

**ZORGPROGRAMMA
ORTHOPEDIE
2021**

Inhoudsopgave

Leeswijzer	3
Inleiding.....	4
Uitgangspunten.....	4
Doelstellingen Zorgprogramma	5
Patiëntgebonden doelen.....	5
Zorgverlenergebonden doelen	5
Verzekeraargebonden doelen.....	5
Zorgprogramma A-specifieke lage rugklachten	8
Inleiding.....	8
Het stroomschema.....	9
Toelichting en onderbouwing	11
Diagnostiek.....	11
Behandeling.....	13
Referenties	20
Voorspellende factoren voor afwijkend beloop	15
Mogelijke alarmsignalen of rode vlaggen voor een ernstige oorzaak van lage rugpijn*	16
Zorgprogramma nekpijn	21
Inleiding.....	21
Het Stroomschema.....	22
Toelichting en onderbouwing	24
Diagnostiek.....	24
Instroom en Diagnostiek	25
Behandeling.....	22
Evaluatie (zorg)programma	26
Referenties	32
Alarmsignalen/Rode vlaggen bij nekpijn.....	27
Voorspellers van achteruitgang in pijn en fysiek functioneren bij mensen met nekpijn in het algemeen, werk gerelateerd en trauma gerelateerd	28
Zorgprogramma Schouderklachten, SAPS	33
Inleiding.....	33
Toelichting en onderbouwing	37
Diagnostiek.....	37
Behandeling.....	35
Evaluatie.....	43
Referenties	44

Zorgprogramma Orthopedie

Voorspellende factoren voor een ongunstig herstel	39
Mogelijke signalen van een ernstige oorzaak van schouderklachten*	39
Zorgprogramma Heup/knie-arthrosis	46
Inleiding	40
Het Stroomschema	47
Toelichting en onderbouwing	49
Diagnostiek	49
Behandeling	51
Evaluatie (zorg)programma	45
Referenties	53
Voorspellers van achteruitgang in pijn en fysiek functioneren van mensen met heup of knie artrose	49
Rode vlaggen specifiek voor heup- en knieartrose	49
Bijlage 1: Model van de International Classification of Functioning, disability and health (ICF).....	56
Bijlage 2	57
Bijlage 3 Indicatoren kwalitatief	52
Bijlage 4 Indicatoren kwantitatief	53
Tweede lijns verwijzingen	51
Niet-snijdende orthopedie	59
Specialistische diagnostiek sportgeneeskunde	59
Specialistische behandeling sportgeneeskunde	59
Indicatiegebied sportgeneeskunde:.....	59
Snijdende orthopedie.....	56
Medisch Specialistische revalidatie (MSR).....	52
Medicatieplan	60

Leeswijzer

Stichting Amstelland Zorg, WSV Bankras en WSV Marne hebben nauw samengewerkt om te komen tot voorliggend document. In het document zijn de protocollen betreffende de 5 belangrijkste klachten aan het bewegingsapparaat gebundeld.

Inleiding

De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg verandert. Er is een tendens waar te nemen van tweede lijn naar de eerste lijn en van monodisciplinair naar multidisciplinair werken. Dat vraagt om heroverweging van de wijze van zorgaanbod binnen de eerste lijn.

Gezondheidscentrum Marne heeft hierop geanticipeerd met het zorgprogramma Orthopedie. We streven naar zorg op maat volgens het **Matched care** principe, multidisciplinair ingericht, dicht bij huis, met zelfmanagement van de betrokkenen als uitgangspunt.

Door middel van dit zorgprogramma willen we de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners optimaliseren en o.a. d.m.v. gestructureerde periodieke overleggen (GPO) een continue leerschool bieden aan de betrokken hulpverleners door het delen van kennis en ervaring.

Uitgangspunten

Doorgaans verschilt de incidentie van orthopedische klachten binnen de huisartsenpraktijken binnen een wijk weinig.

De interdoktervariatie van medisch handelen bij orthopedische klachten is echter, ondanks de aanwezigheid van richtlijnen, doorgaans vrij groot. Dit vraagt om nadere onderlinge uitwisseling van werkwijze om zo te komen tot afstemming van zorg. Om deze afstemming van zorg te bereiken is onderling vertrouwen nodig en de bereidheid tot openheid rondom gegevens over de werkwijze van de verschillende zorgverleners.

Binnen de orthopedische diagnostiek/behandeling is een verschuiving gaande van een weefsel georiënteerde werkwijze naar een meer functie georiënteerde werkwijze. Op basis van evidence based practice is bijvoorbeeld de diagnose tendinitis m. supraspinatus veranderd in impingement syndroom, welke vervolgens is gewijzigd in SAPS (SubAcromiaal PijnSyndroom). Bij knie-heup artrose is deze tendens terug te zien bij de diagnostiek (van X-foto naar functieonderzoek) en de behandeling (eerst 3 maanden intensieve training voordat een operatie wordt overwogen)

Het zorgplan is gebaseerd op het Matched care principe. Matched care staat voor het afstemmen van de behandeling op de kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, fysieke, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling. Deze verschuivingen vragen om aanpassing van beleid om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Voor de zorgverleners vraagt dit om aanpassing van bestaande werkwijzen en gewoonten.

Bovenstaande items hebben gediend als grondslag voor dit programma. Het heeft geleid tot de volgende denklijn:

- De patiënt staat centraal met zijn/haar aandoening
- Bij deze aandoening wordt voor de behandeling de meest recente '*state of the art*' gebruikt, naast de richtlijnen van FMS, NHG en KNGF
- Per regio zijn patiëntprofielen opgesteld
- Op basis van de profielen worden zorgtaken geformuleerd
- In het implementatieproces worden deze taken binnen de bestaande samenwerking vormgegeven
- Door verdergaande samenwerking tussen de partners in de eerste lijn is verwijzing naar de medisch specialist minder vaak noodzakelijk en waardoor het aantal verzekerden dat wordt verwezen (sterk) kan afnemen

Doelstellingen Zorgprogramma

Centraal staat de wens om zinnige en zuinige zorg te leveren voor iemand met een klacht aan het bewegingsapparaat in één van de vijf meest voorkomende orthopedische klachtengebieden.

Om dit te verkrijgen zijn de volgende subdoelstellingen geformuleerd.

Patiëntgebonden doelen

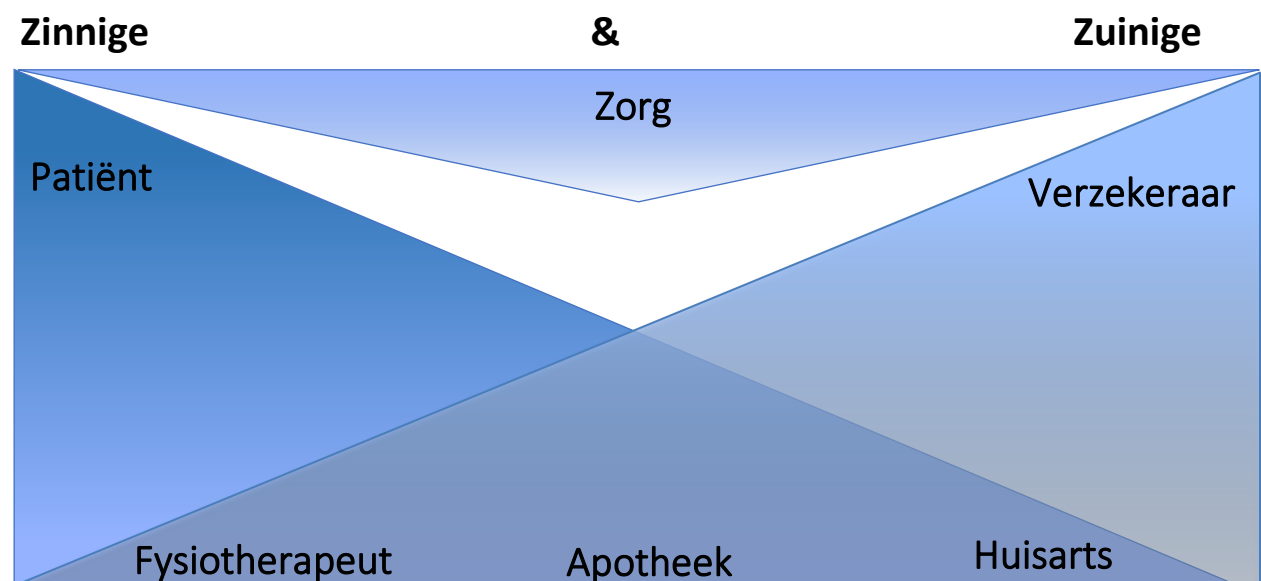
- De multidisciplinaire zorg wordt uitgevoerd op basis van de meest recente wetenschappelijke evidentie
- Patiëntervaringen worden systematisch inzichtelijk gemaakt via een valide en betrouwbaar meetinstrument
- Er is een indeling gemaakt in patiëntprofielen, die als basis dient voor het beschrijven van een Matched care zorgprogramma per lichaamsregio
- De zorgtaken worden per profiel beschreven

Zorgverlenergebonden doelen

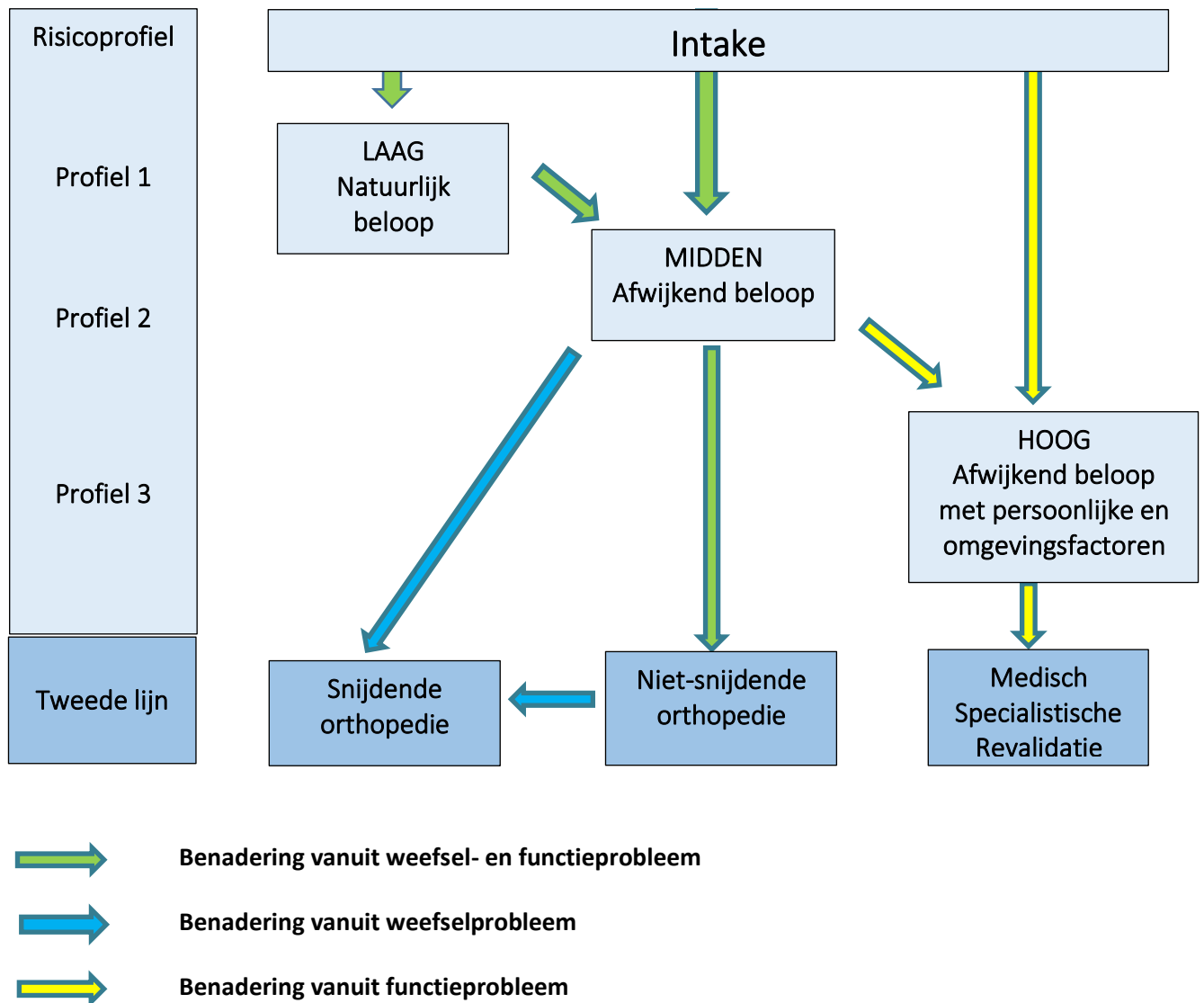
- Alle betrokken zorgverleners zijn gezamenlijk geschoold, qua kennis en vaardigheid, volgens de meest recente wetenschappelijke evidentie op het gebied van de vijf belangrijkste verwijsindicaties binnen de orthopedie
- Bij het implementatieproces staan de beschreven zorgtaken centraal. De zorgverleners stemmen onderling af wie welk deel van de zorgtaken uitvoert
- Er is altijd afstemming tussen de verschillende zorgverleners in geval van complexe aandoeningen of een afwijkend beloop

Verzekeraargebonden doelen

- Afname van zorgkosten door minder verwijzingen naar tweedelijns medisch specialistische diagnostiek
- Afname van zorgkosten door minder verwijzingen naar de medisch specialist in de tweede lijn
- Het ongeveer gelijk blijven van de fysiotherapeutische zorgkosten binnen de Aanvullende Verzekering



Stroomdiagram Zorgprogramma Orthopedie (primaire routing)



Op basis van deze indeling wordt bepaald of de patiënt profiel 1, 2 of 3 heeft. Naast de directe indeling in profielen, kan het soms nodig zijn de profielkeuze aan te passen.

Als er bij Risicoprofiel 1 onvoldoende herstel is, dan komt de patiënt in Risicoprofiel 2 terecht, oftewel het normale beloop wordt afwijkend. Indien er een recidief van klachten is, dan valt de patiënt ook in risicoprofiel 2. Bij onvoldoende herstel en/of onduidelijkheid over de onderhoudende factoren (o.a. gele vlaggen, comorbiditeit) kan de patiënt ook in Risicoprofiel 3 belanden en het klachtenbeeld chronisch worden.

	Risicoprofiel	Kenmerken	Interventies	Zorgverlener
1	LAAG Natuurlijk beloop	<ul style="list-style-type: none"> • Normaal beloop • Binnen 0-3 weken toenemende activiteiten en afname participatieproblemen mede dankzij afstemming belasting/belastbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting - Pijnstilling - Oefentherapie advies 	HA - Fysio HA Fysio
2	MIDDEN Afwijkend beloop	<ul style="list-style-type: none"> • In 3 weken toenemende beperking van activiteiten en toenemende participatieproblemen • Recidief klacht of sluimerende klachten met af en toe een 'opstoot' • Zonder dominante herstel belemmerende factoren: adequaat gedrag, goede interne locus of control 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting - Pijnstilling - Injectie - Specifieke Oefentherapie 	HA - Fysio HA HA Fysio Specialisatie - Fysio
3	HOOG Afwijkend beloop met persoonlijke en omgevings- factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Profiel 2 met dominante herstel belemmerende factoren: • persoonlijke factoren <ul style="list-style-type: none"> ○ chronisch pijngedrag, ○ inadequate coping, ○ externe locus of control, ○ kinesiofobie, ○ depressieve gevoelens, ○ comorbiditeit • omgevingsfactoren <ul style="list-style-type: none"> ○ sociale factoren ○ geen afstemming belasting/belastbaarheid ○ werkgerelateerde negatieve stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Voorlichting - Pijnstilling - Specifieke Oefentherapie - - - - - 	HA - Fysio HA Fysio Fysio-specialist PSF, POH- GGZ Psycholoog POH-somatiek Maatschappelijk werk/WMO arbeid Fysio Psycholoog
	Specifieke klachten			
	Snijdende orthopedie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicatie voor chirurgische ingreep 	Orthopedisch onderzoek Beeldvormende diagnostiek Lokale diagnostiek	
	Niet-snijdende orthopedie (sportgeneeskunde)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Indicatie voor beperkte bewegingsfunctie bij ADL, arbeid of sport; anders dan verwacht of gewenst 	Orthopedisch onderzoek Beeldvormende diagnostiek Functiediagnostiek onder echo Spierkrachtmeting Biomechanische analyse (o.a. loopanalyse) Ketendiagnostiek	
	Medisch Specialistische Revalidatie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wijdverbreid klachtenbeeld over meerdere locaties ○ Persisterend klachtenbeeld 	Multidisciplinaire Diagnostische Straat	Belife

Zorgprogramma A-specifieke lage rugklachten

Inleiding

Het zorgprogramma is ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg voor mensen met aspecifieke lage rugpijn te verbeteren. De patiënt staat hierbij centraal. Het zorgprogramma beschrijft welke zorg er nodig is. De invulling wie, op welk moment welke zorg levert, is hier dus ondergeschikt aan. Maar tegelijkertijd is deze wel essentieel om te borgen dat de uitgevoerde zorg daadwerkelijk gelijk is aan de hierna beschreven evidence-based zorg.

De basis van de diagnose wordt gevormd door het klinische onderzoek door de huisarts en/of fysiotherapeut. De medische diagnose is belangrijk, maar in geval van aspecifieke karakter van de klachten vaak moeilijk te stellen. Daarom is het belangrijk om de gevolgen die klachten hebben voor de beperkingen in dagelijkse activiteiten die iemand ondervindt, en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie, in kaart te brengen. De International Classification of Functioning, disability and health (ICF) is een hulpmiddel en checklist om te zorgen dat alle factoren, die een rol spelen bij het gezondheidsprobleem van de patiënt, in kaart worden gebracht. Tijdens het screeningsproces wordt er op basis van verschillende screeningitems een besluit genomen of er een indicatie is voor het verdere diagnostisch proces

In het diagnostische proces wordt de VALTOIS (Voorgeschiedenis, Aard, Locatie, Tijd, Oorzaak, Intensiteit en Samenhang) verder uitgevraagd en er vindt een inventarisatie plaats van risicofactoren en prognostische factoren en of er sprake is van aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren

Het zorgprogramma bestaat uit twee onderdelen:

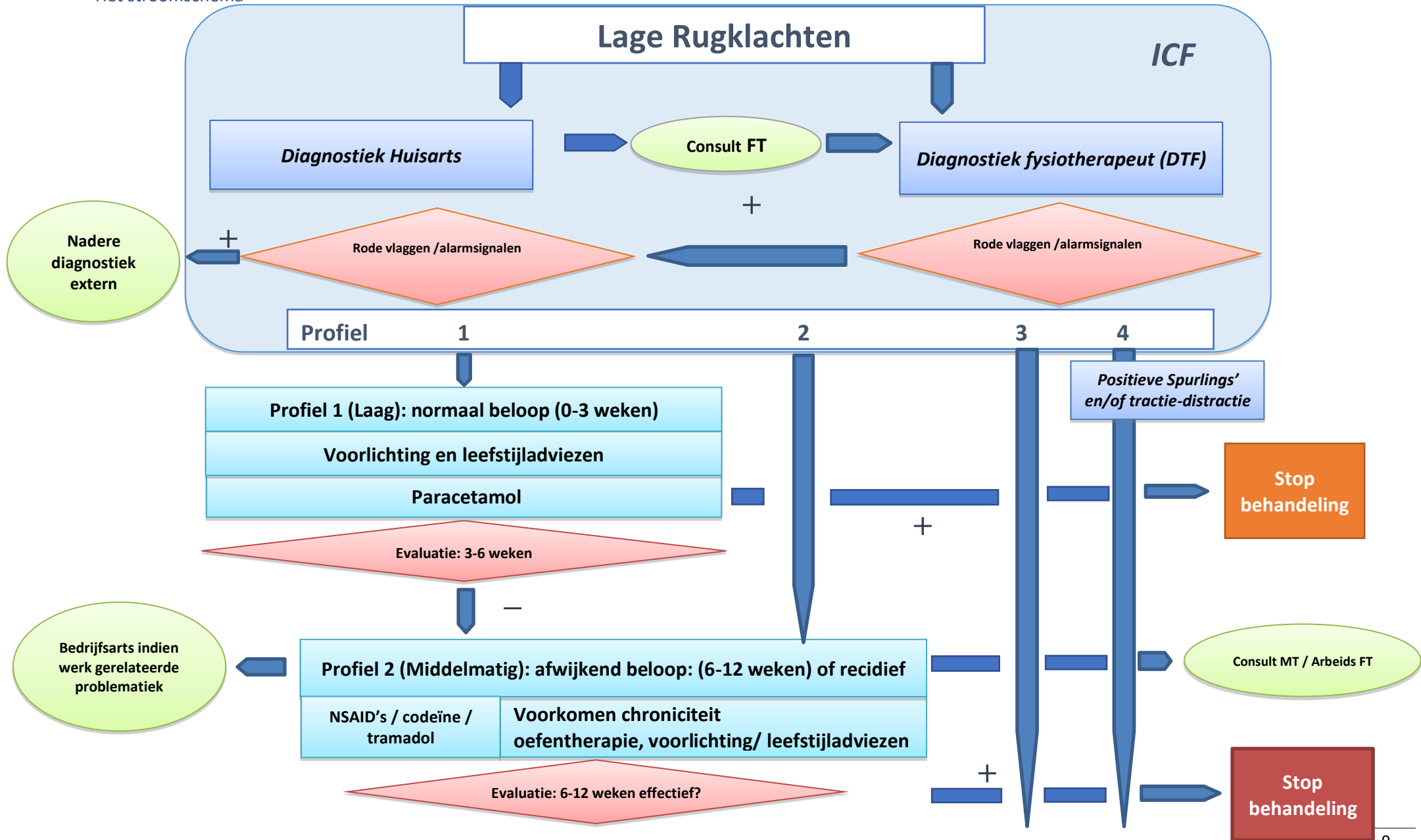
1. Het stroomschema

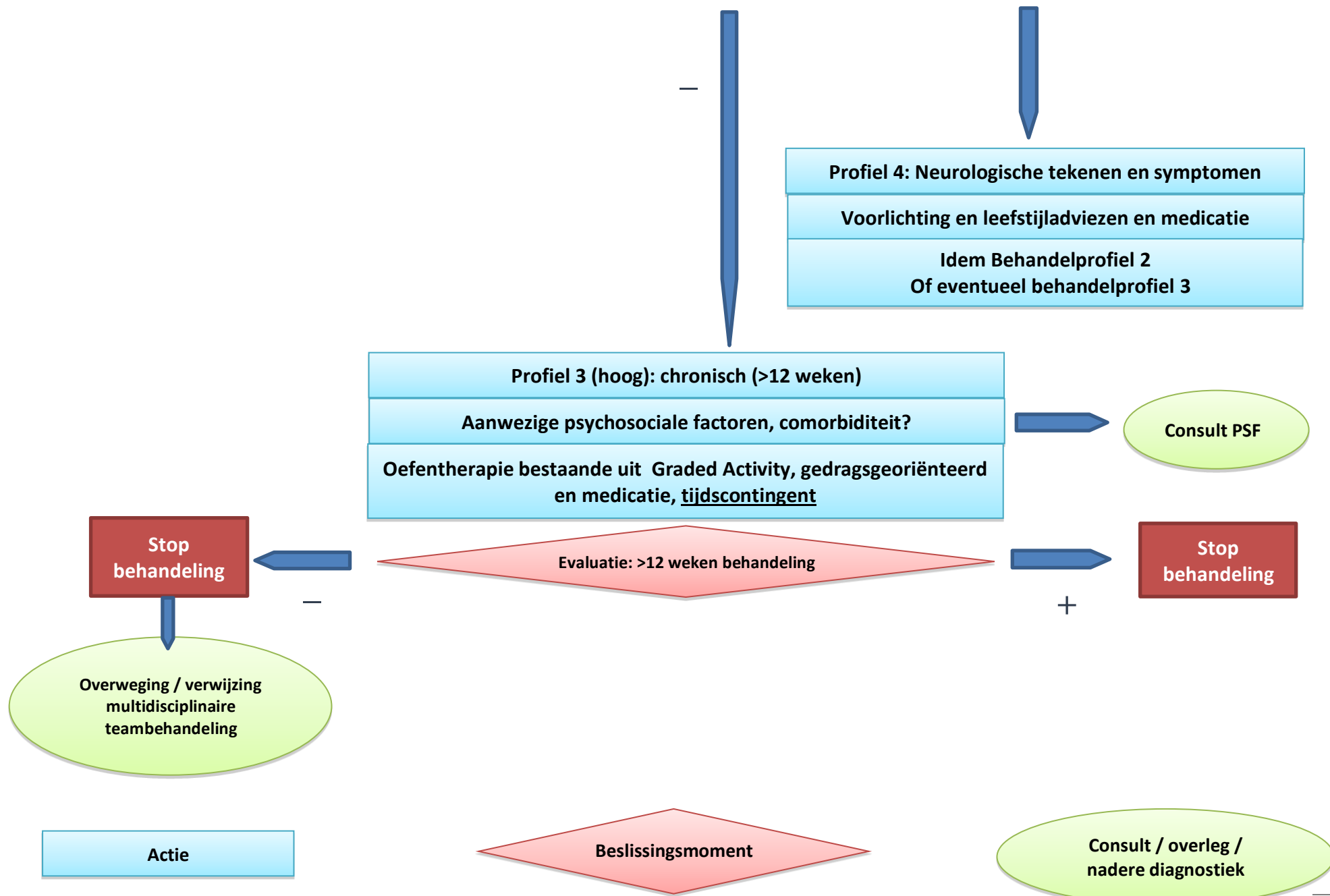
Dit is het overzicht van de verschillende stappen die de patiënt doorloopt. In dit schema staan de acties rond het onderzoek en de behandeling, de beslismomenten op basis van klinisch redeneren en de verwijs- /consultmomenten, vermeld in de verschillende zorgfases.

2. De toelichting en onderbouwing

Hierin wordt het stroomschema toegelicht. De onderbouwing van de evidence-based zorg wordt beschreven. Verwijzingen naar literatuur waarop de kwaliteit van de zorg gebaseerd is, bijlages ter verduidelijking van het stroomschema, maar ook de tools om het zorgprogramma met de gemaakte afspraken en de geleverde zorg te evalueren, worden hier benoemd. De toelichting en onderbouwing kunnen dus goed als naslagwerk geraadpleegd worden.

Het stroomschema





Toelichting en onderbouwing

Diagnostiek

Inclusie: Aspecifieke lage rugpijn

Onder aspecifieke lage rugpijn wordt rugpijn verstaan in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is. Aspecifieke lage rugpijn gaat soms gepaard met pijn in een of beide (boven)benen, zonder dat er sprake is van een radiculair syndroom. [1] Aspecifieke lage rugpijn wordt gedefinieerd als rugpijn waarvoor geen aanwijsbare specifieke oorzaak voor de klachten te vinden is. Dit is het geval bij ongeveer 90% van alle patiënten met lage rugpijn. Bij deze patiënten staat pijn in de lumbo-sacrale regio op de voorgrond. De pijn kan continu aanwezig zijn of in episoden optreden. [2] De pijn kan verergeren door bepaalde houdingen, bewegingen en het tillen of verplaatsen van lasten. Lage rugpijn met bijbehorende beperkingen is een multifactorieel probleem waarbij biologische, psychologische, sociale factoren, comorbiditeiten en pijnprocessen een rol spelen en elkaar beïnvloeden. Bij aspecifieke lage rugpijn is een duidelijk pathofysiologische oorzaak meestal niet aantoonbaar. De laatste decennia wordt aspecifieke lage rugpijn daarom niet meer beschouwd als een aandoening of ziekte maar als een symptoom.

Exclusie: Specifieke lage rugpijn met uitzondering van lumboradiculair syndroom

Lumboradiculair syndroom: specifieke lage rugpijn met radiculaire pijn in (meestal) 1 been die al dan niet gepaard gaat met neurologische uitvalsverschijnselen [13].

Specifieke lage rugpijn: Rugpijn als gevolg van een mogelijk ernstige onderliggende specifieke aandoening (zie tabel 1)

Huisartsen	Fysiotherapeuten
Axiale spondylartritis Ontstaan van lage rugpijn voor 45 ^e levensjaar, >3 maanden klachten	spondylitis ankylopoetica Begin van lage rugpijn voor het 20e levensjaar, man, iridocyclitis, onverklaarde perifere artritis of inflammatoire darmaandoening in voorgeschiedenis, vooral nachtelijke pijn, ochtendstijfheid > 1 uur, minder pijn bij liggen/ bewegen/oefenen, goede reactie op NSAID's, verhoogde BSE.

<p>Wervelfractuur Leeftijd >65 jr. vrouw, hoogenergetisch trauma, gebruik corticosteroïden, versterkte thoracale kyfose, laag lichaamsgewicht lengtevermindering, heupfractuur bij ouders</p>	<p>Wervelfractuur (osteoporotische) Recente fractuur (< 2 jaar geleden), eerdere wervelfractuur, leeftijd boven 60 jaar, laag lichaamsgewicht (< 60 kg/ BMI < 20 kg/m²), ouder met heupfractuur, langdurig corticosteroïdengebruik, lokale klop-, druk- en asdrukpijn van de wervelkolom, opvallende lengtevermindering, versterkte thoracale kyfose</p>
	<p>Wervelfractuur Ernstige lage rugpijn aansluitend aan een trauma</p>
<p>Spondylolisthesis Begin van lage rugpijn voor 20e levensjaar Palpabel trapje processi spinosi laag lumbaal Neurologische uitvalsverschijnselen</p>	<p>Spondylolisthesis Begin van lage rugpijn voor het 20e levensjaar Palpabel trapje processi spinosi laag lumbaal Neurologische uitvalsverschijnselen</p>
<p>Maligniteit Begin van lage rugpijn na het 50e levensjaar, hevige pijn, maligniteit in voorgeschiedenis, onverklaarbaar, langdurig progressief beloop</p>	<p>Maligniteit Begin van lage rugpijn na het 50e levensjaar, continue pijn onafhankelijk van houding of beweging, nachtelijke pijn, algehele malaise, maligniteit in de voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies, verhoogde bloedbezinkingssnelheid (BSE)</p>
<p>Spondylodiscitis/epiduraal abces Onvoldoende reactie op (hoog gedoseerde) pijnmedicatie Snel progressieve neurologische uitval Koorts, koude rillingen, nachtzweeten Onverklaard gewichtsverlies Intraveneus drugsgebruik</p>	<p>Discitis, spinale abces, tuberculose Onverklaarbare koorts, onverklaard gewichtsverlies, intraveneus drugsgebruik</p>

Zorgprogramma Orthopedie

Comorbiditeit: immuun-compromitterende aandoeningen Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade	
Spinaal epiduraal hematoom Stollingsstoornis of gebruik orale anticoagulantia Snel progressieve neurologische uitvalsverschijnselen Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade	
Aneurysma aorta abdominalis >40 jaar acuut hevige pijn onafhankelijk van bewegen of houding	
Cauda-equina syndroom Rijbroekanesthesie, hevige radiculare pijn, urineretentie, incontinentie (urine/feces)	Cauda-equina syndroom Uitgebreide progressieve neurologische tekenen, incontinentie urine/feces Lumbosacraal radiculair syndroom die niet is verbeterd na zes weken
Na een recente ingreep aan de rug Toename van de pijn en/of uitvalsverschijnselen	Toenemende postoperatieve pijn

Tabel 1 (specifieke lage rugklachten: NHG standaard 2017 en KNG- richtlijn 2021)

Instroom en Diagnostiek

De patiënt met specifieke lage rugklachten kan zich aanmelden bij de huisarts (HA) of bij de fysiotherapeut (FT) via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Instroom kan ook plaatsvinden via één van de andere zorgverleners.

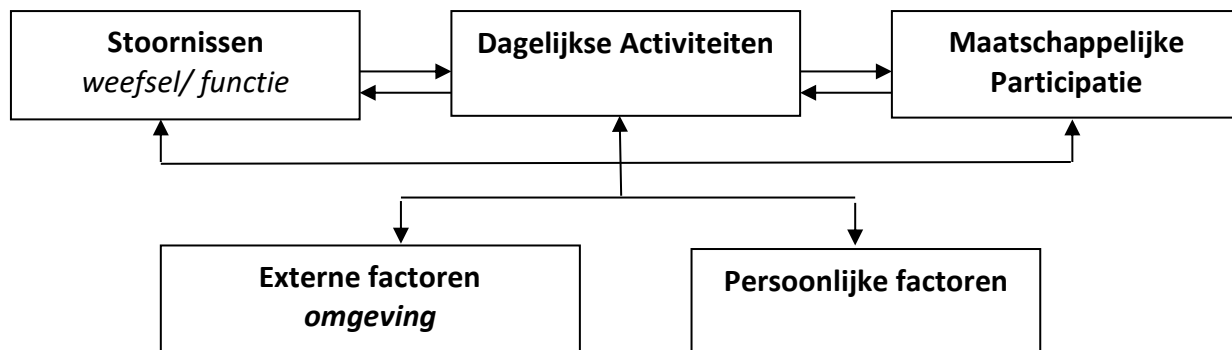
Zorgprogramma Orthopedie

Zowel bij de HA als de FT, wordt beoordeeld of de klacht van de patiënt past in het normale beeld van specifieke lage rugklachten, lumboradiculair syndroom of dat er andere pathologieën aanwezig zijn en er nadere diagnostiek nodig is.

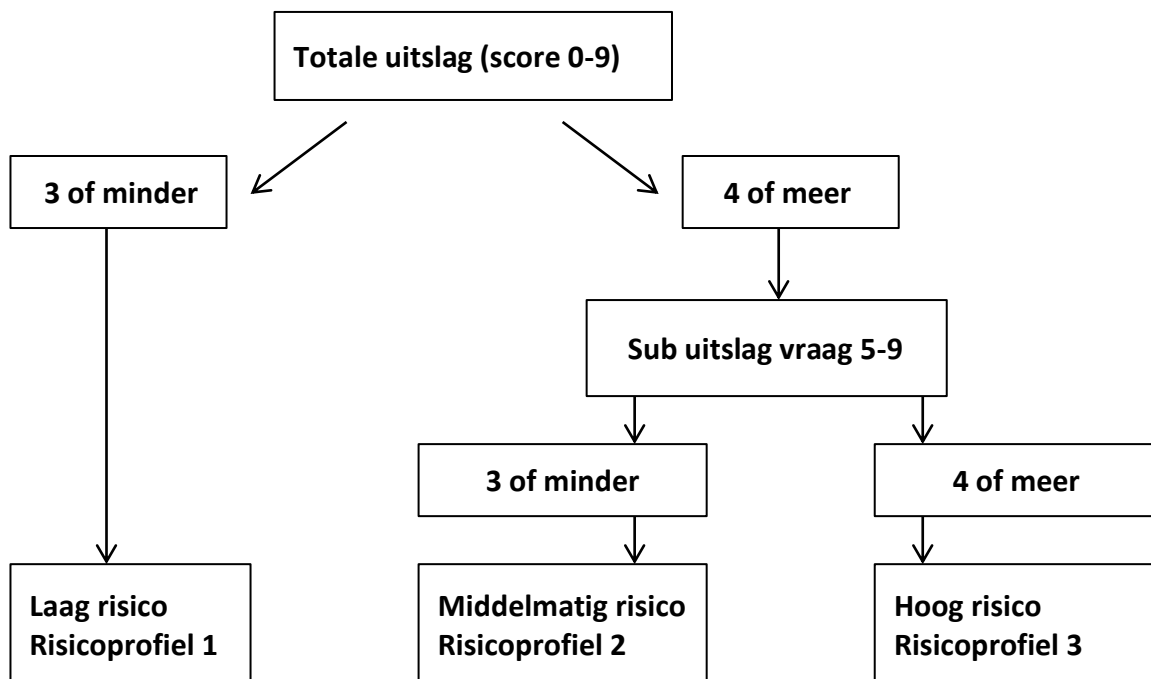
Het onderscheid tussen specifiek en aspecifiek wordt gemaakt op basis van de in- en exclusiecriteria hierboven beschreven. Daarnaast wordt er gekeken of er voorkomende alarmsignalen of rode vlaggen aanwezig zijn en de daarbij behorende differentiaal diagnostische aandoeningen, zijn te vinden in Tabel 1 [2,10] en indien aanwezig verwijst de FT (terug) naar de HA. Indien deze ook constateert dat er ernstiger pathologie speelt, verwijst deze door naar de specialist voor nadere diagnostiek.

Indien er geen verdenking is van rode vlaggen of ernstiger pathologie en duidelijkheid is over de duur van de klachten en de aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren voor een afwijkend beloop, wordt er een inschatting gemaakt of de patiënt een normaal beloop (profiel 1) heeft of gaat krijgen of dat het beloop afwijkend is (profiel 2). Mocht door allerlei bijkomende factoren en duur van de klachten niet binnen 12 weken over zijn dan is er sprake van chronische klachten (profiel 3).

De gezondheidsproblemen worden in kaart gebracht volgens de ICF (Internationale Classificatie voor Functioning, disability and health, ([3] en schema onder). Dit houdt in dat geïnventariseerd wordt welke stoornissen (weefsel-/functieniveau) er aanwezig zijn, welke beperkingen in dagelijks functioneren dit tot gevolg heeft en of dit problemen geeft voor de maatschappelijke participatie (werk, vrije tijd, hobby, sport). Aanvullend hierop wordt de invloed van externe (omgevings)factoren en persoonlijke factoren vastgelegd. Bij de inventarisatie van de gezondheidsproblemen wordt rekening gehouden met prognostische factoren voor een mogelijk ongunstig beloop van de klachten (zie Tabel 2) [12].



In deze fase kan gebruik gemaakt worden van het StarT Back Screening Tool (7-9). De StarT Back Screening Tool (7-9) is een hulpmiddel ter ondersteuning van de evaluatie van het risico op aanhoudende klachten (inschatten van het risicoprofiel).



Op basis van de NHG standaard lage rugpijn [11], de LESA specifieke lage rugpijn [1] en de KNGF-richtlijn lage rugpijn [2] is een indeling in risicoprofielen gemaakt voor specifieke lage rugpijn:

Profiel 1	Profiel 2	Profiel 3
<p>Normaal beloop Binnen 0-3 weken toenemende activiteiten en afname participatieproblemen Mede dankzij afstemming belasting/belastbaarheid</p>	<p>Afwijkend beloop In 3 weken toenemende beperkingen van activiteiten en toenemende participatieproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren: (adequaat gedrag, goede interne locus of control) • Recidief klachten 	<p>Afwijkend beloop Met dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinesiofobie, inadequaat en chronische pijngedrag, depressieve gevoelens, geen afstemming belasting/belastbaarheid, inadequate coping, externe locus of control, catastroferende gedachten over pijn • Zware fysieke taakeisen, slechte relaties met collega's • Comorbiditeit

Interventie

Profiel 1 Normaal beloop

- Stel gerust en leg uit dat rugpijn niet ernstig is, vaak vanzelf overgaat, maar wel eens kan terugkomen.
- Adviseer bij voorkeur geen continue bedrust. Adviseer een bedrust van maximaal 2 dagen als bedrust de enige manier is waarop de patiënt de pijn onder controle kan houden en leg uit dat de bedrust daarna moet worden afgebouwd.
- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van activiteit niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Leg uit dat (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden) het herstel bevordert.
- Beperk het aantal behandelingen tot maximaal 3 zittingen.
- Pijnstillende medicatie volgens de NHG-standaard in een tijdscontingent beleid ter ondersteuning van het activerende beleid.
- Evaluatie na 3-6 weken

Profiel 2 Afwijkend beloop

In deze fase is er een afwijkend beloop zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren.

- Vermijd adviezen die de patiënt aanzetten tot passiviteit en stimuleer een lichamenlijk actieve leefstijl.
- Geef aan dat toename van de pijn niet samengaat met beschadiging van structuren in de rug.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten en blijven werken of het hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van die werkzaamheden).
- Geef schriftelijke informatie/ voorlichting mee.
- Patiënt wordt verwezen naar de Fysiotherapeut voor een oefenprogramma dat aansluit bij de behoefte van de patiënt en de eigen expertise en ervaring als therapeut.
- Een intensieve activerende aanpak is vereist, bijvoorbeeld oefentherapie met een stapsgewijze tijd contingente uitbreiding van belasting en activiteiten, op een gedragstherapeutische manier toegepast, gericht op herstel van zelfredzaamheid.
- Overweeg bij stoornissen in gewrichtsfuncties: artrogene mobilisatie of manipulatie (eventueel doorverwijzen naar een Manueeltherapeut) en/of - kortdurende massage of warmtetherapie ter vermindering van de pijn.

Zorgprogramma Orthopedie

- Vraag bij werkverzuim langer dan 4 weken naar afspraken die zijn gemaakt met de Bedrijfsarts en bespreek indien nodig het beleid met deze arts en/of de Arbeidsfysiotherapeut.
- Pijnmedicatie volgens NHG standaard lage rugpijn indien de patiënt daar behoefte aan heeft.
- Evaluatie na 6-12 weken

Profiel 3 Afwijkend beloop met dominante psychosociale herstel belemmerende factoren

In deze fase is er een afwijkend beloop met dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren.

- Adviseer de patiënt te blijven bewegen en informeer hem erover dat bewegen geen kwaad kan en zelfs leidt tot sneller herstel.
- Benadruk dat de aanwezige psychosociale factoren (depressieve gevoelens, angst voor bewegen, catastroferen, etc.) een ongunstige invloed kunnen hebben op het herstel.
- Adviseer contact op te nemen met de huisarts, bedrijfsarts, en/of psycholoog als ernstige of persisterende psychosociale factoren het herstel belemmeren en bespreek het te volgen beleid.
- Bespreek het beleid met de bedrijfsarts, de bedrijfsfysiotherapeut of de arbodienst indien zwaar lichamelijk werk, langer durend ziekteverzuim of een arbeidsconflict het herstel belemmeren of als samenwerking het herstel bespoedigt.
- Stimuleer (gedoseerde) beweging, opbouw van activiteiten, blijven werken of zo nodig hervatten van werkzaamheden (eventueel met tijdelijke aanpassing van werkzaamheden).
- Schrijf een tijdcontingent oefenprogramma voor.
- Probeer in geval van werkverzuim de doelen van het oefenprogramma samen te laten vallen met doelen voor werkhervatting.
- Neem contact op met de huisarts indien de behandeling na 12 weken geen effect heeft gehad (in de zin van toename van activiteiten en participatie) en beëindig de behandeling.

Profiel 4 Specifieke lage rugpijn: lumbo-radiculair syndroom

- Volgens profiel 2 aangevuld met:
- Adviseer de patient om bewegingen of activiteiten te vermijden die uitstralende pijn of andere klachten in het been provoceren.
- Informeer de patient over toenemende progressief beloop van de klachten dat er contact moet worden opgenomen met de arts.
- Overleg indien nodig voor ondersteunende medicatie.

Huisartsen	Fysiotherapie
Aan rugpijn gerelateerde factoren: Ernstige functionele beperkingen Pijn in het been Radiculopathie	Aan rugpijn gerelateerde factoren: Eerdere episodes van lage rugpijn Hoge mate van beperkingen in activiteiten Pijn in het been of uitstralende pijn in het been Hoge intensiteit van de pijn
Patientgerelateerde factoren: Slechte algehele gezondheid	Patient gerelateerde factoren: Slechte algehele gezondheid of kwaliteit van leven
Psychosociale factoren: Psychiatrische comorbiditeit Psychische stress Angst voor bewegen Depressieve gevoelens Passieve coping Ongerustheid over het beloop	Psychosociale factoren: Psychologische en psychosociale stress Pijngerelateerde bewegingsangst Depressieve gevoelens of klachten Passieve coping Negatieve verwachtingen over het herstel of catastrofen
	Werk en sociale factoren Slechte relaties met collega's Zware fysieke taakeisen Hoge fysieke belasting tijdens werk Financiële compensatie door afwezigheid door ziekte Verminderde tevredenheid met werk

Tabel 2: prognostische factoren specifieke lage rugpijn

Referenties

1. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Aspecifieke lage rugpijn. Faber E, Custers JWH, Van Ederen C, Bout J, Cinjee G, Kolnaar BGM, Schotsman R, Spinnewijn WEM, Staal JB, Ten Cate A, Wildervanck-Dekker CMJ. Huisarts Wet 2008;51(9):S5-S9.
2. KNGF-richtlijn Lage Rugpijn. J.B. Staal, E.J.M. Hendriks, M. Heijmans, H. Kiers. A.M. Lutgers-Boomsma. G. Rutten, M.W. van Tulder, J. den Boer, R. Ostelo, J.W.H. Custers. 2021 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
3. Cieza A1, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R.
4. ICF Core Sets for low back pain. J Rehabil Med. 2004 Jul;(44 Suppl):69-74.
5. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA. 2010 Apr 7;303(13):1295-302.
6. Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results: guidance for future prognosis reviews. J Clin Epidemiol. 2009 Aug;62(8):781-96.
7. Hayden JA, Dunn KM, Windt DA van der, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Apr;24(2):167-79.
8. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back painscreening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. Arthritis Rheum2008;59(5):632–41.
9. Apeldoorn A, van Hooff M en Ostelo R. De STarT Back Screening Tool. Fysiopraxis, 2013 Apr:32-33.
10. <http://www.rug-netwerk.nl/new/wordpress/wp-content/uploads/De-constructvaliditeit-van-de-Start-Back-Tool.pdf>
11. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. Eur Spine J. 2016 Jul 4. [Epub ahead of print]
12. NHG Standaard Lage Rugpijn 2017.
13. NHG Standaard lumboradiculair syndroom

Zorgprogramma Orthopedie

Zorgprogramma nekpijn

Inleiding

Het zorgprogramma is ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg voor mensen met nekpijn te verbeteren. De patiënt staat hierbij dus centraal. Het zorgprogramma beschrijft welke zorg er nodig is. De invulling wie, welke en op welk moment zorg levert is hier dus ondergeschikt aan, maar wel belangrijk om te zorgen dat de beschreven evidence-based zorg daadwerkelijk plaatsvindt.

De basis van de diagnose wordt gevormd door het klinische onderzoek door de huisarts (HA) en/of fysiotherapeut (FT)/manueel therapeut (MT). De medische diagnose is belangrijk, maar in geval van aspecifieke karakter van de klachten vaak moeilijk te stellen. Daarom is het belangrijk om de gevolgen die klachten hebben voor de beperkingen in dagelijkse activiteiten die iemand ondervindt, en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie, in kaart te brengen. De International Classification of Functioning, disability and health (ICF) is hiervoor een hulpmiddel en checklist. Eerst wordt er gescreend of er sprake is van specifieke nekpijn (door te vragen naar tekenen of signalen die kunnen wijzen op een mogelijke (ernstige) specifieke oorzaak van nekpijn). In het diagnostische proces wordt de VALTOIS (Voorgeschiedenis, Aard, Locatie, Tijd, Oorzaak, Intensiteit en Samenhang) verder uitgevraagd en er vindt een inventarisatie plaats van risicofactoren en prognostische factoren en of er sprake is van aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren.

Het zorgprogramma bestaat uit twee onderdelen:

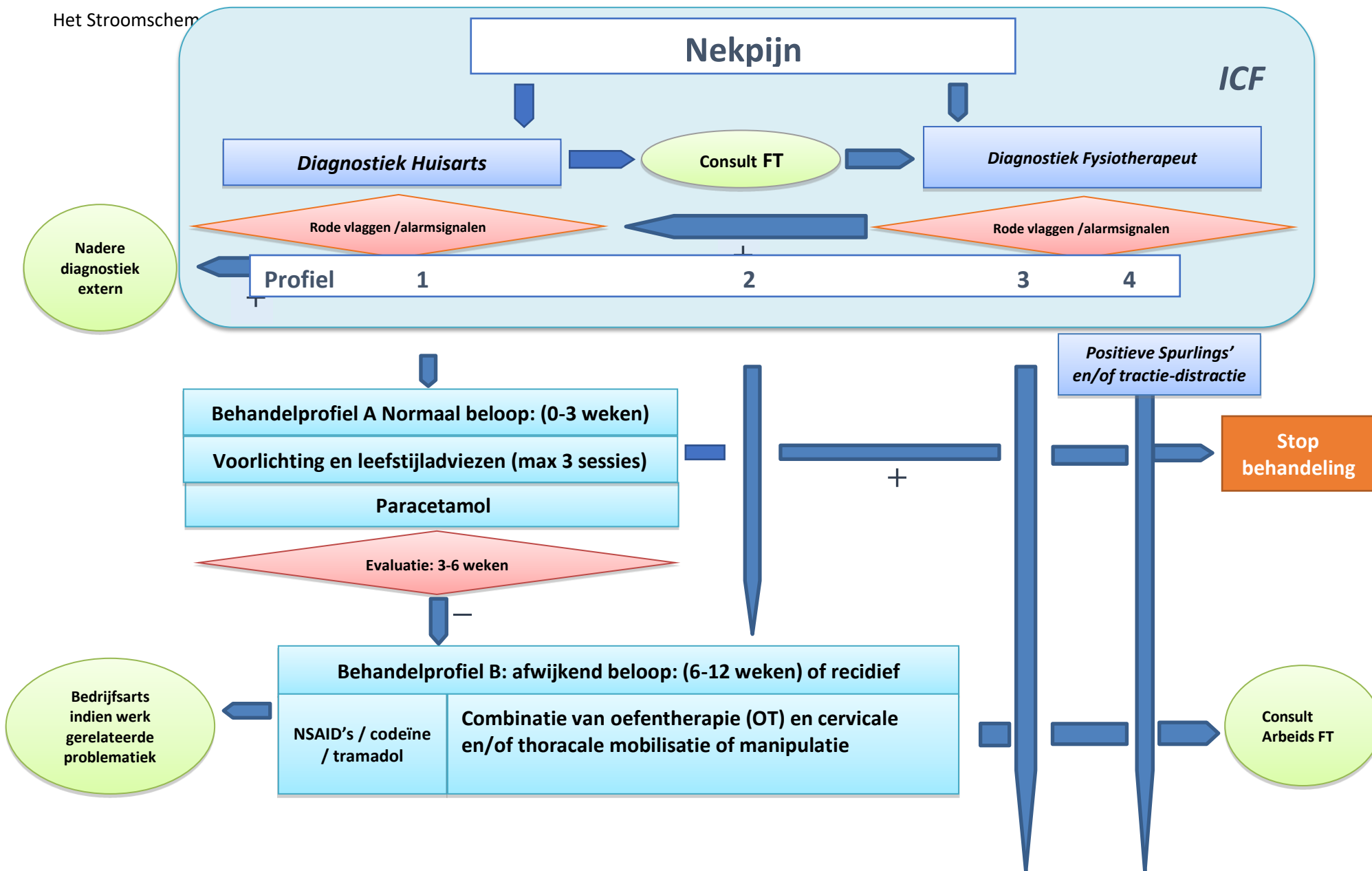
1. Het stroomschema

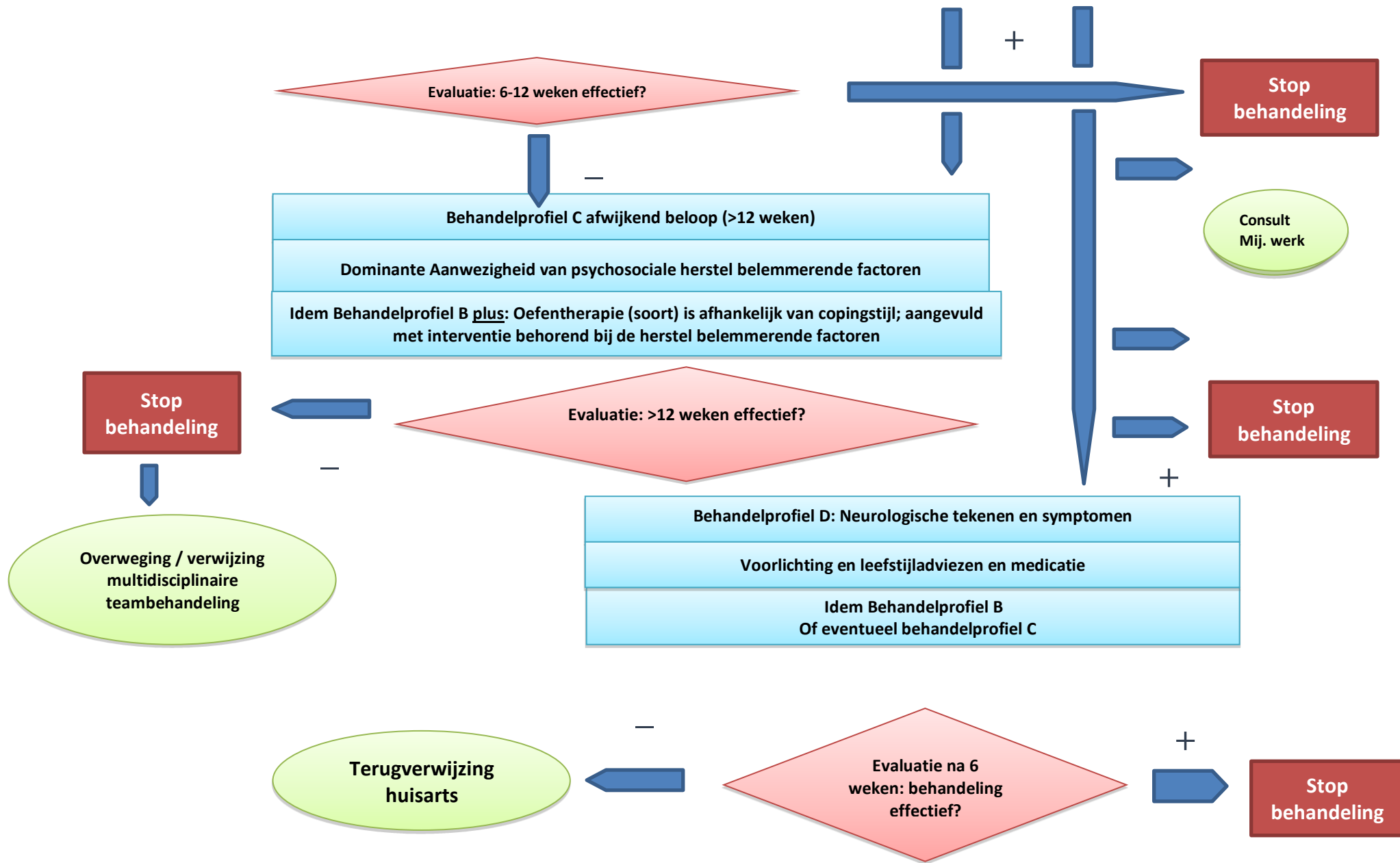
Dit is het overzicht van de verschillende stappen die de patiënt doorloopt. In dit schema staan de acties rond het onderzoek en de behandeling, de beslismomenten op basis van klinisch redeneren en de verwijs/consult momenten vermeld in de verschillende fases waarin de zorg voor de patiënt zich bevindt.

2. De toelichting en onderbouwing

Hierin wordt het stroomschema toegelicht. De onderbouwing van de evidence-based zorg wordt beschreven. Verwijzingen naar literatuur waarop de kwaliteit van de zorg gebaseerd is, bijlages ter verduidelijking van het stroomschema, maar ook de tools om het zorgprogramma met de gemaakte afspraken en de geleverde zorg te evalueren, worden hier benoemd. De toelichting en onderbouwing kan dus goed als naslagwerk geraadpleegd worden.

Het Stroomschem





Toelichting en onderbouwing

Diagnostiek

Inclusie: Nekpijn

Het is aangetoond dat bij patiënten met acute nekpijn, de pijn gedurende de eerste 6 weken met 45% afneemt [3]. In een algemene populatie zal 50% tot 85% van de patiënten met nekpijn, opnieuw nekpijn rapporteren in de eerstvolgende 5 jaar [4]. Daarom kan in de eerste 6 weken een 'normaal beloop' van de klachten verwacht worden, dat wil zeggen een afname in pijn en een toename in activiteiten of participatie. Het beloop van nekpijn kan als 'afwijkend' worden beschouwd als het niveau van pijn en beperkingen in activiteiten niet afneemt binnen de eerste 3 weken, maar onveranderd blijft of zelfs toeneemt.

Nekpijn kan fluctueren door de tijd. Indien een patiënt een recidief van pijn en beperkingen in activiteiten en/of in participatie binnen 6 weken ervaart, kan dit als dezelfde episode van nekpijn worden beschouwd. Indien het recidief niet binnen 6 weken optreedt maar er meerdere recidieven binnen een jaar optreden, kan dit beschouwd worden als terugkerende nekpijn en daarom als 'afwijkend beloop'

Nekpijn wordt ingedeeld volgens Neck Pain Task Force (NPTF):

Graad 1: Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie en die niet of nauwelijks invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven

Graad 2: Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie, maar die wel een forse invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven.

Graad 3: Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie, waarbij wel neurologische symptomen aanwezig zijn, zoals verminderde peesreflexen, spierzwakte of sensibiliteitsstoornissen (hypo- of hyperesthesie) in de bovenste extremiteit, bijvoorbeeld als gevolg van een cervicale hernia of stenose.

Graad 4: Nekpijn met tekenen of symptomen die kunnen wijzen op ernstige structurele pathologie. Ernstige structurele pathologie omvat (maar is niet beperkt): fracturen, vertebrale dislocaties, schade aan het ruggenmerg, infecties, tumoren of systemische ziekten, waaronder gewrichtsontstekingen.

Vanuit de Neck Pain Task Force kan de patient worden ingedeeld in vier behandelprofielen:

Profiel 1: Normaal beloop

Profiel 2: Afwijkend beloop zonder aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren

Profiel 3: Afwijkend beloop met aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren

Profiel 4: Nekpijn met neurologische tekenen en symptomen

Exclusie:

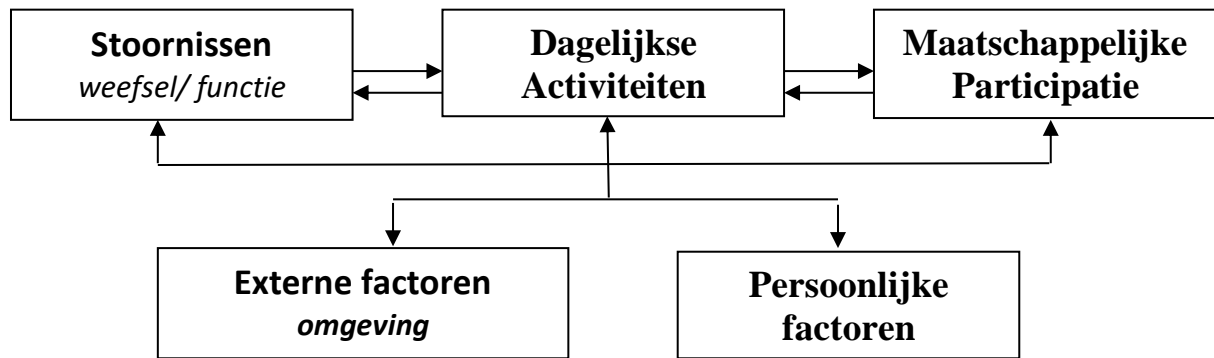
Nekpijn graad 4 volgens de Neck Pain Task Force is een specifieke nekpijn en valt daarom buiten dit zorgprogramma.

Mogelijke Pathologie	Overeenkomstige rode vlag
Fractuur	Oudere leeftijd, trauma in voorgeschiedenis, corticosteroïdgebruik, osteoporose
Cervicale arteriële disfunctie	Cerebrovasculaire symptomen, zoals duizeligheid, dubbelzien, misselijkheid, braken, zwakte van de ledematen en papillaire veranderingen
Schade aan ruggenmerg of cervicale myelopathie	Neurologische symptomen, bijvoorbeeld wijdverspreide neurologische tekenen in beide armen en/of benen zoals sensibiliteitsstoornissen, verlies van spierkracht in de extremiteiten, darm- en blaasdisfunctie
Infectie (inclusief urineweginfectie of huidinfectie)	Symptomen en tekenen van infectie (bijvoorbeeld koorts, nachtelijk zweten), risicofactoren voor infectie (bijvoorbeeld onderliggend ziekteproces, bij immunosuppressiva, open wond, intraveneus drugsgebruik, blootstelling aan besmettelijke ziekten
Maligne tumoren	Kanker in de voorgeschiedenis, geen verbetering van klachten na behandeling van vier weken, onverklaarbaar gewichtsverlies, leeftijd > 50 jaar, slikproblemen, hoofdpijn, braken
Systemische ziekte (herpes zoster, spondylitis ankylosis, inflammatoire artritis, reumatoïde artritis)	Hoofdpijn, koorts, eenzijdige huiduitslag, brandende pijn, jeuk

Tabel 1 rode vlaggen die kunnen wijzen op specifieke ernstige pathologie (nekpijn graad 4)

Instream en Diagnostiek

De patiënt met nekpijn kan zich aanmelden bij de huisarts (HA) of bij de fysiotherapeut (FT) via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Instream kan ook plaatsvinden via één van de andere zorgverleners. De gezondheidsproblemen worden in kaart gebracht volgens de ICF (Internationale Classificatie voor Functioning, disability and health, ([3] en schema onder). Dit houdt in dat geïnventariseerd wordt welke stoornissen (weefsel-/functieniveau) er aanwezig zijn, welke beperkingen in dagelijks functioneren dit tot gevolg heeft en of dit problemen geeft voor de maatschappelijke participatie (werk, vrije tijd, hobby, sport). Aanvullend hieraan wordt de invloed van externe (omgevings)factoren en persoonlijke factoren vastgelegd. Bij de inventarisatie van de gezondheidsproblemen wordt rekening gehouden met prognostische factoren voor een mogelijk ongunstig beloop van de klachten (zie Tabel 2) [12].



Op basis van de KNGF richtlijn Nekpijn [12] is een indeling in profielen gemaakt voor de Nekpijn:

Behandelprofiel A	Behandelprofiel B	Behandelprofiel C	Behandelprofiel D
Nekpijn graad 1 en 2	Nekpijn graad 1 en 2	Nekpijn graad 1 en 2	Nekpijn graad 3
Normaal beloop Binnen 0-3 weken toenemende activiteiten en afname participatieproblemen dankzij adequaat pijngedrag	Afwijkend beloop In 3 weken toenemende beperking van activiteiten en toenemende participatieproblemen <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zonder psychosociale herstel belemmerende factoren</u> adequaat gedrag, goede interne locus of control • Recidief klachten 	Afwijkend beloop <u>Met dominante psychosociale herstel belemmerende factoren:</u> <ul style="list-style-type: none"> • kinesiofobie, inadequaat en chronisch pijngedrag, depressieve gevoelens, geen afstemming belasting/belastbaarheid, inadequate coping, externe locus of control, • hoge werkeisen, • comorbiditeit 	Afwijkend beloop Met neurologische tekenen en symptomen op basis van: 1 van de 2 volgende testen positief: <ul style="list-style-type: none"> • Spurling's test • Tractie-distractietest

Op basis van deze indeling wordt bepaald of de patiënt Behandelprofiel A, B, C of D heeft.

Als er bij Behandelprofiel A onvoldoende herstel is, dan komt de patiënt in Behandelprofiel B terecht, oftewel het normale beloop verandert in een afwijkend beloop. Indien er een recidief van klachten is, dan valt de patiënt ook in Behandelprofiel B. Bij onvoldoende herstel en/of onduidelijkheid over de onderhoudende factoren (o.a. dominante psychosociale herstel belemmerende factoren, comorbiditeit) kan de patiënt ook worden geïndiceerd in Behandelprofiel C en het klachtenbeeld chronisch worden. Behandelprofiel D is een aparte groep waarbij neurologische klachten een rol spelen.

Interventie

Behandelprofiel A: Normaal beloop

In dit profiel vallen mensen met nekpijn welke (in meer of mindere mate) interfereert met activiteiten in het dagelijks leven en een normaal beloop in herstel van pijn en activiteiten heeft.

Vanwege het normale beloop in herstel van pijn en activiteiten, zou gestreefd moeten worden naar een kortdurende behandeling. De behandeling moet zich beperken tot het informeren van de patiënt over het normale beloop en het faciliteren van een adequate coping stijl, ter voorkoming van een afwijkend beloop. De patiënt heeft naar verwachting geen additionele therapie nodig.

Informatie en advies

- Stel de patiënt gerust door uit te leggen dat het beloop van de nekpijn bij veel patiënten gunstig is, dat nekpijn niet schadelijk is en dat een toename van dit type pijn niet geassocieerd is met schade aan lichaamsstructuren.
- Adviseer de patiënt om actief te blijven. Leg uit dat het herstel bevordert wordt door een matig en geleidelijk toenemend niveau van oefenen, een geleidelijk toenemend niveau van activiteiten en het continueren van of terugkeer naar werk (indien nodig, met aanpassingen van werkzaamheden of arbeid gerelateerde zorg).
- Vermijd aanbevelingen die de patiënt zouden kunnen stimuleren om passief te blijven, en adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve coping stijl.

Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn

- Leg uit dat werk waaraan hoge kwantitatieve eisen worden gesteld, werk waarbij weinig steun uit de sociale of werkomgeving is, werk dat bestaat uit repeterende werkzaamheden, werk met een sedentaire werkpositie, werk waarbij regelmatig en langdurig de nek in een voorwaartse flexiehouding is gepositioneerd, werken met een slechte bureau-instelling en in een slechte werkhouding, bij precisiewerk, en de werkomgeving (bijvoorbeeld prettige omgang met collega's en leidinggevenden, werksfeer) mogelijke risicofactoren zijn voor het krijgen van nekpijn.
- Overweeg een consult te adviseren bij, of de patiënt door te verwijzen naar, een bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, wanneer er sprake is van arbeidsverzuim of productieverlies zonder arbeidsverzuim.

Afsluiting

- Streef naar een maximaal aantal van ongeveer drie behandelsessies.

Behandelprofiel B: Afwijkend beloop

In dit profiel valt nekpijn welke (in meer of mindere mate) interfereert met activiteiten in het dagelijks leven en een afwijkend beloop in herstel van pijn en activiteiten heeft, en waarbij zonder psychosociale herstel belemmerende factoren dominant aanwezig zijn

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die aanwezig zijn bij de patiënt en gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn.

Informatie en advies

Als bij behandelprofiel A.

Aanbevolen aanvullende therapie:

- Combineer oefentherapie met cervicale en/of thoracale mobilisatie of manipulatie (Wees terughoudend met hoog cervicale manipulaties (zie NVMT-standpunt).
- De oefentherapie dient aan te sluiten bij de behoeften, beperkingen en doelen van de patiënt.

Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)

Overweeg de volgende interventies wanneer, in overleg met de patiënt, wordt geconstateerd dat de aanbevolen therapie geen of onvoldoende effect heeft op het gezondheidsprobleem:

- cervicaal kussen
- cognitieve gedragstherapie
- kinesiotape (bij traumagerelateerde nekpijn) voor pijnvermindering op korte termijn
- massage (mits in combinatie met andere therapievormen) voor pijnvermindering op korte termijn
- warmte- of koudetherapie (mits in combinatie met andere therapievormen)
- werkplaatsinterventies (bij werkgerelateerde nekpijn)

Aanvullend bij werkgerelateerde klachten

Als bij behandelprofiel A, plus:

- Bij een vermoeden van een door het werk veroorzaakte herstelbelemmerende factor: adviseer de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts, bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut om de behandelmogelijkheden te bespreken, of in geval van arbeidsverzuim met de Arbodienst om een re-integratietraject te bespreken.
- Bij een arbeidsverzuim, of bij productieverlies zonder arbeidsverzuim, dat langer dan vier weken aanhoudt: vraag bij de patiënt naar de afspraken die zijn gemaakt met de bedrijfsarts, overweeg de patiënt te adviseren om contact op te nemen met of door te verwijzen naar de bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, en/of treed in overleg met de bedrijfsarts om het verdere beleid af te stemmen (na akkoord van de patiënt).

Afsluiting

- Evalueer de inhoud van de behandeling, de therapietrouw van de patiënt en de behandelresultaten, bij voorkeur met de N(P)RS en de PSK.

- Beëindig de behandeling zodra de afgesproken behandeldoelen zijn bereikt of indien er geen verbetering is opgetreden na zes weken.
- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie: neem, na akkoord van de patiënt, contact op met de huisarts of bedrijfsarts, om verdere (niet-fysiotherapeutische) behandelmogelijkheden te bespreken.

Behandelprofiel C: Afwijkend beloop met dominante psychosociale herstel belemmerende factoren

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel, in het bijzonder psychosociale herstel belemmerende factoren. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn. Het is binnen dit behandelprofiel minder effectief om zich te richten op de pijn van de patiënt, omdat dit wellicht bij de patiënt tot een toename van de aandacht voor pijnen het bijbehorende pijngedrag leidt.

Informatie en advies

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Benadruk dat de psychosociale factoren van de patiënt (angst, onrust, depressieve gevoelens, angst voor bewegen (kinesiofobie), catastrofering, etc.) een negatieve invloed kunnen hebben op het herstel.
- Bij bewegingsangst (kinesiofobie) of pijngerelateerde angst: leg uit dat toenemende activiteit het herstel bevordert en motiveer tot meer bewegen.
- Bespreek regelmatig de invloed van psychosociale herstel belemmerende factoren, om te controleren of deze factoren veranderd zijn en of hun invloed op de nekpijn verminderd is.
- Indien de psychosociale herstel belemmerende factoren de oorzaak zijn van het uitblijven van herstel: neem zelf contact op met of moedig de patiënt aan om contact op te nemen met de huisarts, psycholoog en/of psychosomatisch fysiotherapeut en bespreek de behandelmogelijkheden.

Aanbevolen aanvullende therapie

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Leg bij de oefentherapie meer nadruk op gedragsmatige principes en graduele toename in blootstelling aan bewegingen.

Behandelprofiel D: Neurologische tekenen en symptomen

In dit profiel is er nekpijn in de aanwezigheid van neurologische tekenen en symptomen. De patiënt kan baat hebben bij fysiotherapie, maar vanwege de mogelijke ernst van de onderliggende pathologie is het belangrijk om vooraf een duidelijk tijdspad te hanteren.

Informatie en advies

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van de volgende aanpassingen:

- Leg de diagnose uit en stel de patiënt gerust dat de neurologische tekenen in de arm vaak vanzelf overgaan.
- Adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve copingstijl. Maar adviseer de patiënt ook om bewegingen of activiteiten te vermijden die uitstralende pijn of andere klachten aan de arm provoceren.

Aanbevolen aanvullende therapie

Als bij behandelprofiel B.

Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Combineer cervicale en/of thoracale mobilisatie met zenuw mobilisatieoefeningen.
- Semi-harde halskraag, voor pijnvermindering op korte termijn. Evalueer het effect na twee weken en pas op voor patiëntafhankelijkheid (niet bij trauma gerelateerde pijn).
- Tractie.

Afsluiting

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van het volgende:

- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie of zelfs tot verslechtering (toename van de pijn, meer sensorische symptomen of een toenemend verlies van motorische controle) heeft geleid: verwijst de patiënt terug naar de huisarts.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen trauma gerelateerde prognostische factoren, werk-gerelateerde prognostische en prognostische factoren voor de algemene populatie.

Prognostische factoren	Algemene populatie	Werk gerelateerd	Trauma gerelateerd
Overgevoeligheid /hyperalgesie voor kou			+
Angulaire deformiteit van de nek			0
Hoge pijn intensiteit			+
Voorgeschiedenis van andere spier- en skeletaandoeningen	+	+	+
Eerdere episode van nekpijn		+	
Ernstige nek gerelateerde beperkingen in activiteiten			+
Regelmatig fietsen	+		
Relmatig fysiek actief zijn	0	0	
Angst			+
Catastroferen			+
Depressie			+
Pijn gerelateerde angst	+		
Noodzaak om te socialiseren	+		
Oudere leeftijd (> 50 jaar)	+	0	0
Geslacht		0	
Passieve coping stijl	+		+
Posttraumatische stresssymptomen bij aanvang			+
Psychosociale stress	+		
Slechte psychologische gezondheid	+		
Het hebben zien aankomen van de aanrijding			0
Hoge werkeisen		+	
Hoofdsteun aanwezig			0
Achter aanrijding (kopstaartbotsing)			0
Type werk		0	
Weinig invloed op eigen werk		+	
Positie van de bestuurder			0
Het stilstaan van het voertuig tijdens de aanrijding			0

Tabel 2 prognostische factoren voor herstel: + geassocieerd met vertraagd herstel

0 niet geassocieerd met vertraagd herstel.

Lege cel: deze associatie is niet onderzocht.

Referenties

1. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
2. <http://www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf>
3. Hush JM, Lin CC, Michaleff ZA, Verhagen A, Refshauge KM. Prognosis of acute idiopathic neck pain is poor: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2011;92(5):824-9.
4. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Cote P, van der Velde G, Holm LW, Carragee EJ, et al. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. *Spine* 2008;33 (4 Suppl):S83-92.
5. KNGF Richtlijn, Verantwoording en Toelichting Nekpijn, 2016. checken
6. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, Weiner SS, Hurwitz EL, Peloso PM, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S101-22.
7. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, et al. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy* 2008;38(9):A1-A34.
8. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *The New England journal of medicine* 2003;349(26):2510-8.
9. Stiell IG, Clement CM, O'Connor A, Davies B, Leclair C, Sheehan P, et al. Multicentre prospective validation of use of the Canadian C-Spine Rule by triage nurses in the emergency department. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2010;182(11):1173-9.
10. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995;45(8):1517-22.
11. Dworkin RH, Johnson RW, Breuer J, Gnann JW, Levin MJ, Backonja M, et al. Recommendations for the management of herpes zoster. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 2007;44 Suppl 1:S1-26.
12. KNGF Praktijkrichtlijn Nekpijn 2016
13. Schellingerhout JM, Verhagen AP, Heymans MW, Pool JJM, Vonk F, Koes BW, De Vet HCW. Een beslismodel voor aspecifieke nekpijn. *Huisarts Wet* 2009;52 (8): 384-90.
14. NVMT. Beroepsnorm hoogcervicale manipulaties vastgesteld op ALV 18 november 2013. In: NVMT, editor: NVMT, 2013.
15. Rushton A, Rivett D, Carlesso L, Flynn T, Hing W, Kerry R. International Framework for Examination of the Cervical Region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy Intervention: IFOMPT, 2012.

Zorgprogramma Schouderklachten, SAPS

Inleiding

Het zorgprogramma is ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg voor mensen met schouderklachten, die te classificeren zijn als SubAcromiaal PijnSyndroom (SAPS), te verbeteren. De patiënt staat hierbij centraal. Het zorgprogramma beschrijft welke zorg er nodig is. De invulling wie, op welk moment welke zorg levert, is hier dus ondergeschikt aan. Maar tegelijkertijd is deze wel essentieel om te borgen dat de uitgevoerde zorg daadwerkelijk gelijk is aan de hierna beschreven evidence-based zorg.

De basis van de diagnose wordt gevormd door het klinische onderzoek door de huisarts (HA) en/of fysiotherapeut (FT)/manueel therapeut (MT). De medische diagnose is belangrijk, maar in geval van specifieke karakter van de klachten vaak moeilijk te stellen. Daarom is het belangrijk om de gevolgen die klachten hebben voor de beperkingen in dagelijkse activiteiten die iemand ondervindt, en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie, in kaart te brengen. De International Classification of Functioning, disability and health (ICF) is hiervoor een hulpmiddel en checklist

De basis van de diagnose wordt gevormd door het klinische onderzoek door de huisarts en/of fysiotherapeut. De medische diagnose is belangrijk, maar in geval van SAPS vaak moeilijk te stellen. Daarom is het belangrijk om de gevolgen die klachten hebben voor de beperkingen in dagelijkse activiteiten die iemand ondervindt, en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie, in kaart te brengen. De International Classification of Functioning, disability and health (ICF) is hiervoor een hulpmiddel en checklist. Eerst wordt er gescreend of er sprake is van specifieke pathologie (door te vragen naar tekenen of signalen die kunnen wijzen op een mogelijke (ernstige) specifieke oorzaak van de pijn). In het diagnostische proces wordt de VALTOIS (Voorgeschiedenis, Aard, Locatie, Tijd, Oorzaak, Intensiteit en Samenhang) verder uitgevraagd en er vindt een inventarisatie plaats van risicofactoren en prognostische factoren en of er sprake is van aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren.

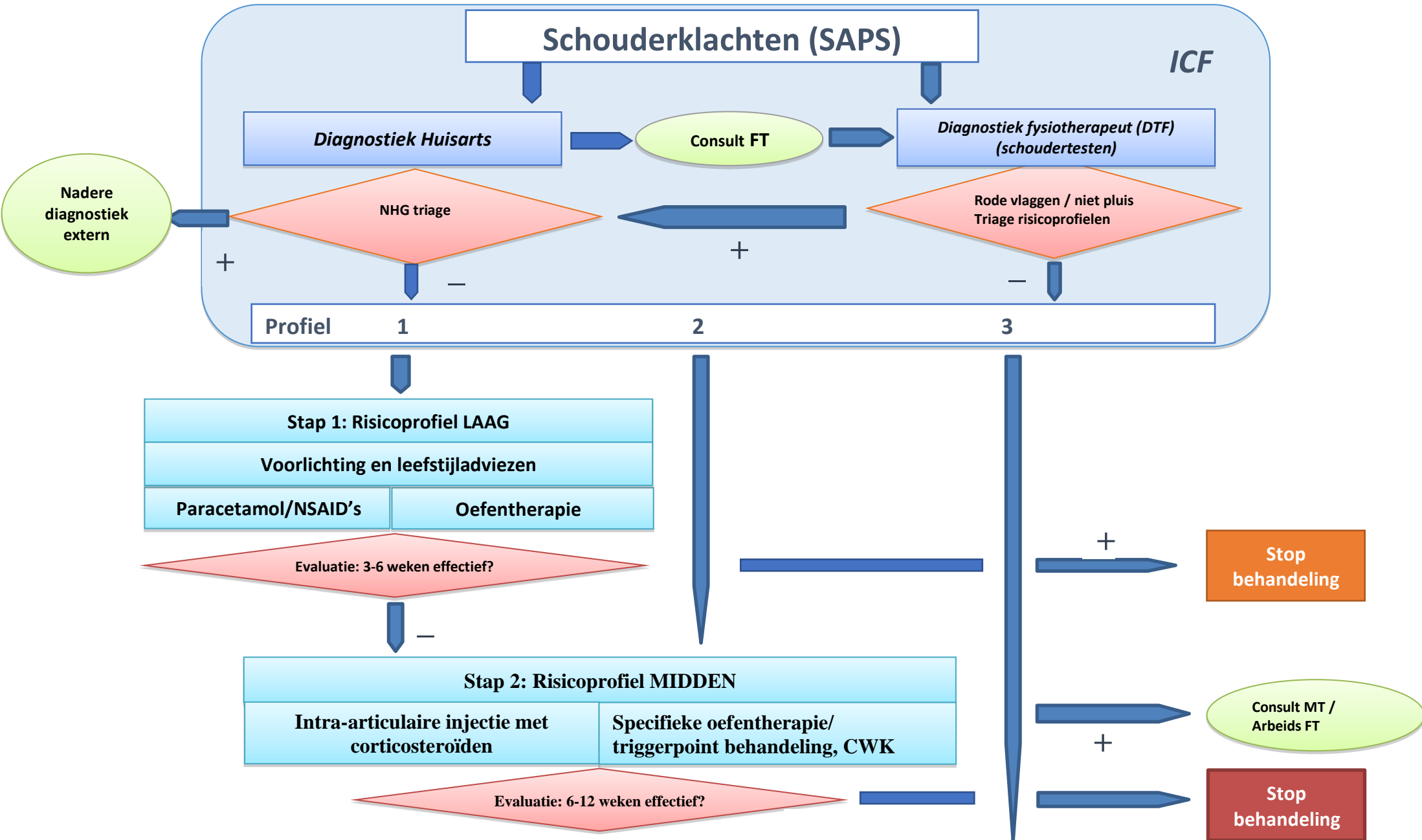
Het zorgprogramma bestaat uit twee onderdelen:

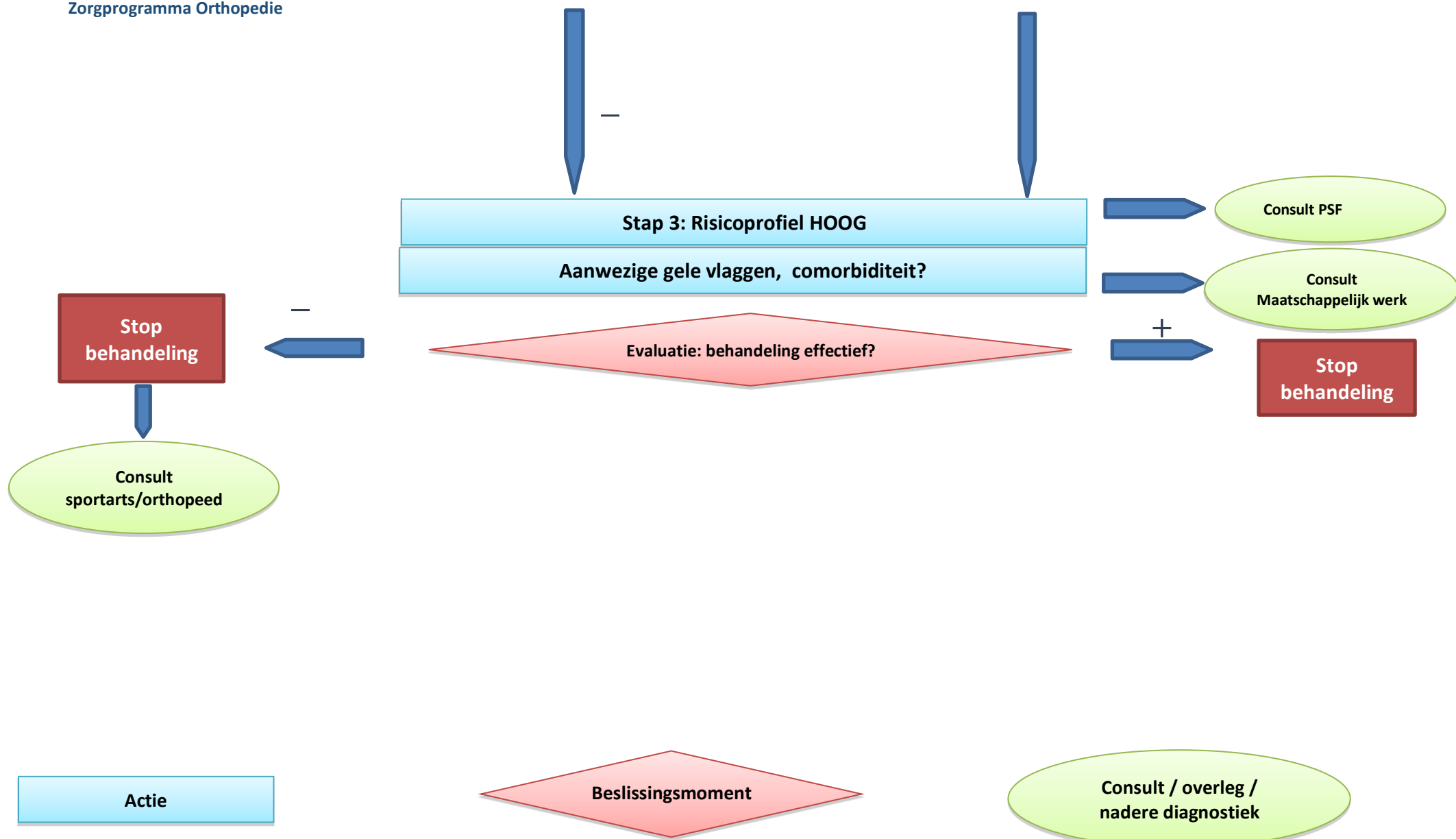
1. Het stroomschema: Dit is het overzicht van de verschillende stappen die de patiënt doorloopt. In dit schema staan de acties rond het onderzoek en de behandeling, de beslismomenten op basis van klinisch redeneren en de verwijz- /consultmomenten, vermeld in de verschillende zorgfases.

2. De toelichting en onderbouwing

Hierin wordt het stroomschema toegelicht. De onderbouwing van de evidence-based zorg wordt beschreven. Verwijzingen naar literatuur waarop de kwaliteit van de zorg gebaseerd is, bijlages ter verduidelijking van het stroomschema, maar ook de tools om het zorgprogramma met de gemaakte afspraken en de geleverde zorg te evalueren, worden hier

benoemd. De toelichting en onderbouwing kunnen dus goed als naslagwerk geraadpleegd worden.





Toelichting en onderbouwing

Diagnostiek

Doelgroep

Inclusie

Er is in 2013 voor de term “SubAcromiaal PijnSyndroom” gekozen, afgekort als SAPS. Hieronder wordt verstaan alle niet-traumatische (meestal unilaterale) schouderklachten die leiden tot pijn, veelal een toename tijdens of na het heffen van de arm. De verschillende benamingen, zoals impingement, bursitis, tendinosis calcarea, supraspinatus tendinopathie, partiële scheur van de rotator cuff, bicepspees tendinitis of cuff degeneratie worden hier allen in gevat. De afgelopen 15 jaar is de benaming van de klachten geleidelijk aan gewijzigd van meer weefselspecifiek, tendinitis, bursitis, via impingement naar een meer functie georiënteerde indeling.

De indeling van schouderklachten in de NHG standaard (vernieuwd tov 2008) is;

1. Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)
2. Glenohumerale gewrichtsklachten
3. Overige schouderklachten.

SAPS is veruit de meest voorkomende vorm van schouderklachten (70-80%). (i.o. NHG najaar 2019).

Exclusie

Het stroomschema is niet specifiek bedoeld voor de behandeling van patiënten met glenohumerale gewrichtsklachten:

- Pijn en beperking van de abductie in combinatie met (en vaak meer) pijn en beperking van de exorotatie. Meest voorkomend zijn: frozen shoulder en artrose.

Frozen shoulder komt het meest frequent voor in de leeftijdscategorie van 40 tot 60 jaar, terwijl artrose een beeld is dat vooral gezien wordt bij patiënten boven de 60 jaar

Overige Schouderklachten

- Aandoeningen van het acromio- of sternoclaviculaire gewricht (bijvoorbeeld artrose);
- (posttraumatische)Instabiliteit van het glenohumerale gewricht
- Primaire intra-artculaire pathologie (labrum letsel)
- Schouderklachten ten gevolge van primair neurologisch lijden.
- KANS-klachten (aspecifieke) klachten van nek, schouder en/of arm (2012)

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat er op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek een meer gedetailleerde indeling in diagnostische groepen mogelijk is, die consequenties heeft voor het beleid van de huisarts.

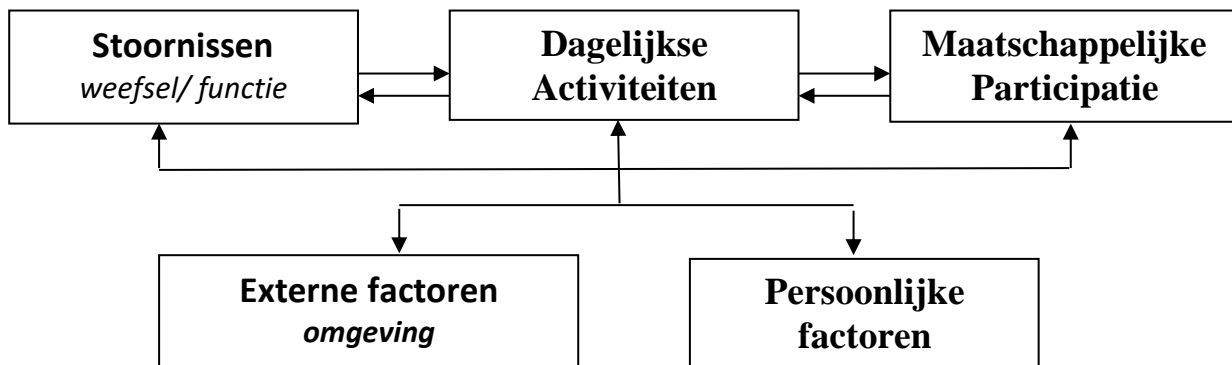
Mogelijke Pathologie	Overeenkomstige rode vlag
Infectieus proces zoals septische artritis, polymyalgia rheumatica, interne aandoeningen zoals cholecystitis	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige en/of persistente klachten • dubbelzijdige schouderklachten • Lichamelijke klachten elders, • Koorts • Malaise of gewichtsverlies • Verhoogde CRP of BSE
Metastasen	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige en/of persistente klachten • Lichamelijke klachten elders • Malaise of gewichtsverlies • Maligniteiten/kanker in de voorgeschiedenis
Cervicaal radiculair syndroom (CRS)	<ul style="list-style-type: none"> • Heftige uitstralende pijn • Tintelingen in de arm of hand samenhangend met nekbewegingen of • Verminderde kracht van arm of handspieren
Neuralgische amyotrofie	<ul style="list-style-type: none"> • Heftige zenuwpijn in de schouderregio arm en/of hand • Met soms gevoelsstoornissen gevolgd door • Parese of paralyse (scapula alata)
Hart- en/of longaandoeningen: - pneumonie - Agina pectoris - Acut coronair syndroom - Aorta dissectie	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspneu • Pijn op de borst • Palpitaties • tachycardie
Reumatoïde artritis	<ul style="list-style-type: none"> • Gewrichtsklachten elders • Reumatoïde artritis in de voorgeschiedenis • Tekenen van synovitis zoals warmte of koorts
Fractuur	<ul style="list-style-type: none"> • (recent) trauma
	<ul style="list-style-type: none"> • Non mechanic pain (pijn die niet beïnvloedbaar is door houding of beweging)
	<ul style="list-style-type: none"> • Klachten die niet passen bij de leeftijd, bijvoorbeeld bewegingsbeperkingen op jonge leeftijd

Tabel 1: Specifieke pathologieën.

Instroom patiënten

De patiënt met SAPS-schouderklachten kan zich aanmelden bij de huisarts (HA) of bij de fysiotherapeut (FT) via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Instroom kan ook plaatsvinden via één van de andere zorgverleners. De gezondheidsproblemen worden in kaart gebracht volgens de ICF (Internationale Classificatie voor Functioning, disability and health, ([2] en schema onder). Dit houdt in dat geïnventariseerd wordt welke stoornissen (weefsel-/functieniveau) er aanwezig zijn, welke beperkingen in dagelijks functioneren dit tot gevolg heeft en of dit problemen geeft voor de maatschappelijke participatie (werk, vrije tijd, hobby, sport). Aanvullend hieraan wordt de invloed van externe (omgeving)factoren en persoonlijke factoren vastgelegd.

Bij de inventarisatie van de gezondheidsproblemen wordt rekening gehouden met voorspellende factoren (predictoren) voor een mogelijk ongunstig beloop van de klachten (zie Tabel 1 [3-8]). Met name nekklachten en arbeid gerelateerde factoren dienen te worden meegenomen in de diagnostische fase. [1]



De classificatie van SAPS-klachten met bijbehorende behandeling volgens het matched care model, is gebaseerd op drie risicoprofielen die de complexiteit en het te verwachten herstel, inzichtelijk maken.

Diagnostiek

Tijdens de diagnostische fase zal, zowel bij de HA als de FT, gekeken worden of de klacht van de patiënt past in het normale beeld van schouderklachten, of dat er andere pathologie speelt en er nadere diagnostiek nodig is.

Exacte richtlijnen hiervoor zijn niet te geven, maar de meest voorkomende signalen of rode vlaggen en de daarbij behorende differentiaal diagnostische aandoeningen, zijn te vinden in Tabel 1 [1] en indien aanwezig verwijst de FT (terug) naar de HA. Indien deze ook constateert dat er ernstiger pathologie speelt, verwijst deze door naar de specialist voor nadere diagnostiek.

Indien er geen verdenking is van rode vlaggen of ernstiger pathologie wordt er een inschatting gemaakt of de patiënt een risicoprofiel LAAG, MIDDEN of HOOG heeft (zie tabel 2)

Bij SAPS klachten is de pijn, meestal unilateraal, gelokaliseerd rond het acromion en/of de bovenarm die verergert tijdens het heffen van de arm (pijn en/of bewegingsbeperking van het abductie traject). (NHG standaard 2019)

SAPS omvat subacromiale bursitis, (calcificerende) tendinopathie, (partiële dikte of volledige dikte) ruptuur van een of meerdere rotatorcuff pezen of ruptuur van de lange kop van de bicepspees. Aandoeningen van de subacromiale structuren komen met name voor in de leeftijd van 35 tot 75 jaar.

Er bestaat niet één specifieke test om SAPS te diagnosticeren. Aanbevolen wordt om een combinatie van testen te gebruiken om de waarschijnlijkheid van de aanwezigheid van SAPS te vergroten. [9]

Een combinatie van de Painful-arc test, het teken van Neer, en de Hawkins-Kennedy test worden aanbevolen. [10]

Bij peesproblematiek van de cuff-spielen zijn krachttesten van de infra- en supraspinatus, de Drop arm test en de Jobe- test het meest geschikt om te gebruiken. [10]. Traumatische beschadigingen van de rotatorcuff komen het meest frequent voor in de leeftijd tot 35 jaar. De kans op niet-traumatische rupturen neemt sterk toe met de leeftijd.

De FT heeft de mogelijkheid om d.m.v. echografie nadere diagnostiek te verrichten om bijvoorbeeld peesproblematiek uit te sluiten, dan wel de aard en ernst ervan te bepalen. [11-13] De HA kan voor deze aanvullende diagnostiek naar de FT of sportarts verwijzen. Een echo is pas zinvol na 3 maanden van niet-traumatische klachten. De meerderheid onder de 40 jaar heeft op de echo geen afwijking.

De meerderheid boven de 70 jaar heeft op echo degeneratieve afwijkingen die geen consequenties hebben. Indien een echo wordt aangevraagd een patiënt tussen 40-70 jaar (na 3 maanden) is de meest voor de hand liggende vraagstelling: peesruptuur of calcificatie?

Röntgenfoto heeft zin na 3 maanden glenohumerale klachten met name boven 70 jaar. (NHG 2019)

Wanneer is het zinvol om door te verwijzen naar de sportarts/orthopedisch chirurg bij SAPS; Na echo: volledige dikte of partiële dikte ruptuur van de rotator cuff

- Patiënten <50 jaar (of actieve 50+'ers) met een volledige dikte ruptuur (naar orthopeed). Oudere patiënten worden meestal niet meer geopereerd omdat de pees te degeneratief is. Bovendien lijkt een operatie bij patiënten > 50 jaar niet effectiever te zijn dan conservatieve behandeling.
- Patiënten <35 jaar met een partiële dikte ruptuur die vanwege werk of sport (op hoog niveau) sterk afhankelijk zijn van een goede schouderfunctie.
- Calcificerende tendinopathie (= tendinitis calcarea): voor barbotage of ESWT .

- Voor uitsluiten pathologie bij verdenking aspecifieke KANS Persisterende klachten
- Niet verwijzen voor verrichten Neerplastiek!

Profiel 1: Risicoprofiel LAAG	Profiel 2: Risicoprofiel MIDDEN	Profiel 3: Risicoprofiel HOOG
<p>Normaal beloop Binnen 0-3 weken toenemende activiteiten en afname participatieproblemen Mede dankzij afstemming belasting/belastbaarheid</p>	<p>Afwijkend beloop In 3 weken toenemende beperkingen van activiteiten en toenemende participatieproblemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zonder dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren: (adequaat gedrag, goede interne locus of control) • Recidief klachten 	<p>Afwijkend beloop Met dominante aanwezigheid van psychosociale herstel belemmerende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinesiofobie, inadequaat en chronische pijngedrag, depressieve gevoelens, geen afstemming belasting/belastbaarheid, inadequate coping, externe locus of control, catastroferende gedachten over pijn • Zware fysieke taakeisen, slechte relaties met collega's • Comorbiditeit
Herstellende synovitis, bursitis, degeneratieve afwijking, afname subacromiale zwelling	Tendinopathie, bursitis	Tendinopahtie, bursitis, referred pain vanuit CWK, instabiliteit, KANS,

Tabel 2: NHG indeling en risicoprofiel

Schema op basis van NHG-indeling en risicoprofiel na uitsluiting van rode vlaggen

Op basis van tijd en het wel of niet aanwezig zijn van psychosociale herstel belemmerende factoren wordt bepaald of de patiënt in Profiel 1, 2 of 3 terecht komt.

Als er na 0-6 weken onvoldoende herstel is, dan komt de patiënt in profiel 2 terecht, oftewel het risicoprofiel verandert van LAAG naar MIDDEN. Bij onvoldoende herstel en/of onduidelijkheid over de onderhoudende factoren, kan de patiënt ook in Stap 3 belanden en het risicoprofiel toenemen van MIDDEN naar HOOG.

Interventie

Profiel LAAG: Normaal beloop

In deze fase dient de patiënt voorlichting te krijgen over de specifieke schouderklacht en hoe daar mee om te gaan. Wat mag hij wel en niet qua bewegen. Hierbij wordt rekening gehouden met mogelijk aanwezige voorspellende factoren (predictoren) voor ongunstig

herstel (zie Tabel 3 [3-8]). Er wordt verteld dat in de meeste gevallen conservatieve behandeling minstens zo effectief is als operatief ingrijpen en minder risico's met zich meedraagt. [9,19]

Volgens de richtlijn van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) dient subacromiale pijn bij voorkeur niet operatief behandeld te worden. [8] Operatief ingrijpen blijkt niet effectiever dan conservatieve behandeling [9]. Fysiotherapeutische oefeningen kunnen worden gezien als eerste vorm van behandeling. [14] Diverse studies tonen het effect aan van conservatieve behandeling met oefentherapie bij mensen met SAPS. [15-17]

Pijnstilling bestaat uit paracetamol als eerste keus[1]. In geval er sprake is van veel pijn in combinatie met een itis beeld, hetzij bevestigd op de echo, hetzij aannemelijk gezien de klinische verschijnselen en de bestaansduur van de klacht (< 3 maanden), worden NSAID's geadviseerd voor minimaal 2 weken.

De evaluatie van deze fase vindt dus plaats op basis van het effect van de medicatie (paracetamol of NSAID's) en een normaal beloop van ongeveer 3 weken. Na 6 weken wordt er wederom geëvalueerd om het effect van langere pijnstilling en het effect van fysiotherapie te evalueren. Zijn de behandeldoelen bereikt, dan stopt de behandeling. Als de klachten niet verdwenen zijn is het risicoprofiel MIDDEN bereikt.

Profiel 2: MIDDEN: Afwijkend beloop

In deze fase bestaat de fysiotherapie uit een uitgebreider programma met specifieke oefentherapie. De specifieke oefentherapie dient te bestaan uit lage intensiteit en hoge frequente excentrische oefeningen in combinatie met stabiliserende oefeningen voor de gehele schoudergordel. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor ontspanning en een juiste houding. [9, 15,18]

Tevens wordt in deze fase geïnventariseerd of er herstel belemmerende factoren aanwezig zijn. Bij problemen met de cervicale of thoracale wervelkolom, kan de manueel therapeut worden geconsulteerd. In geval van arbeid gerelateerde klachten is het mogelijk een arbeidsfysiotherapeut in te schakelen. Bij de aanwezigheid van dominante psychosociale herstel belemmerende factoren is het risicoprofiel HOOG bereikt.

De oefentherapie kan, indien relevant, ondersteund worden met myofaciale triggerpoint behandeling [9,19-21], zoals Dry Needling [22,23], om de (intensiteit) van de pijn te verminderen.

Er kan overgegaan worden tot het geven van injecties met corticosteroiden, in overleg met de huisarts. Deze zijn effectief in de eerste 8 weken (frequentie om de 2 tot 4 weken).

[1,9,24,25] Bij langer gebruik is het effect onduidelijk. [1,9,24,25] In deze fase is er weer een evaluatiemoment (6-12 weken) waarbij de behandeling gestopt wordt als de behandeldoelen zijn bereikt. Mochten er nog steeds klachten zijn dan is het risicoprofiel HOOG bereikt.

Profiel 3 HOOG: afwijkend beloop met psychosociale herstel belemmerende factoren

In deze fase zal gekeken worden naar negatieve prognostische factoren: dominante invloed van psychosociale factoren. De PsychoSomatisch Fysiotherapeut (PSF) wordt in overleg met de patiënt geconsulteerd. Bij eventuele relevante comorbiditeit(en) kan door de huisarts de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) ingeschakeld worden. De behandeling krijgt zo een meer multidisciplinair karakter, waarbij mogelijk een meer gedragsmatige aanpak vanuit verschillende disciplines binnen een MDO besproken kan worden en daarna desgewenst uitgevoerd worden.

Evaluatie

In overleg met de patiënt zal het behandelresultaat geëvalueerd worden (>12 weken). De behandeling wordt gestopt als de gestelde behandeldoelen bereikt zijn. Is dit niet het geval, dan zal naar de patiënt het voorstel gedaan worden om een sportarts/orthopedisch chirurg te consulteren. Een verwijzing naar een medisch specialist kan ook plaatsvinden bij recidiverende klachten ondanks de eerdere behandeling met de genoemde analgetica, lokale injecties, fysiotherapie en/of manuele therapie en/of psychosomatische fysiotherapie.

De verschillende stappen in het stroomschema worden apart besproken. In de dagelijkse praktijk kan het zijn dat op basis van klinisch redeneren en overleg tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt, stappen sneller of langzamer gezet kunnen worden.

Aan patiënt gerelateerde factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige pijn • Lange duur van de klachten • Tegelijk bestaan van nekklachten • Functionele beperkingen • Hogere leeftijd •
Psychosociale factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van specifieke copingstijlen • Ongeluk/incident dat volgens patiënt oorzaak van de klachten is • Somatiseren • Kinesiofobie • Negatieve verwachtingen
Werk gerelateerde factoren	Werkloos

Tabel 3 prognostische factoren (NHG -standaard 2019)

Referenties

1. NHG standaard schouderklachten, 2de herziening 2008 NHG standaard Schouderklachten io. Najaar 2019.
http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEWjp3Mq9ue_JAhVE4w4KHSI5CvoQFggsMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.henw.org%2Farchieff%2Fpdf%2Fid1161-nhg-standaard-schouderklachten.html&usq=AFQjCNE6isHwW49vQiVFM8IsMi0dVVf_kw
2. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
3. Kuijpers T, Van der Windt DA, Van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004;109:420-31.
4. Kuijpers T, Van der Windt DA, Boeke AJ, Twisk JW, Vergouwe Y, Bouter LM, et al. Clinical prediction rules for the prognosis of shoulder pain in general practice. *Pain* 2006;120:276-85.
5. Bot SD, Van der Waal JM, Terwee CB, Van der Windt DA, Scholten RJ, Bouter LM, et al. Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. *Spine* 2005;30:E459-70.
6. Feleus A, Bierma-Zeinstra SM, Miedema HS, Verhagen AP, Nauta AP, Burdorf A, et al. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice: 6 months follow-up. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:169-76.
7. Thomas E, Van der Windt DA, Hay EM, Smidt N, Dziedzic K, Bouter LM, et al. Two pragmatic trials of treatment for shoulder disorders in primary care: generalisability, course, and prognostic indicators. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1056-61.
8. Taheriazam A, Sadatsafavi M, Moayyeri A. Outcome predictors in nonoperative management of newly diagnosed subacromial impingement syndrome: A longitudinal study. *MedGenMed* 2005; 7 (1): 63.
9. Diercks R, Bron C, Dorrestijn O, Meskers C, Naber R, de Ruitter T, Willems J, Winters J, van der Woude HJ; Dutch Orthopaedic Association. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome: a multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthop.* 2014 Jun;85(3):314-22.
10. M.J. Jansen, F. Brooijmans, J.J.X.R. Geraets, A.F. Lenssen, R.P.G. Ottenheijm, L.I.F. Penning en R.A. de Bie. KNGF Evidence-based Statement subcromiale klachten 2011.
11. Ottenheijm R P, Jansen M J, Staal J B, van den Bruel A, Weijers R E, de Bie R A, Dinant G J. Accuracy of diagnostic ultrasound in patients with suspected subacromial disorders: A systematic review and meta-analysis. [review]. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91 (10): 1616-25.
12. Rutten M J, Jager G J, Kiemeny L A. Ultrasound detection of rotator cuff tears: Observer agreement related to increasing experience. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 195 (6): W440-6.
13. Sipola P, Niemitukia L, Kroger H, Hofling I, Vaatainen U. Detection and quantification of rotator cuff tears with ultrasonography and magnetic resonance imaging – a

- prospective study in 77 consecutive patients with a surgical reference. *Ultrasound Med Biol* 2010; 36 (12): 1981-9.
14. Kukkonen J, Joukainen A, Lehtinen J, Mattila KT, Tuominen EK, Kauko T, Aärimala V. 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.
 15. Lombardi I Jr, Magri A G, Fleury A M, Da Silva A C, Natour J. Progressive resistance training in patients with shoulder impingement syndrome: A randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2008; 59 (5): 615-22.
 16. Haahr JP, Østergaard S, Dalsgaard J, Norup K, Frost P, Lausen S, Holm EA, Andersen JH. Exercises versus arthroscopic decompression in patients with subacromial impingement: a randomised, controlled study in 90 cases with a one year follow up. *Ann Rheum Dis.* 2005 May;64(5):760-4.
 17. Haahr JP, Andersen JH. Exercises may be as efficient as subacromial decompression in patients with subacromial stage II impingement: 4-8-years' follow-up in a prospective, randomized study. *Scand J Rheumatol.* 2006 May-Jun;35(3):224-8.
 18. Holmgren T, Björnsson Hallgren H, Öberg B, Adolfsson L, Johansson K. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ.* 2012 Feb 20;344:e787.
 19. Bron C, de Gast A, Dommerholt J, Stegenga B, Wensing M, Oostendorp R A. Treatment of myofascial trigger points in patients with chronic shoulder pain: A randomized, controlled trial. *BMC Medicine* 2011; 9: 8.
 20. Hains G, Descarreaux M, Hains F. Chronic shoulder pain of myofascial origin: A randomized clinical trial using ischemic compression therapy. *J Manipulative Physiol Ther* 2010; 33 (5): 362-9.
 21. Yang J L, Chen S, Hsieh C L, Lin J J. Effects and predictors of shoulder muscle massage for patients with posterior shoulder tightness. *BMC Musculoskelet Disord* 2012; 13 (1): 46.
 22. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MJ, Li P. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015 May;96(5):944-55.
 23. Calvo-Lobo C, Pacheco-da-Costa S, Martínez-Martínez J, Rodríguez-Sanz D, Cuesta-Álvaro P, López-López D. Dry Needling on the Infraspinatus Latent and Active Myofascial Trigger Points in Older Adults With Nonspecific Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial. *J Geriatr Phys Ther.* 2016 Jan 15.
 24. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: A meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55 (512): 224-8.
 25. Gaujoux-Viala C, Dougados M, Gossec L. Efficacy and safety of steroid injections for shoulder and elbow tendonitis: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (12): 1843-9.

Zorgprogramma Heup/knie-arthrose

Inleiding

Het zorgprogramma is ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg voor mensen met heup- en/of kniearthrose te verbeteren. De patiënt staat hierbij centraal. Het zorgprogramma beschrijft welke zorg er nodig is. De invulling wie, op welk moment welke zorg levert, is hier dus ondergeschikt aan. Maar tegelijkertijd is deze wel essentieel om te borgen dat de uitgevoerde zorg daadwerkelijk gelijk is aan de hierna beschreven evidence-based zorg.

De basis van de klinische diagnose wordt gevormd door de classificatie criteria van de American College of Rheumatology voor heup- en kniearthrose, Conservatieve behandeling van heup/knie artrose van de Federatie van Medische Specialisten (FMS), Richtlijn niet-traumatisch knieklachten Nederlandse Huisartsen Geneeskunde (NHG) en richtlijn heup en knie artrose Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Daarnaast is niet alleen de medische diagnose belangrijk, maar ook de gevolgen die dit heeft voor de beperkingen in activiteiten die iemand hiervan ondervindt en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie. De International Classification of Functioning , disability and health (ICF) is een hulpmiddel en checklist om te zorgen dat alle factoren die een rol spelen bij het gezondheidsprobleem van de patiënt, in kaart worden gebracht.

Voordat er een indicatie is voor het diagnostische proces vindt er een screening plaats. Tijdens het diagnostische proces wordt de klacht geïnventariseerd, belasting/belastbaarheid analyse gemaakt, en aanwezigheid van prognostische factoren in kaart gebracht

Het zorgprogramma bestaat uit drie onderdelen:

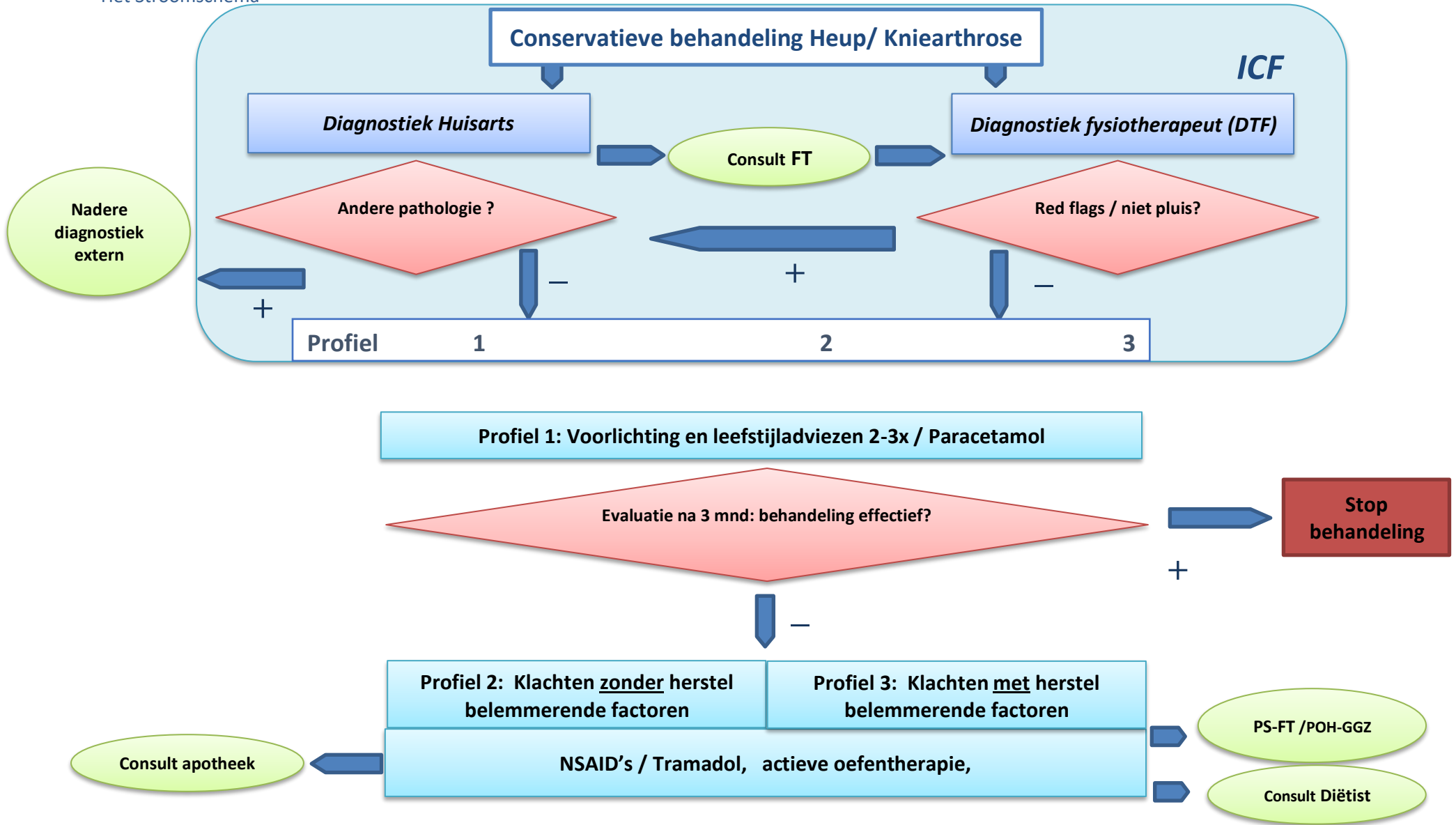
1. Het stroomschema

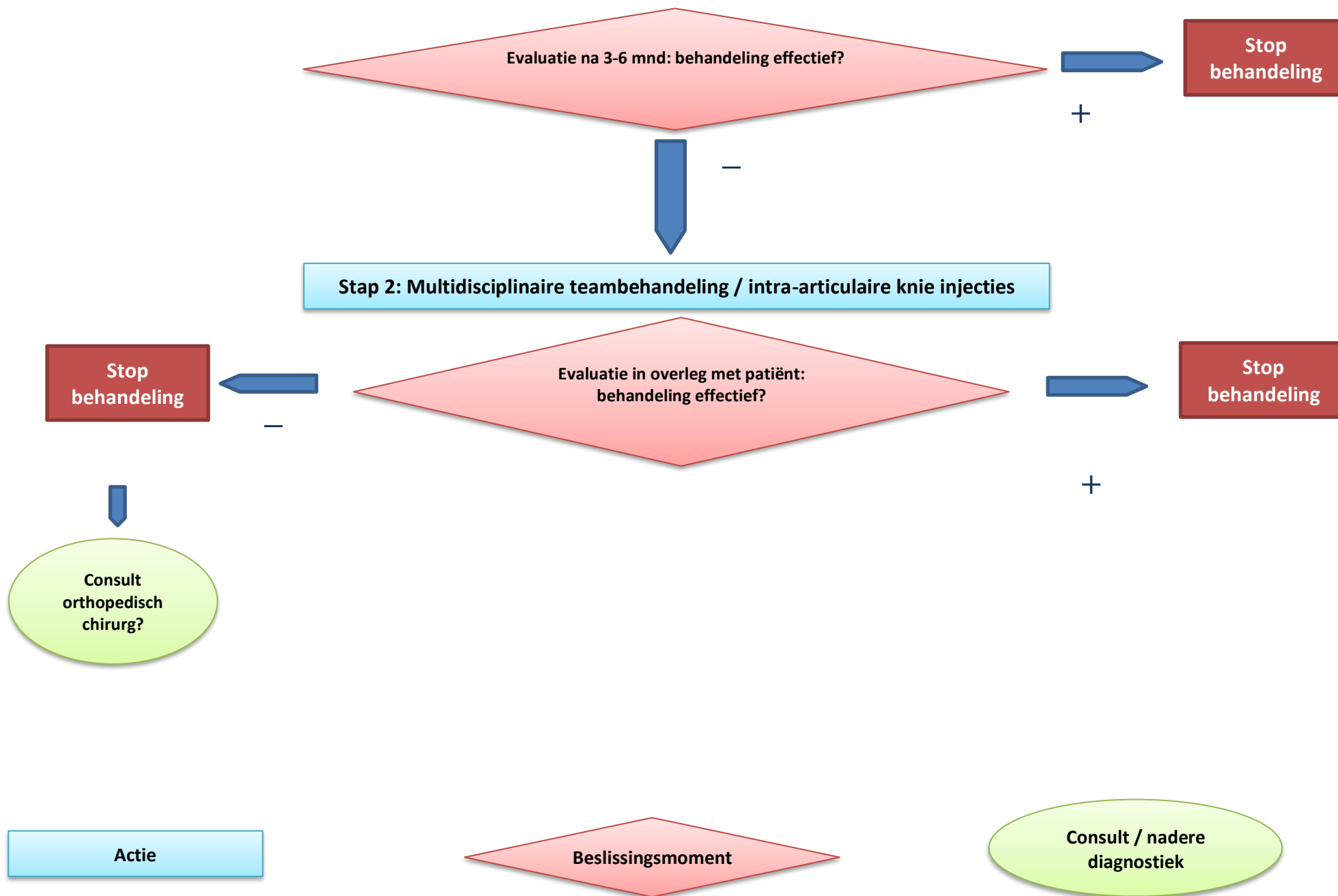
In dit schema staan de acties rond het onderzoek en de behandeling, de beslismomenten op basis van klinisch redeneren en de verwijs- /consultmomenten, vermeld in de verschillende zorgfases.

2. De toelichting en onderbouwing

Hierin wordt het stroomschema toegelicht. De onderbouwing van de evidence-based zorg wordt beschreven. Verwijzingen naar literatuur waarop de kwaliteit van de zorg gebaseerd is, bijlagen ter verduidelijking van het stroomschema, maar ook de tools om het zorgprogramma met de gemaakte afspraken en de geleverde zorg te evalueren, worden hier benoemd. De toelichting en onderbouwing kunnen dus goed als naslagwerk geraadpleegd worden.

Het Stroomschema



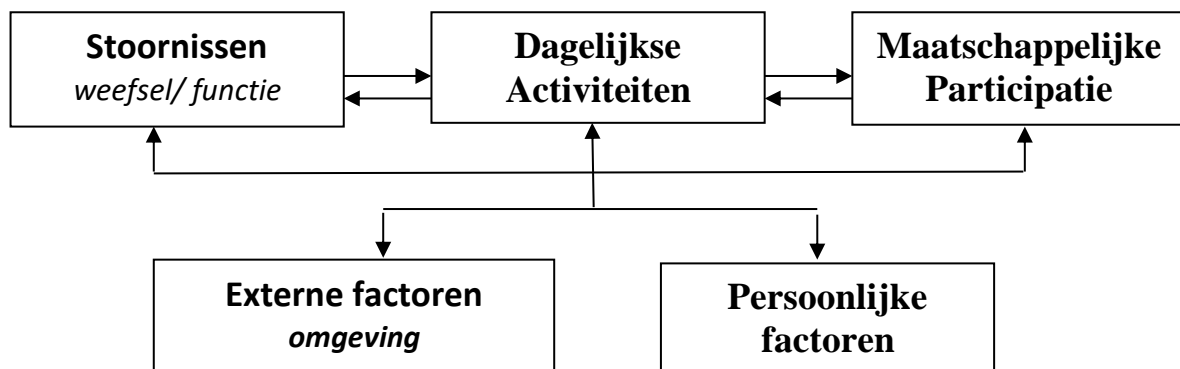


Toelichting en onderbouwing

Diagnostiek

De patiënt met heup en/of knieartrose kan zich aanmelden bij de huisarts (HA) of bij de fysiotherapeut (FT) via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Instream kan ook plaatsvinden via één van de andere zorgverleners. De gezondheidsproblemen worden in kaart gebracht volgens de ICF (Internationale Classificatie voor Functioning, disability and health, zie Bijlage 1 [1] en schema hieronder). De ICF houdt in dat geïnventariseerd wordt welke stoornissen (op weefsel en/of functieniveau) er aanwezig zijn, welke beperkingen in dagelijks functioneren dit tot gevolg heeft en of dit problemen geeft voor de maatschappelijke participatie (werk, vrije tijd, hobby, sport). Aanvullend hieraan wordt de invloed van externe (omgeving) factoren en persoonlijke factoren vastgelegd.

Bij de inventarisatie van de gezondheidsproblemen wordt rekening gehouden met voorspellende factoren (predictoren) voor een mogelijk ongunstig beloop van de klachten (zie Tabel 1 [2,3]).



Zowel bij de HA als de FT zal er gekeken worden of de klacht van de patiënt verschijnselen vertoont van klinische artrose (klinische ACR criteria Bijlage 2 [4,5]) of dat er andere pathologie speelt (HA) en er nadere diagnostiek nodig is. Bij de FT wordt de screening uitgevoerd en beoordeeld of er een indicatie is voor het verdere diagnostische proces.

Behandelprofielen

Wanneer de screening pluis is, wordt na het diagnostische proces het profiel zo goed mogelijk ingeschat en nagevolgd.

Profiel 1; Laag

In dit profiel wordt ervan uit gegaan dat de patiënt voldoende heeft aan kortdurende voorlichting, advies en oefeninstructies. De patiënt krijgt voorlichting over artrose, mogelijkheden betreffende pijnmedicatie en leefstijladviezen. Samen met de patiënt worden de mogelijk aanwezige prognostische factoren voor artrose (Tabel 2) [2,3] besproken en wordt de voorlichting hierop aangepast. [6] Als medicatie wordt in eerste instantie gekozen voor het gebruik van paracetamol tot max. 6x 500mgr per dag.

De patiënt wordt laagfrequent, 2 tot 3x, gezien en na 3 maanden vindt een evaluatie plaats met een beslismoment. Gaat het goed dan stopt de behandeling. Is de behandeling niet effectief dan volgt profiel 2.

Profiel 2; Midden

In dit profiel krijgt de patiënt een intensievere begeleiding omdat zijn hulpvraag niet met kortdurende voorlichting, advies en instructie alleen op te lossen is. De patiënt wordt begeleid met het opstarten van een oefenprogramma. Hiervoor zijn 12 behandelingen vanuit de basisverzekering beschikbaar. Het doel is de patiënt te leren om zelfstandig een oefenprogramma uit te voeren en voldoende lichamelijke activiteit te krijgen en behouden.

De patiënt wordt middenfrequent, 12 - 15 keer, gezien en na 3 maanden vindt een evaluatie plaats met een beslismoment. Gaat het goed dan stopt de behandeling. Is de behandeling niet effectief dan volgt stap 2.

Profiel 3; Hoog

In dit profiel krijgt de patiënt een langdurige begeleiding omdat er sprake is van dominante aanwezigheid van herstelbelemmerende factoren (gele vlaggen). In het geval van problemen met coping wordt de zorg, genoemd in profiel 2, aangevuld met een Psychosomatische Fysiotherapeut of POH GGZ. Wanneer er sprake is van knieartrose gecombineerd met overgewicht (BMI >25) kan er een diëtist of leefstijlprofessional worden ingeschakeld.

De patiënt wordt hoog frequent, 18 - 24 keer, gezien en na 3 maanden vindt een evaluatie plaats met een beslismoment. Gaat het goed dan stopt de behandeling. Is de behandeling niet effectief dan volgt stap 2.

Stap 2 Aanvullende diagnostiek/behandeling

In deze fase vindt overleg plaats tussen HA en FT over de voortgang van de behandeling, waarbij de FT rapporteert over zijn bevindingen en advies geeft over vervolg vanuit zijn expertise. In een proces van klinisch redeneren overweegt en besluit de HA tot verwijzing naar een multidisciplinaire teambehandeling (sportarts) en/of een intra articulaire knie injectie (in geval van knieartrose) met pijnstillende medicatie of hyaluronzuur. Dit gebeurt altijd in overleg met de patiënt. De multidisciplinaire teambehandeling kenmerkt zich door de inzet en afstemming van diverse behandelaars in samenspraak met de patiënt. De afstemming op elkaars werkwijzen wordt gemaakt tijdens een MultiDisciplinaire Overleg (MDO).

Afhankelijk van het effect van deze vervolg behandeling wordt de behandeling gestopt of wordt er uiteindelijk doorverwezen voor een consult bij de orthopedisch chirurg. Deze doorverwijzing vindt dus in principe pas plaats indien het conservatieve traject heeft plaatsgevonden en geen resultaten heeft opgeleverd. [20]

Behandeling

Medicatie

Bij veel pijn wordt overwogen om zwaardere medicatie voor te schrijven (NSAID's of Tramadol). Hierbij speelt de aanwezigheid van andere pathologie een belangrijke rol. Bij deze overweging wordt zo nodig contact gezocht met de apotheker voor zijn/haar deskundig advies.

Oefentherapie

Oefentherapie bij patiënten met heup- en knieartrose is effectief [8,9] en beschreven in diverse nationale en internationale richtlijnen [10-15]. De oefentherapie bestaat uit spierversterkende en functionele oefentherapie, het trainen van de aerobe capaciteit, mobiliserende oefentherapie in geval van bijkomende beperkingen qua mobiliteit van de gewrichten en rekkingsoefeningen bij verkortingen (m.n. bij heupartrose).

Mogelijke behandelstrategieën zijn de volgende evidence-based oefenprogramma's:

- Stabilo oefenprogramma voor patiënten met knieartrose [16]
- Graded Activity bij patiënten met heup- en/of knieartrose en veel pijngedrag en een laag niveau van functioneren [17]
- KNGF-richtlijn artrose heup-knie 2018 [24]
- (COOA-oefenprogramma voor mensen met knieartrose en comorbiditeit. [18]
(Aangepaste behandelprotocollen, op basis van een recent bewezen effectieve behandeling voor deze doelgroep, zijn nog in ontwikkeling [19])

Extra instroom

Een extra instroommogelijkheid vormt de verwijzing door de huisarts na overleg met de Praktijk Ondersteuner Huisarts Somatiek of ouderen (POH-Somatiek of POH ouderen). Mensen met comorbiditeit, die daarnaast ook heup- en/of knieartrose hebben kunnen worden doorverwezen voor oefentherapie (COOA) of voor multidisciplinaire teambehandeling (stap 2). Bij deze laatste stap is er een indicatie voor gezamenlijke behandeling bij verschillende disciplines. In de overweging om door te verwijzen naar dit zorgprogramma schat de POH-Somatiek in of de heup- en/of knieartrose zodanig op de voorgrond staat, dat het zorgprogramma geïndiceerd is. In de overweging van de huisarts is het altijd mogelijk om een consult bij de fysiotherapeut in te zetten ter ondersteuning en nadere diagnostiek.

Tweede lijns verwijzingen

Doelstelling van het programma is: **Juiste zorg op de juiste plek**. Naast substitutie van tweede- naar eerstelijns zorg wordt ook harmonisatie van verwijs- en behandelbeleid nagestreefd.

Binnen de orthopedische diagnostiek/behandeling is een verschuiving gaande van een weefsel georiënteerde werkwijze naar een meer functie georiënteerde werkwijze. De harmonisatie van het verwijsbeleid naar de tweede lijn kan worden vormgegeven door herindeling van verwijzing o.b.v. het functieprofiel specialist. De verwijzing naar de tweede lijn kan worden gedifferentieerd in laag-complexe en hoog-complexe zorg.

Thema	SPORTARTS	ORTHOPEDISCH CHIRURG
Oriëntatie	Weefsel/Functie Belasting/belastbaarheid	Weefsel
Aandachtsgebied	<u>Niet-snijdende orthopedie</u>	<u>Snijdende orthopedie</u>
Diagnostiek	Orthopedisch onderzoek Beeldvormende diagnostiek Functiediagnostiek onder echo Spierkrachtmeting Biomechanische analyse (o.a. loopenalyse) Ketendiagnostiek	Orthopedisch onderzoek Beeldvormende diagnostiek Lokale diagnostiek
Behandeling	Laag-complexe zorg Gericht beweeg- en sportadvies Aanpassen trainingsschema Specifieke oefeningen voorschrijven Injectietherapie, Begeleiding/procesbewaking bij revalidatie/hersteltrajecten Overleg/afstemming met trainers/begeleiders over o.a. aanpassen sportmateriaal	Hoog-complexe zorg Injectietherapie, Operatieve ingreep

Medisch Specialistische revalidatie (MSR)

Beoordeling van het klinische beeld op basis van persistente wijdverspreide en langdurige pijnklachten middels een multidisciplinair diagnostisch team, bestaande uit revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog en inspanningsfysioloog bij het vermoeden van een chirurgische ingreep of injectie.

Referenties

1. Dreinhofer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, et al. ICF Core Sets for osteoarthritis. *J Rehabil Med.* 2004 Jul;(44 Suppl):75-80.
2. de Rooij M, van der Leeden M, Heymans MW, Holla JF, Häkkinen A, Lems WF, Roorda LD, Veenhof C, Sanchez-Ramirez DC, de Vet HC, Dekker J. Prognosis of pain and physical functioning in patients with knee osteoarthritis: Systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015 Aug 28. doi: 10.1002/acr.22693. [Epub ahead of print]
3. de Rooij M, van der Leeden M, Heymans MW, Holla JF, Häkkinen A, Lems WF, Roorda LD, Veenhof C, Sanchez-Ramirez DC, de Vet HC, Dekker J. Course and predictors of pain and physical functioning in patients with hip osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2015 (accepted for publication).
4. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991 May;34(5):505-14.
5. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum.* 1986 Aug;29(8):1039-49.
6. French SD, Bennell KL, Nicolson PJ, Hodges PW, Dobson FL, Hinman RS. What do people with knee or hip osteoarthritis need to know? An international consensus list of essential statements for osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2015 May;67(6):809-16.
7. Reeuwijk KG, de Rooij M, van Dijk GM, Veenhof C, Steultjens MP, Dekker J. Osteoarthritis of the hip or knee: which coexisting disorders are disabling? *Clin Rheumatol.* 2010 Jul;29(7):739-47. doi: 10.1007/s10067-010-1392-8. Epub 2010 Feb 23.
8. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med.* 2015 Sep 24. pii: bjsports-2015-095424. doi: 10.1136/bjsports-2015-095424. [Epub ahead of print]
9. Brosseau L, Wells GA, Pugh AG, Smith CA, Rahman P, Álvarez Gallardo IC, Toupin-April K, Loew L, De Angelis G, Cavallo S, Taki J, Marcotte R, Fransen M, Hernandez-Molina G, Kenny GP, Regnaud JP, Lefevre-Colau MM, Brooks S, Laferriere L, McLean L, Longchamp G. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercise in the management of hip osteoarthritis. *Clin Rehabil.* 2015 Sep 23. pii: 0269215515606198. [Epub ahead of print].
10. Peter WF, Jansen MJ, Hurkmans EJ, et al. Guideline Steering Committee - Hip and Knee Osteoarthritis. Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis: development of a practice guideline concerning initial assessment, treatment and evaluation. *Acta Reumatol Port.* 2011;36(3):268–281. Available from <http://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>.
11. Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Raaijmakers AJ, Van der Wissel F, Opstelten W. Huisarts Wet. NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen, NHG Standaarden voor de huisarts. 51 ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
12. CBO. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van heup- en knie artrose. <http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Bewegingsapparaat/2007>.
13. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, Doherty M, Geenen R, Hammond A, Kjekouk I, Lohmander LS, Lund H, Mallen CD, Nava T, Oliver S,

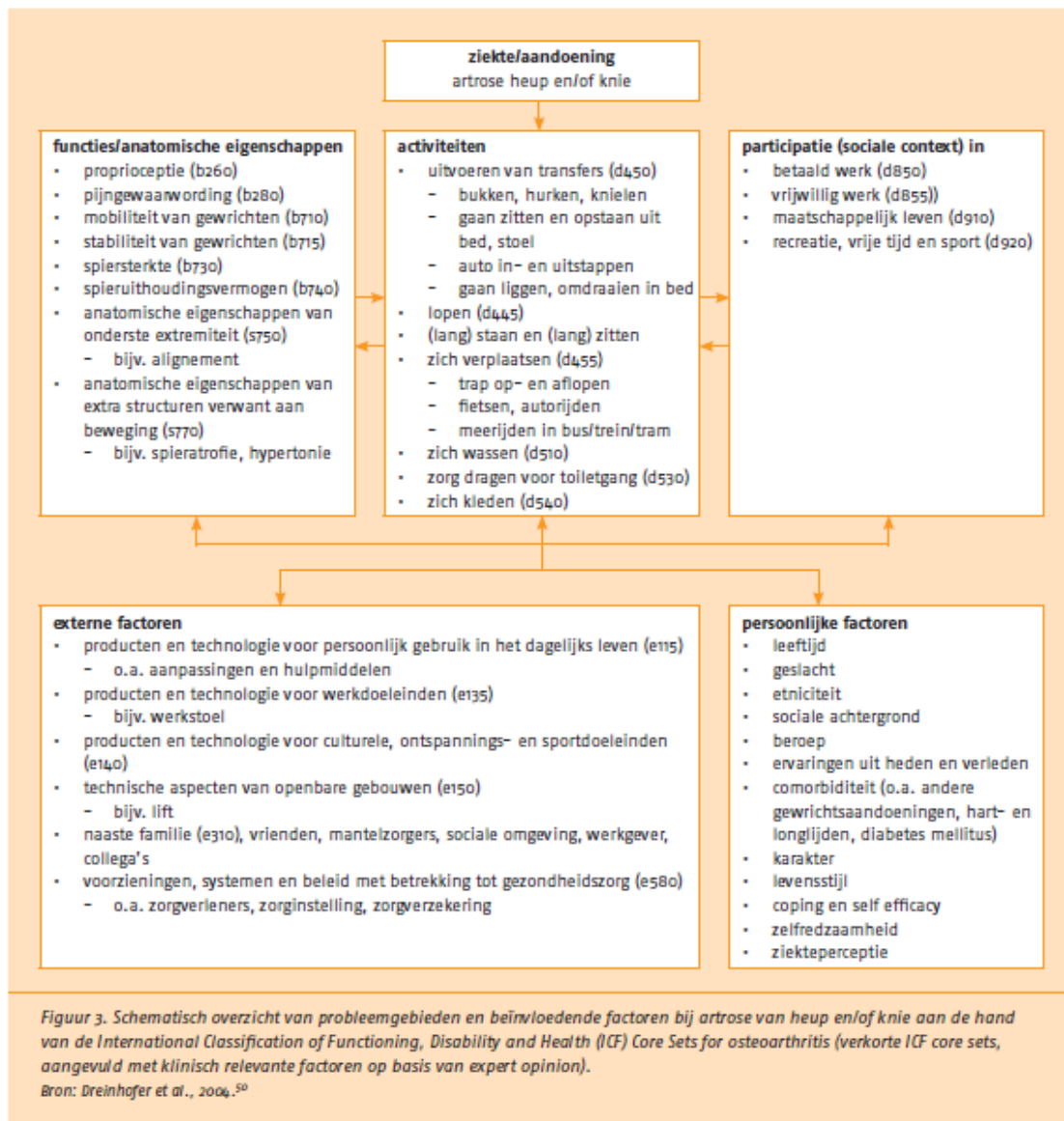
- Pavelka K, Pitsillidou I, da Silva JA, de la Torre J, Zanolli G, Vliet Vlieland TP. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. European League Against Rheumatism (EULAR). *Ann Rheum Dis*. 2013 Jul;72(7):1125-35. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-202745. Epub 2013 Apr 17.
14. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, Towheed T, Welch V, Wells G, Tugwell P; American College of Rheumatology. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Apr;64(4):465-74
 15. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, Hawker GA, Henrotin Y, Hunter DJ, Kawaguchi H, Kwoh K, Lohmander S, Rannou F, Roos EM, Underwood M. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014 Mar;22(3):363-88.
 16. Knoop J, Dekker J, van der Leeden M, van der Esch M, Thorstensson CA, Gerritsen M, Voorneman RE, Peter WF, de Rooij M, Romviel S, Lems WF, Roorda LD, Steultjens MP. Knee joint stabilization therapy in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013 Aug;21(8):1025-34. doi: 10.1016/j.joca.2013.05.012. Epub 2013 May 28.
 17. Veenhof C, Köke AJ, Dekker J, Oostendorp RA, Bijlsma JW, van Tulder MW, van den Ende CH. Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee: A randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2006 Dec 15;55(6):925-34.
 18. de Rooij M, van der Leeden M, Avezaat E, Häkkinen A, Klaver R, Maas T, Peter WF, Roorda LD, Lems WF, Dekker J. Development of comorbidity-adapted exercise protocols for patients with knee osteoarthritis. *Clin Interv Aging*. 2014 May 14;9:829-42. doi: 10.2147/CIA.S55705.
 19. de Rooij M. Van complexiteit naar prioriteit: DO-IT onderzoek: Effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met knie artrose en comorbiditeit: een gerandomiseerd onderzoek. Dag van de Fysiotherapeut, 6 november 2015.
 20. Verstandige keuzes binnen de orthopedie, Medisch Contact, 2 maart 2015 <http://www.medischcontact.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/148703/NOV-Orthopeden-moeten-niet-te-snel-opereren.htm>
 21. http://www.eumusc.net/workpackages_wp5.cfm
 22. Petersson IF, Strömbeck B, Andersen L, Cimmino M, Greiff R, Loza E, Sciré C, Stamm T, Stoffer M, Uhlig T, Woolf AD, Vliet Vlieland TP; eumusc.net-working group. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project. *Ann Rheum Dis*. 2014 May;73(5):906-8.
 23. Peter WF, Hurkmans EJ, van der Wees PJ, Hendriks EJ, van Bodegom-Vos L, Vliet Vlieland TP. Health care quality indicators for physiotherapy management in hip and knee osteoarthritis and rheumatoid arthritis; a Delphi study. *Musculoskeletal Care*, 2015, (accepted for publication).
 24. Kampshoff C, Peter W, Doormaal van M, KNGF richtlijn artrose heup –knie, 2018

Bijlage 1 Prognostische factoren in pijn en fysiek functioneren van mensen met heup of knie artrose

Bron KNGF richtlijn	Heup		Knie	
	Pijn	Fysiek functioneren	Pijn	Fysiek functioneren
++ sterk bewijs + matig bewijs				
Functies en anatomische eigenschappen				
Kniepijn beiderzijds		++	++	
Veel kniepijn bij aanvang klachten			++	++
Pijn bij patellofemorale compressie				++
Geringe spierkracht m. quadriceps				++
Verminderde range of motion bij aanvang klachten		+		+
Ernstige en/of progressieve radiologische schade in de knie				++
Activiteiten en participatie				
Meer beperkingen in activiteiten				++
Lagere loopsnelheid				++
Fysieke inactiviteit	++			
Persoonlijke factoren				
Hogere leeftijd		+		+
Vrouwelijk geslacht	+	+		
Betrokkenheid contralaterale gewricht of ander gewichtdragend gewricht	+	+	+	+
Aanwezigheid van diverse vormen van comorbiditeit		++		++
Overgewicht		+		++
Slechtere algemene gezondheid				++
Lage vitaliteit		++		++
Slechtere mentale gezondheid: depressie, coping, cognitie			++	++
Genetisch factoren	+	+	+	+
Omgevingsfactoren				
Geen begeleide fysiotherapie	+			

Bijlage 2

Model van de International Classification of Functioning, disability and health (ICF)



Bijlage 3

Klinische classificatiecriteria voor knieartrose

FMS	NHG	KNGF
<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - aan activiteit gerelateerde pijn in het kniegewricht - geen of kortdurende (<30 min.) kniegewricht gerelateerde ochtendstijfheid <p>Diagnose wordt meer waarschijnlijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opstartpijn en –stijfheid -crepitaties bij het bewegingsonderz. - benige verbreding van het gewricht 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - aan activiteit gerelateerde pijn in het kniegewricht - geen of kortdurende (<30 min.) kniegewricht gerelateerde ochtendstijfheid <p>Diagnose wordt meer waarschijnlijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verminderde flexie/extensie - crepitaties bij het bewegingsonderz. - gevoeligheid van de gewricht spleet - benige verbreding van het kniegewricht 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - ochtendstijfheid van minder dan 30 minuten - crepitaties van de knie bij Bewegingsonderzoek - pijn bij palpatie van de benige structuren - benige verbreding van het kniegewricht - afwezigheid van een verhoogde temperatuur van het kniegewricht
Bron: FMS: conservatieve behandeling artrose 2018. NICE-richtlijn Osteoartritis 2014	Bron: NHG richtlijn niet traumatische knieklachten 2016	KNGF richtlijn ACR criteria 2018

Klinische classificatiecriteria voor heupartrose

FMS	NHG	KNGF
<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - aan activiteit gerelateerde pijn in het heupgewricht - geen of kortdurende (<30 minuten) heupgewricht gerelateerde ochtendstijfheid 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - aan activiteit gerelateerde pijn in het heupgewricht - geen of kortdurende (<30 minuten) heupgewricht gerelateerde ochtendstijfheid 	<ul style="list-style-type: none"> - 45 jaar of ouder - pijn in de heup in combinatie met de volgende kenmerken: <ul style="list-style-type: none"> - ochtendstijfheid van de heup < 60 minuten - pijn bij endorotatie van de heup (endorotatie van de heup $\geq 15^\circ$) Of - pijn in de heup in combinatie met de volgende kenmerken: <ul style="list-style-type: none"> - endorotatie van de heup < 15° - flexie van de heup $\leq 115^\circ$
Bron: FMS: conservatieve behandeling artrose 2018. NICE- richtlijn Osteoartritis 2014	NHG gebruikt FMS	Bron: KNGF-richtlijn ACR criteria 2018

Bijlage 4

Niet-snijdende orthopedie

Specialistische diagnostiek sportgeneeskunde

Beoordeling van het klinische beeld op basis van:

- Weefsel-diagnostiek
 - Orthopedisch onderzoek
 - Beeldvormende diagnostiek
 - differentiaal diagnostiek: Onterechte versus terechte injecties met corticosteroiden in spieren/pezen
- Functie-diagnostiek:
 - Bewegingsanalyse
 - Naast locale functionaliteit vooral functionaliteit van de gehele keten
 - Belasting-belastbaarheidsdiagnostiek
 - Inspanningsdiagnostiek
 - Beoordeling samenhang van lokaal klinisch beeld met algemene belastbaarheid middels inspanningstest
- Behandelbeloop

Specialistische behandeling sportgeneeskunde

- Echo geleide injectie:
 - i.g.v. gelocaliseerd prikken
 - i.g.v. gebrek aan effect na eerste “blinde” injectie → met echo geleide injectie herhalen.
- Glucosamine/ hyaluronzuur-injecties.
- Beoordeling (on)terechte injecties met corticosteroiden in spieren/pezen
- Regisseren multidisciplinaire behandeling met aandacht voor lokale en totale belasting/belastbaarheid:
 - bij afwijkend beloop bij herstel van trauma, surmenage en operatie
 - bij aangepast bewegen:
 - niet alleen sporters, ook
 - mensen met zware beroepen,

Indicatiegebied sportgeneeskunde:

- **Knie**
 - Patella-femorale klachten
 - Beginnende artrose
 - Patiënten die niet geopereerd willen/kunnen worden (artrose)
 - Instabiliteitsklachten o.b.v. functie
 - Afwijkende belopen bij knieklachten in het algemeen
- **Heup**
 - Bursitis klachten
 - Beginnende artrose
 - Patiënten die nog niet geopereerd willen worden (artrose)
 - Onbegrepen liesklachten

Bijlage 5

Medicatieplan

1. Paracetamol: 3-4 x daags 500/1000mg; maximale dosering 4 gr/dag.; langer dan 1 mnd.: 2,5 gr/dag.
2. NSAIDS:
 - Diclofenac 2-3 dd 25/50mg of 2 dd 75mg retard (heeft het laagste gastro-intestinale risico)
 - Ibuprofen 3 dd 400/600mg (niet gebruiken icm acetylsalicylzuur)
 - Naproxen 2 dd 250/500mg (laagste cardiovasculair risico)Coxib:
 - Entoricoxib 60 mg per dag; risico cardiovasculaire complicaties is verhoogd tegenover minder gastro-intestinale complicaties.

Geen NSAIDS of Coxib gebruiken bij:

 - Overgevoeligheid
 - Kwetsbare ouderen
 - eGFR < 60; absoluut CI <30
 - Verminderde leverfunctie
 - Verhoogd gastro-intestinaal risico
 - Inflammatoire darmziekten
 - Gebruik van anticoagulantia/lithium/ciclosporine/tracolimus/methotrexaat
3. Tramadol:
 - Start met lage dosering, met name bij kwetsbare patiënten i.v.m. bijwerkingen: 2-3 x daags 50mg of druppels 1dr.=2,5 mg
 - Bij goede pijnstilling omzetten naar retard versie (werkt langer met minder bijwerkingen)
4. Sterk werkend opiaat: toediening oraal of via pleister
 - Startdosering: 1-2 dd 10-30mg retard; indien >70jr of <50kg : 2 dd 10mg
 - Pleister: fentanyl: 1 x per 3 dagen 12,5mg
5. Injecties:
 - Diclofenac 25mg/ml 3ml
 - Triamcinolon 10/40mg/ml
6. Topicale therapie:
 - Diclofenac emulgel: 2-3 dd
 - MSM gel 2-3 dd