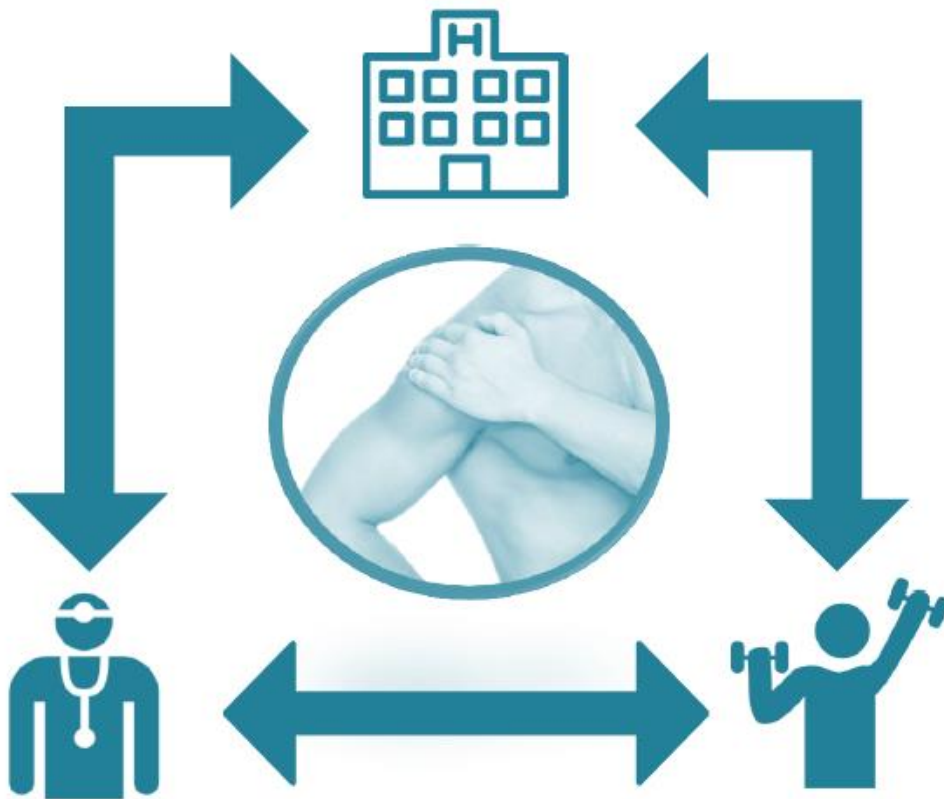


Richtlijn verwijsbeleid bij schouderklachten



E. van Merode, M. Duineveld, I. van Vliet, I. Rijken

Rode Kruis
ziekenhuis



Spaarne
Gasthuis





Inleiding

De incidentie van schouderklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 29-30 per 1000 patiënten en de prevalentie ongeveer 41-49 per 1000 patiënten per jaar (1). In de algemene Nederlandse bevolking wordt de jaarprevalentie van schouderpijn op ongeveer 31% geschat (2). Schouderklachten zijn, na wervelkolomklachten, al jaren de meest voorkomende reden voor een patiënt om een fysiotherapeut of een manueel therapeut te consulteren (3).

Uit toenemende evidentie blijkt de meerwaarde van fysiotherapie bij de patiënt met schouderklachten. Hierbij is oefentherapie, al dan niet in combinatie met manuele therapie, een bewezen effectieve manier voor de behandeling van schouderpijn (4–9). Fysiotherapie zou dan ook een belangrijke plaats in moeten nemen ten aanzien van de conservatieve behandeling van schouder. Echter niet elke schouderpatiënt vindt de weg naar een (gespecialiseerde) fysiotherapeut. Ongeveer 50% meldt zich bij de fysio-/ manueel therapeut op verwijzing van de huisarts of medisch specialist, de overige 50% komt op eigen initiatief. Dit zijn algemene cijfers, het is dus onbekend of deze percentages ook gelden voor de patiënt met schouderklachten (10). Onduidelijk is echter wanneer de (huis)arts beslist om een patiënt naar een fysiotherapeut te verwijzen.

In de *NHG-standaard Schouderklachten* wordt gesteld dat de huisarts kan overwegen om een patiënt met schouderklachten te verwijzen als er ondanks adviezen en één tot twee weken analgeticagebruik onvoldoende verbetering is opgetreden. Wanneer het vermoeden bestaat dat de klachten gepaard gaan met een functiestoornis van de cervicale en/ of cervicothoracale wervelkolom dient overwogen te worden om te verwijzen naar een manueel therapeut (11).

De *NOV Richtlijn Subacromiaal Pijnsyndroom van de Schouder* geeft aan dat verschillende therapeutische modaliteiten (oefentherapie, massage, ESWT, etc.) effectief kunnen zijn bij het behandelen van de patiënt met schouderklachten op basis van een subacromiaal pijnsyndroom. Er wordt echter geen duidelijke uitspraak gedaan over wanneer de medisch specialist juist wel of niet dient te verwijzen naar een fysiotherapeut (12).

In het *KNGF Evidence Statement Subacromiale klachten* worden enkele criteria genoemd wanneer de fysiotherapeut de patiënt (terug) moet verwijzen naar de huisarts/ medisch specialist. Dit dient te gebeuren als de therapeut een cuff ruptuur vermoedt, of als er na 6-12 weken geen vermindering van pijn of vermindering van beperkingen in activiteiten is opgetreden. Indien (acute) hevige pijn op de voorgrond staat, kan verwezen worden naar de huisarts met als vraag het overwegen van een subacromiale corticoïdinjectie (13).

Er is nog geen eenduidig verwijsbeleid aanwezig vanuit de verschillende richtlijnen die momenteel voorhanden zijn met betrekking tot de patiënt met schouderklachten. Daarnaast zijn er nog geen concrete afspraken tussen verschillende specialismen en eventuele netwerken (bijvoorbeeld tussen SNN en de NOV-WSE). Wij, als Schoudernetwerk Kennemerland (SNK), zijn van mening dat een concreet en transparant traject de fysiotherapeut kan helpen om een juiste keuze te maken wanneer een patiënt verwezen moet worden naar de huisarts of medisch specialist.

Deze richtlijn heeft dan ook als doel om duidelijkheid te geven aan het verwijsbeleid van de fysiotherapeut naar de huisarts en de orthopedisch chirurg op de schouderpoli. Daarnaast heeft het als doel om de gehele zorgketen voor de patiënt met schouderklachten transparant te maken, zodat duidelijk is welk traject er gevolgd gaat worden.

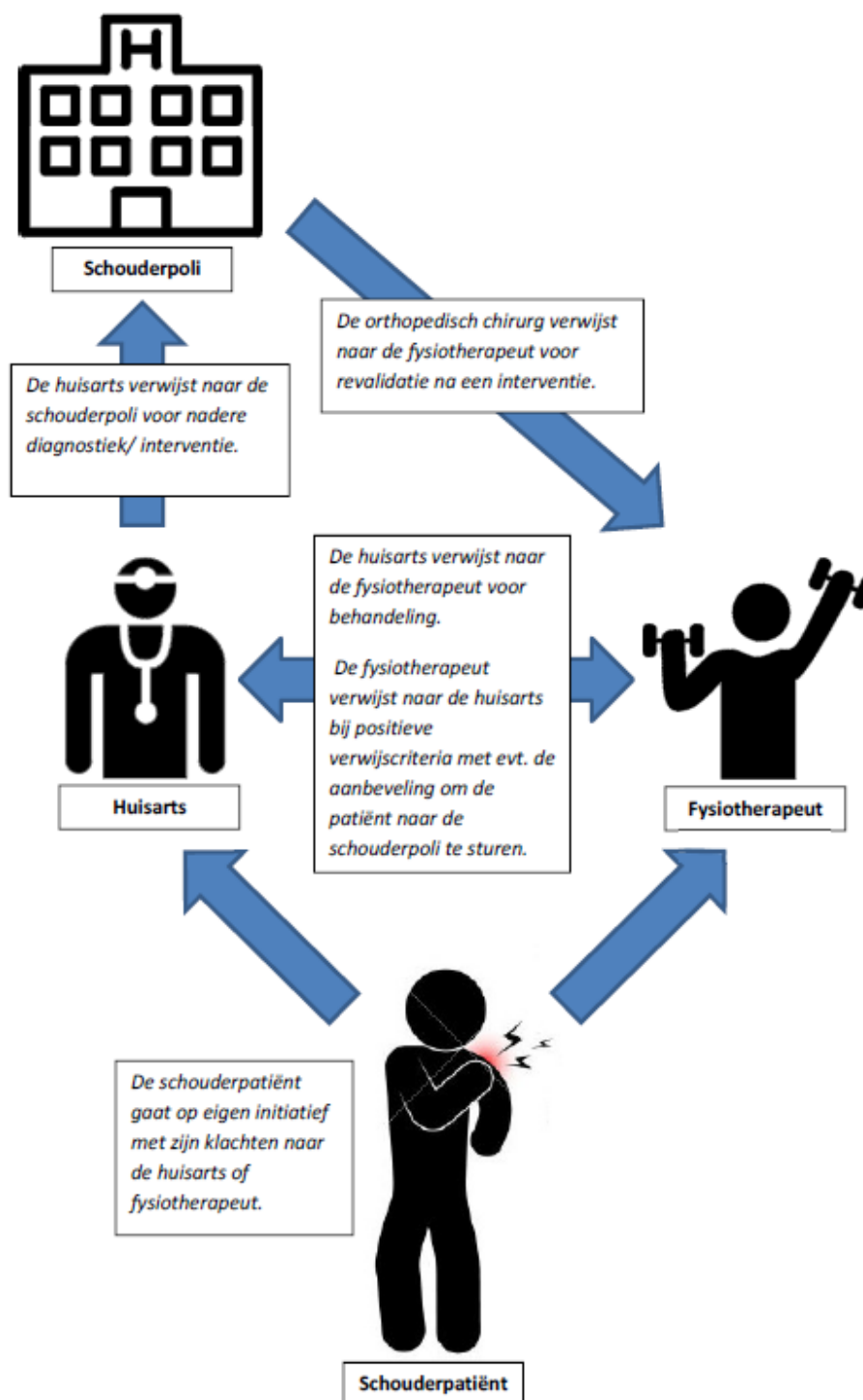
Het primaire doel is om uiteindelijk te komen tot een concrete zorgketen voor de patiënt met schouderklachten in de regio Kennemerland, gedragen door alle betrokken zorgverleners.



De positie van de fysiotherapeut binnen de zorgketen

In de Nederlandse gezondheidszorg is het voor de fysiotherapeut nog niet mogelijk om beeldvormend onderzoek aan te vragen of zelf te verwijzen naar een medisch specialist, zoals dit bijvoorbeeld wel het geval is in het Verenigd Koninkrijk en Australië (14). Hier ligt die rol nog altijd bij de huisarts, hoewel er wel projecten lopen waarin de zogenaamde 'extended scope' fysiotherapeut wel deze bevoegdheden heeft onder auspiciën van een arts.

Dit houdt voor ons in dat de fysiotherapeut altijd via de huisarts zal moeten verwijzen. In de praktijk blijkt vaak dat huisartsen het geen probleem vinden om te verwijzen als de juiste argumenten worden gebruikt. Als er concrete afspraken zijn tussen fysiotherapeuten en medisch specialisten kan dit eenvoudiger worden.





Verwijscriteria

Tijdens het gehele therapeutisch proces (screening, intake, onderzoek, behandeling en evaluatie) kan er zich een situatie voordoen waarin de fysiotherapeut een patiënt met schouderklachten wilt verwijzen naar de huisarts of medisch specialist. Dit kan zich voordoen als een fysiotherapeut tijdens de screening/ intake 'serious' pathologie verwacht welke schouderpijn kan geven (bijvoorbeeld een pancoasttumor of een oesophaguscarcinoom) (15,16). Of als er sprake is van een 'non-serious' indicatie waarvoor chirurgisch ingrijpen geïndiceerd is.

Het is onmogelijk om voor alle mogelijke situaties criteria op te stellen wanneer de fysiotherapeut wel/ niet zou moeten verwijzen, dit blijft altijd casusafhankelijk. Onderstaande criteria geven een leidraad aan de fysiotherapeut wanneer er eventueel verwezen dient te worden, maar dit blijft altijd afhankelijk van het professionele oordeel van de fysiotherapeut.

Wanneer te verwijzen na screening / intake & onderzoek:

- Aanwezigheid van algemene of regiospecifieke rode vlaggen (zie bijlage 1).
- Afwijkend beloop/ inconsistent klinisch beeld.
- Aanhoudende ernstige pijnklachten (NPRS > 8).
- Vermoeden op (traumatische) cuff ruptuur (zie bijlage 2).
- Ernstige mobiliteitsbeperking glenohumeraal (> 50% in meer dan 2 richtingen) bij patiënt > 60 jaar (bevestiging AD en/ of uitsluiten maligniteit).
- Vermoeden op (intra-articulaire) laesies waarvoor eventueel chirurgisch ingrijpen noodzakelijk is (SLAP-laesie, Bankart-laesie, etc.).

Wanneer te verwijzen tijdens fysiotherapeutische behandeling:

- Onvoldoende of geen verbetering ten aanzien van pijn en functionaliteit na 4-6 weken therapie.
 - o *In eerste instantie dient dan een verwijzing naar de huisarts plaats te vinden met de aanvraag voor een subacromiale of intra-articulaire (glenohumeraal of acromioclaviclaire) infiltratie. Evt. kan de huisarts dan bepalen toch naar de schouderpoli te verwijzen.*
- Progressieve pijnklachten, ondanks compliance patiënt.

Wanneer te verwijzen na fysiotherapeutische behandeling:

- Onvoldoende resultaat na doorlopen volledig conservatief traject (beperkte afname pijn en onvoldoende toename functionaliteit).
- Ontevredenheid bij patiënt ten aanzien van het behaalde resultaat.

Rapportage naar huisarts/ medisch specialist

Het dient duidelijk te zijn bij de huisarts/ medisch specialist wat de reden is voor doorverwijzing, bijvoorbeeld falen conservatief traject of vermoeden specifieke pathologie. Niet alleen omdat de arts met een specifieke verwijsvraag een beter beleid in kan gaan zetten, maar ook om eenduidig te blijven naar de schouderpatiënt.

In de rapportage naar de huisarts/ medisch specialist dienen de volgende zaken dan ook vermeld te worden:

- De specifieke verwijsvraag.
- Conclusie van het fysiotherapeutisch onderzoek (evt. met specifieke klinimetrie).
- Een korte omschrijving van het gevolgde behandelplan (inhoud en duur).
- Het beloop van de klacht.



Bijlage 1

Algemene en regio-specifieke rode vlaggen

1. Significant trauma.
2. Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg / maand).
3. Maligne aandoeningen in voorgeschiedenis (vnl. in long, lever en pancreas).
4. Koorts.
5. Langdurig gebruik corticosteroïden.
6. Intraveneuze toediening van medicijnen (drugs/HIV).
7. Progressieve niet-mechanische pijn.
8. Pijn die 's nachts blijft of zelfs erger wordt.
9. Algehele malaise.
10. Thoracale pijn.
11. Progressieve (motorische) neurologische uitval.
12. Uitgebreide neurologische symptomen.
13. Last van misselijkheid/ duizeligheid.
14. Heesheid, slik- of spraakproblemen.

Bijlage 2

Het vermoeden op een **traumatische** cuff ruptuur dient te ontstaan als een patiënt zich meldt met de volgende klinische verschijnselen (verwijzing):

- Schouderpijn,
- welke is ontstaan na een traumatisch moment (niet per se hoog energetisch)
- en gepaard gaat met een (fors) verlies van AROM.

Om het vermoeden op een ruptuur te bekrachtigen worden de volgende tests aangeraden (17,18):

- External rotation lag sign.
- Belly press of bear hug test.
- Drop arm test.



Literatuurlijst

1. Greving K, Dorrestijn O, Winters JC, Groenhof F, van der Meer K, Stevens M, et al. Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. *Scand J Rheumatol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2014 Apr 6];41(2):150–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936616>
2. Picavet HSJ, Schouten JS a G. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* [Internet]. 2003 Mar;102(1–2):167–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12620608>
3. Verberne L, Kooijman M, Barten J, Swinkels I. Jaarcijfers 2011 en trendcijfers 2007-2011: fysiotherapie. *Land Informatievoorziening Paramedische Zorg* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jun 29]; Available from: <http://www.nivel.nl/lipz>
4. Bergman GJD, Winters JC, Groenier KH, Pool JJM, Meyboom-de Jong B, Postema K, et al. Manipulative Therapy in Addition to Usual Medical Care for Patients with Shoulder Dysfunction and Pain. *Ann Intern Med*. 2004;(15).
5. Brantingham JW, Cassa TK, Bonnefin D, Jensen M, Globe G, Hicks M, et al. Manipulative therapy for shoulder pain and disorders: expansion of a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2011 Jun [cited 2013 Feb 28];34(5):314–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21640255>
6. Ho C-YC, Sole G, Munn J. The effectiveness of manual therapy in the management of musculoskeletal disorders of the shoulder: a systematic review. *Man Ther* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Feb 27];14(5):463–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467911>
7. Peek AL, Miller C, Heneghan NR. Thoracic manual therapy in the management of non-specific shoulder pain: a systematic review. *J Man Manip Ther* [Internet]. 2015;23(4):176–87. Available from: <http://www.maneyonline.com/doi/10.1179/2042618615Y.0000000003>
8. Charbonneau D-, Frémont P, Macdermid JOYC, Desmeules F. The Efficacy of Manual Therapy for Rotator Cuff Tendinopathy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015;45(5):330–50.
9. van den Dolder P a, Ferreira PH, Refshauge KM. Effectiveness of Soft Tissue Massage for Nonspecific Shoulder Pain: Randomized Controlled Trial. *Phys Ther*. 2015;95(11).
10. Barten D, Koppes LLJ. NIVEL Zorgregistraties - Zorg door de fysiotherapeut; jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011-2015. Niv Utr. 2016;1–31.
11. Winters J, van der Windt D, Spinnewijn WEM, de Jongh AC, van der Heijden GJMG, Buis PAJ, et al. NHG-standaard schouderklachten M08. *Huisarts Wet* [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 5];1(11):555–65. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-6614-9_77
12. Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, Meskers C, Naber R, de Ruitter T, et al. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome. *Acta Orthop* [Internet]. 2014 Jun [cited 2014 Sep 1];85(3):314–22. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4062801&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
13. Jansen MJ, Brooijmans F, Geraets JJXR, Lenssen AF, Ottenheijm RPG, Penning LIF, et al. KNGF



- Evidence Statement Subacromiale Klachten. *Suppl bij het Ned Tijdschr voor Fysiother.* 2011;121(1):1–14.
14. Stanhope J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J. Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: An update systematic review of the literature. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5:37–45.
 15. Goodman C. Screening for medical problems in patients with upper extremity signs and symptoms. *J Hand Ther* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 6];23(2):105–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19944564>
 16. Goodman C. Screening for Gastrointestinal, Hepatic/Biliary, and Renal/Urologic Disease. *J Hand Ther* [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 6];23(2):140–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20036512>
 17. Hegedus EJ, Goode a, Campbell S, Morin a, Tamaddoni M, Moorman CT, et al. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med* [Internet]. 2008 Feb [cited 2013 Feb 27];42(2):80–92; discussion 92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17720798>
 18. Hegedus EJ, Goode AP, Cook CE, Michener L, Myer C a, Myer DM, et al. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med* [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Oct 17];46(14):964–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773322>