

Bijeenkomst van de Focusgroep Schouderklachten: Over bewegingsbeperkingen en pijnlijke trajecten

De concepttekst van elke nieuwe of ingrijpend veranderde standaard wordt besproken in een Focusgroep waarin huisartsenopleiders en aios zitting hebben. Ook nemen enkele NHG-medewerkers deel, namelijk het staflid dat bij de ontwikkeling van de betreffende standaard betrokken was, en een staflid dat zich zal bezighouden met het ontwikkelen van materialen voor de implementatie van de standaard. NHG-stafid Saskia Mol begeleidt alle Focusgroepen.

Een Focusgroep is een 'gelegenheidsgezelschap'; voor elke standaard die moet worden besproken, wordt een nieuwe Focusgroep samengesteld. Hiertoe wordt steeds een andere afdeling Huisartsgeneeskunde benaderd.

Voordat een Focusgroep bijeenkomt, denken de deelnemers na over een aantal vragen, namelijk:

- ▶ Welke richtlijnen uit deze conceptstandaard begrijp ik niet of vind ik onduidelijk geformuleerd?
- ▶ Van welke van de belangrijkste richtlijnen verwacht ik dat ze knelpunten opleveren bij de implementatie ervan?
- ▶ Welk implementatiemateriaal zou behulpzaam zijn bij het oplossen van deze knelpunten?
- ▶ Heb ik suggesties voor implementatiemateriaal toegesneden op ouderen of allochtonen?

Belangrijkste knelpunten

De tien leden van de Focusgroep die zich buigt over de concepttekst van de herziene NHG-Standaard Schouderklachten, komen begin maart in Drenthe bijeen. Alle deelnemers schrijven eerst het knelpunt op dat zijzelf het belangrijkste vinden. Het resultaat daarvan wordt vervolgens genoteerd op flap-overvellen, met een onderverdeling in problemen op het gebied van de inhoud van de standaard en verwachte moeilijkheden bij de implementatie ervan.

Bij deze standaard Schouderklachten blijkt een belangrijk knelpunt te liggen bij de nieuwe 'driedeling' in de diagnostiek en bij de onderbouwing daarvan. De terminologie wordt daarbij niet altijd duidelijk gevonden. En er zijn nog wel meer opmerkingen:

- ▶ 'De standaard gaat over niet-traumatische klachten, maar wat is nou een trauma? Kleine voorvalletjes kunnen klachten luxeren. Hoe maak je dan dat onderscheid? En wat doe je met de wél traumatische klachten; maak je daarvoor óók een standaard?'
- ▶ 'Als iemand hevige pijn heeft en je kúnt iets doen, dan móét je dat toch ook doen? Ik ga dan echt niet twee weken wachten, zoals de standaard zegt. Van mij krijgt iemand dan gewoon meteen een injectie. Met die richtlijn ben ik het dus niet eens.'
- ▶ 'De vorige standaard kon ik heel gemakkelijk aan huisartsen uitleggen en dat kan ik bij deze versie niet. Dat moet dus echt duidelijker!'

Er is, kortom, voldoende stof tot discussie...

Onduidelijke driedeling

Jacques Geraets, epidemioloog, fysiotherapeut en gezondheidswetenschapper, is als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en ontwikkelde mede de standaard Schouderklachten. Het valt hem op dat nu precies dezelfde vragen worden gesteld als in de werkgroep van de standaard tijdens het ontwikkelingstraject. Die vragen centreren zich vooral rond de verschuiving van een tweedeling naar een driedeling bij de diagnostiek. De noot die hierop betrekking heeft, zal dan ook door de standaardenwerkgroep worden aangepast. Want wat is er aan de hand? Allereerst is de definiëring niet eenduidig. 'Wat betekent een pijnlijke beperking? Is dat een bewegingsbeperking plus pijn, of een bewegingsbeperking dóór pijn?' En dan blijkt er ook nog een pijnlijk traject zonder bewegingsbeperking te zijn... Dat vinden de aanwezigen veel te ingewikkeld: 'Je moet steeds keuzes geven tussen twee dingen.'

Na korte tijd verschijnt een matrix op een flap-overvel.

	met pijn in abductietraject	zonder pijn in abductietraject
met bewegingsbeperking	1	2
zonder bewegingsbeperking	3	4

Al met al is dit een model waarmee alle aanwezigen wel kunnen leven. Deze kwestie zal dus aan de standaardenwerkgroep worden voorgelegd.

Wijzigingen en verlangens

Een andere verandering in de standaard is het vervangen van het criterium 'painful arc' door het criterium 'pijnlijk traject'. Dit omdat pijn kan worden ervaren buiten de gradenboog van de definitie van de painful arc en omdat het belangrijker is dát er pijn is in het abductietraject dan wáár die pijn zich precies bevindt.

De diagnosticering volgens Cyriax is verlaten, maar dat was in de vorige standaard al het geval. 'Toch zou ik in een voetnoot nog wel eens uitgelegd willen krijgen waarom dat eigenlijk is!'

We willen prikken!

Dan is er nog de acute bursitis en de vraag of we daarbij niet toch meteen moeten prikken. Immers, de pijn bij bursitis is hevig en een heel grote groep patiënten is geholpen met een injectie. De standaard schrijft voor dat er twee weken een afwachtend beleid moet zijn. 'Maar dat kan ik toch niet verkopen aan de patiënt? En zelfs als ik dat zou kunnen, dan zou ik dat nog niet willen.'

Een van de aanwezigen is het duidelijk niet met het afwachtende beleid van deze richtlijn eens. Geraets legt uit dat er bij een nieuwe episode van schouderklachten gedurende de eerste twee weken voorkeur is voor pijnbestrijding met paracetamol, omdat dit bewezen het

minst ingrijpend is. ‘En bovenal’, zo merkt een ander op, ‘je mag altijd om voor jou moverende redenen van de standaard afwijken.’ De leden van de Focusgroep pleiten echter wel voor opname van de corticosteroideninjectie in de standaard. En dan niet alleen bij bursitis, maar bij alle hevige pijnklachten.

Wat is nou een trauma?

Ook de vraag over het buiten beschouwing blijven van traumatische schouderklachten komt aan de orde. ‘Als ik schouderklachten krijg nadat ik een rare beweging heb gemaakt bij tennissen, is dat dan een trauma?’

Het blijkt dat het alleen de bedoeling is geweest om de grote traumata uit de standaard te houden. Bij niet-ernstige traumata (en dus in elk geval ook ‘verkeerde bewegingen’) is de standaard wel degelijk van toepassing. Aan de standaardenwerkgroep zal dan ook worden voorgesteld om nadrukkelijk een zin op te nemen dat alleen grote traumata buiten de standaard vallen.

Dan is er nog een ‘restgroep’ (waaronder instabiliteit van het schoudergewricht). Hierover staat geen beleid beschreven en dat moet wat duidelijker in de tekst van de standaard komen.

Bellen met bedrijfsarts

Een geheel ander aspect is de aanbeveling dat er contact moet worden gelegd met de bedrijfsarts. Aangezien schouderklachten heel veel langdurig verzuim veroorzaken, is dit contact inderdaad wenselijk, maar wie moet het initiatief daartoe nemen? En hoe? ‘We moeten al zoveel!’, is een voorspelbare reactie.

‘Ja, maar je wilt wel dat er iets gebeurt, dat bepaalde bewegingen niet meer worden gemaakt. Dat vergt dan preventieve actie van de bedrijfsarts’, vindt een ander.

‘Ik zie de laatste jaren dat bedrijfsartsen de mensen veel sneller weer naar het werk sturen. Vaak is dat prima, maar het kan ook meer druk op de patiënt leggen en dat is bij schouderklachten soms niet goed. Ik geef in zo’n geval meestal een briefje mee aan de patiënt en dan krijg je vrijwel altijd een reactie van de bedrijfsarts. Dat bevat me heel goed!’, vertelt een derde.

‘Het kost me nou eenmaal tijd en energie en daar heb ik geen zin in. Als het nou heel veel voordeel zou hebben en je me dat heel overtuigend brengt, dan zou ik het misschien wel gaan doen...’, is weer een andere mening.

Het NHG-beleid is dat meer samenwerking met bedrijfsartsen wordt gezocht en bij aanhoudende schouderklachten vinden ook de leden van de Focusgroep dat wenselijk. Er is alleen een duidelijk verschil van mening over wie het initiatief moet nemen. Gelukkig is er een goede suggestie voor een oplossing: ‘Er staat nu “overleg met de bedrijfsarts” en dat betekent voor mij dat het om telefonisch contact gaat. Dat werkt nou eenmaal niet, maar een brief wel. Misschien moet dat dus anders worden verwoord in de standaard.’

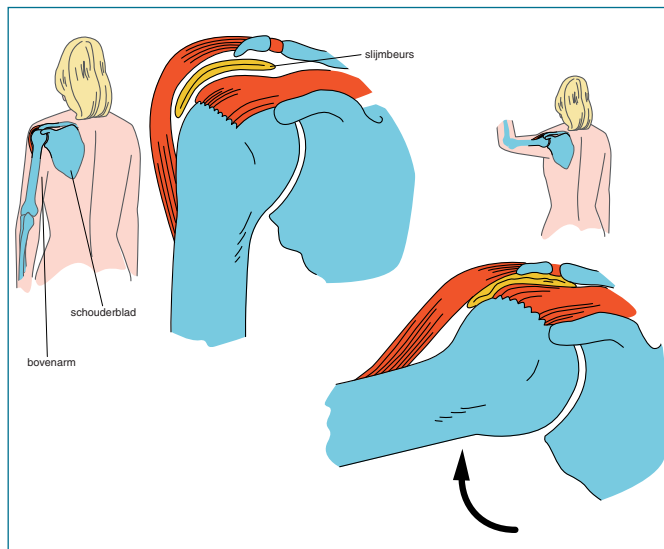
En nu de praktijk!

Het tweede deel van de bijeenkomst gaat over de implementatie: wat heb je nodig om de standaard Schouderklachten te kunnen

uitvoeren? Daarvoor wordt uiteraard nascholingsmateriaal ontwikkeld, zoals een PIN. Maar ook daarna zijn er wel wat wensen:

- ▶ ‘een goede afbeelding’ (maar het schoudergewricht is al opgenomen in de map met NHG-Afbeeldingen);
- ▶ een video over de wijze van prikken;
- ▶ een prikstation met fantomen;
- ▶ een patiëntenbrief over het prikken.

De aanwezigen zouden het prettig vinden als de NHG-website video’s zou bevatten die de patiënten kunnen bekijken. En in het voorlichtingsmateriaal moet nadrukkelijk worden opgenomen dat de klachten heel lang duren, maar vrijwel altijd overgaan.



Illustratie van het schoudergewricht zoals deze is opgenomen in de map ‘NHG-Afbeeldingen’

Niet kunnen ophouden...

De tijd is allang om en Saskia Mol probeert de discussies te beëindigen, maar de aanwezigen gaan door met het opperen van ideeën. Dat is misschien het meest overtuigende bewijs dat het erg leuk is om aan een Focusgroep deel te nemen. Bovendien is dat heel nuttig. Voor de deelnemers zelf, want die weten nu ieder naadje van de kous als het gaat om schouderklachten. Maar ook voor de andere Nederlandse huisartsen, want alle suggesties voor verandering of aanvulling van de standaard worden aan de standaardenwerkgroep voorgelegd. Zo ook worden de ideeën van de Focusgroep voor implementatiemethoden en -materialen voorgelegd aan de NHG-secties die de Programma’s voor Individuele Nascholing en andere implementatiematerialen ontwikkelen. Het NHG kan met al deze input aan de slag om een nog betere standaard aan de Nederlandse huisartsen te presenteren én om ervoor te zorgen dat deze in de praktijk ook uitvoerbaar is.

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk