouderNetwerken in vergelijking met de behandeling van schouderklachten gegeven door fysiotherapeuten die geen lid zijn van SchouderNetwerken, is gewenst. Bovendien is het

SNA-fysiotherapeuten zien vaker patiënten met schouderklachten en voeren minder behandelingen uit in een kortere behandelingsperiode

aard van deze studie sluit de kans op sociaal wenselijke respons van de niet-SNA-fysiotherapeuten uit. Dit risico is er wel voor de respons van SNA-fysiotherapeuten en wordt vergroot doordat de SNA-fysiotherapeuten op de hoogte waren van de onderzoeksdoeleinden. Een aanvullende zwakte van deze studie is de methode van selectie van behandelingsperiodes van schouderklachten, waarbij gebruik is gemaakt van DCSPH-codes. Het gebrek aan consensus met betrekking tot diagnostische criteria en terminologie bij schouderklachten heeft potentieel geleid tot een selectiebias waarbij bepaalde diagnosegroepen ten onrechte niet of juist wel in deze studie zijn meegenomen.

Conclusies

Deze eerste studie naar de positionering en het inhoudelijk functioneren van SNA-fysiotherapeuten in de zorg voor patiënten met schouderklachten in Nederland laat zien, dat patiëntkenmerken en het zorgproces van SNA-fysiotherapeuten bij patiënten met schouderklachten sterk verschillen ten opzichte van fysiotherapeuten die niet lid zijn van het SNA. Uit een retrospectieve analyse van behandelingsperiodes van 48 SNA-fysiotherapeuten en 154 niet-SNA-fysiotherapeuten (NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns 2012-2013) blijkt dat SNA-fysiotherapeuten twee keer zoveel patiënten met schouderklachten zien ten opzichte van niet-SNA-fysiotherapeuten (18% versus 9%). Ook is het aantal behandelingen significant minder en de duur van de behandelingsperiode

interessant de werkwijze en behandelresultaten te vergelijken tussen de verschillende schouder-netwerken.

Joost P. Nagelmaeker MSc, Klinische Gezondheidswetenschappen, Programma Fysiotherapie-wetenschap, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht.

Rik J. Molenaars MSc Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

Di-Janne J.A. Barten, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Utrecht.

Referenties

1. Reilingh ML, Kuijpers T, Tanja-Harferkamp AM, van der Windt DA. Course and prognosis of shoulder symptoms in general practice. *Rheumatology* 2008;47:724-730.
2. Bot SDM, van der Waal JM, Terwee CB, van der Windt DA, Schellevis FG, Bouter LM, et al. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005;64:118-123.
3. Diercks RL. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A6985.
4. Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, Meskers C, Naber R, de Ruiter T, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome. *Acta Orthop* 2014;85:314-322.
5. Egmond D, Schuitemaker R. Extremiteten: manuele therapie in enge en ruime zin. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Br Med J* 2003;326:816-819.
7. Rutten G, Kremers S, Rutten S, Harting J. A theory-based cross-sectional survey demonstrated the important role of awareness in guideline implementation. *J Clin Epidemiol* 2009;62:167-176.
8. Swinkels ICS, Kooijman MK, Spreeuwenberg PM, Bossen D, Leemrijse CJ, van Dijk CE, et al. An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Phys Ther* 2014;94:1785-1795.
9. Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, de Bakker D, Veenhof C. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:128.
10. Klintberg IH, Cools AMJ, Holmgren TM, Holzhausen AC, Johansson K, Maenhout AG, et al. Consensus for physiotherapy for shoulder pain. *Int Orthop* 2014;4:715-720.
11. Bekkering GE, Hendriks HJM, van Tulder MW, Knol DL, Hoeijenbos M, Oostendorp RAB, et al. Effect on the process of care of an active strategy to implement clinical guidelines on physiotherapy for low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2005;14:107-112.

