


Workshop KANSen genoeg, een multidisciplinaire richtlijn in de praktijk

3 november 2012, Maastricht



Programma

| Tijd | Titel | Zaal |
|--------------|---|-----------------------|
| 10.00-11.00u | 1. Presentatie multidisciplinaire richtlijn aspecifieke KANS <i>Inhoud richtlijn</i> | 0.8 |
| 11.00-12.30u | 2. Handen uit de mouwen (<i>incl koffiepauze</i>) <i>Diagnostiek</i> | 0.8 0.7 |
| 12.30-13.45u | <i>Lunch</i> | |
| 13.45-14.30u | 3. Het zorgpad uitgerold <i>Rollen en visies van de verschillende 'spelers' in het zorgpad.</i> | 0.8 |
| 14.30-16.00u | 4. Meet the expert (<i>incl. koffiepauze</i>) ⇒ tips en tricks algemeen fysiotherapeut ⇒ aanpak arbeids- en bedrijfsfysiotherapeut ⇒ aanpak psychosomatisch fysiotherapeut | 0.7 0.8 2.7/2.8 |



Sprakverwarring rond terminologie ANS Onzekerheid over diagnostiek en behandeling

**Het spreken van dezelfde taal en delen
van dezelfde visie is de basis
voor goede samenwerking**






Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke KANS


Presentatie multidisciplinaire richtlijn

3 november 2012, Maastricht

Harald Miedema
Anita Feleus



Aanleiding



Het KANS model

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

5. ...


6. ...

7. ...

8. ...

9. ...

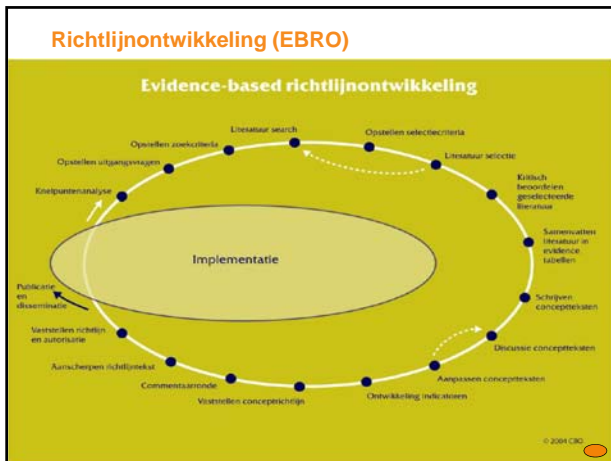
10. ...



Samenwerking

- Fysiotherapeuten (KNGF)
- Huisartsen (NHG)
- Orthopeden (NOV)
- Reumatologen (NVR)
- Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (NvOCM)
- Revalidatieartsen (VRA)
- Patiënten met KANS (RSI vereniging)
- Bedrijfsartsen (NVAB)
- Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF)
- Anesthesiologen (NVA)
- Plastisch chirurgen (NVPC)
- Verzekeringsartsen (NVVG)
- Psychologen (NIP)
- Ergotherapeuten (EN)
- Patiënten met Spierziekten (VSN)



Uitgangsvragen

Patiëntenperspectief

"ik wil weten wat ik heb en wat ik er zelf aan kan doen."

"Probeer het maar en als het niet werkt probeer dan maar wat anders", lijkt de aanpak..

"Wat moet ik doen als de specialist iets anders zegt dan de bedrijfsarts?"

"Maar waar kan ik nu het beste terecht? En wie heeft het overzicht?"

Thema's

- diagnostiek
- effectiviteit behandelingen
- arbeid
- regie/betrokkenheid
- casemanager
- communicatie

FysioCongres* 2012
1 & 2 november
MBO Pijnsoorten

Uitgangsvragen

Zorgverlenersperspectief

Thema's

- diagnostiek
- effectiviteit behandelingen
- arbeid
- organisatie van zorg
- casemanager
- voorlichting
- communicatie

- Afbakening specifiek vs aspecifiek
- Verbeteren van de organisatie rond diagnostiek en behandeling
- Wat is de State of the art aanpak?
- Afbakening begeleiding 1^e lijn vs bedrijfsarts
- Snel eenduidige informatie uit de curatieve zorg voor patiënt
- Overleg over behandeling met andere behandelaar(s)
- Meer aandacht voor relatie werk en klachten

FysioCongres* 2012
1 & 2 november
MBO Pijnsoorten

Uitgangsvragen

Diagnostiek, etiologie en prognose

- Welke informatie is belangrijk bij het **onderscheiden** van specifieke en aspecifieke KANS uit:
 - de anamnese, lichamelijke diagnostische testen, aanvullende diagnostiek?
- Met welke **etiologische en prognostische factoren** dient rekening gehouden te worden bij aspecifieke KANS?

Behandeling

- Wat is de **effectiviteit** van verschillende behandelingen:
 - fysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie Cesar/ Mensendieck, psychologische aanpak, farmacologische interventies, multidisciplinaire behandeling, werkgerelateerde interventies,.....?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren bestaan er voor **werkhervatting**?

FysioCongres* 2012
1 & 2 november
MBO Pijnsoorten

Uitgangsvragen

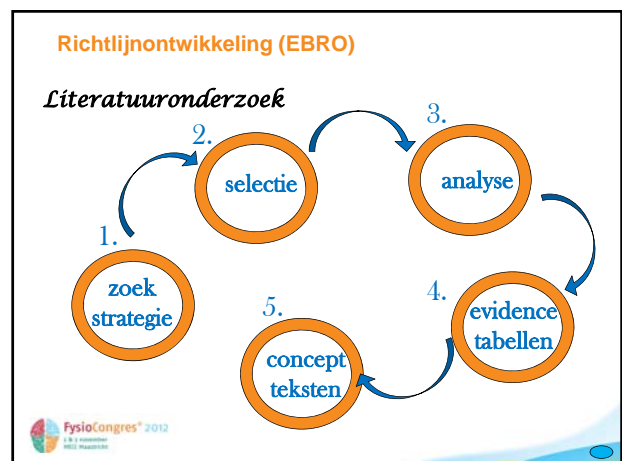
Organisatie van zorg / begeleiding

- Is er behoefte aan:
 - een **multidisciplinair team** bij de diagnostiek en begeleiding?
 - een **zorgcoördinator**? Zo ja, wie komt in aanmerking om deze rol te vervullen?
- Op welke momenten dient er **verwijzing** plaats te vinden tussen de verschillende betrokken disciplines?

Voorlichting en communicatie

- Patiënteninformatie
- Informatie uitwisseling behandelaars

FysioCongres* 2012
1 & 2 november
MBO Pijnsoorten



Richtlijnontwikkeling (EBRO)

Richtlijnteksten concept

Aanbeveling voor begeleiding mensen met specifieke KANS

overige overwegingen wetenschappelijk bewijs

Fysiocongres* 2012

Richtlijnontwikkeling (EBRO)

Overige overwegingen

In veel studies werd KANS niet duidelijk omschreven, dan wel geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen specifieke en specifieke KANS en/of was er sprake van een gemiddelde populatie met specifieke KANS. Dit maakt het moeilijk om eenduidige conclusies te trekken betreffende prognostische factoren bij specifieke KANS. Bovendien wordt onderzoek verricht onder verschillende patiëntenpopulaties uit zowel de eerste, tweede als derde lijn.

Er blijkt echter wel sprake te zijn van overlap tussen de prognostische factoren bij specifieke en specifieke KANS en ook ten aanzien van de verschillende patiëntenpopulaties. Het lijkt belangrijk om steeds met de volgende groepen prognostische factoren rekening te houden: patiëntkarakteristieken, klachtkarakteristieken, lichamelijke activiteit in de vrije tijd, psychische en sociaal-persoonsgebonden karakteristieken en werkgerelateerde karakteristieken.

Voor werkenden zijn van belang: hoge werkisen, werkstress, geringe steun van de leidinggevende en weinig beslissingsbevoegdheid.

Daarnaast is de werkgroep van mening dat de belasting van ieder beroep en de belastbaarheid van ieder individu verschillend zijn en het van belang is dat deze op elkaar zijn afgestemd.

Conclusies

Conclusie 1 Het is samenvattend dat informatie over de duur en het recidiveren van de klachten, het vinden van een juiste diagnostische grondslag en comorbiditeit van het bewegingsapparaat helpt om een prognostische kans van KANS te voorzien.

Niveau 2 Daarnaast is het waarschijnlijk dat informatie over prognostische en sociale factoren, zoals lichamelijke, sociale en/of psychologische factoren, een goede prognose geven en een goede werkgerelateerde prognose die het werk van impact op het succes van KANS te voorzien in de fysiotherapie en medische praktijk.

Referentie #1: Fawcett 2007, Kivimäki 2007, Kivimäki 2010

Referenties en studies

Niveau 3 Het is waarschijnlijk dat chronische pijnklachten (meer dan 6 maanden) en de aanwezigheid van klachten, symptomen en/of tekenen van een onderliggende aandoening, zoals een trauma of een systeemische ziekte, een goede prognose geven voor de ontwikkeling van KANS.

Referentie #1: C. Beetsma 2008

Bevindingen

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat lagere klachten, werken onder hoge belasting, eenzaamheid, lage sociale steun, hoge werkstress, geringe zelfregulerende factoren, fysiek en sociaal-persoonsgebonden gebreken, belasting van de prognose van ernstige pijn van KANS te voorzien.

Niveau 3 Het is waarschijnlijk dat de duur en de duur van comorbiditeit en ergonomische werkvervalsituaties geen belangrijke factoren zijn voor de prognose van ernstige pijn van KANS te voorzien.

Referentie #1: Lamm 2003, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat zelfregulerende strategieën en andere van de niet-afgeleide klachten van KANS te voorzien van invloed zijn op het succes van KANS te voorzien.

Referentie #1: van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010

Fysiocongres* 2012

Richtlijnontwikkeling (EBRO)

Overige overwegingen

In veel studies werd KANS niet duidelijk omschreven, dan wel geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen specifieke en specifieke KANS en/of was er sprake van een gemiddelde populatie met specifieke KANS.

Aanbevelingen

De werkgroep adviseert om bij het inschatten van de prognose in de eerste lijn aandacht te besteden aan klachtkenmerken waaronder: lange klachtduur, recidiverende klacht en algemene gezondheid. Met daarnaast in de voorlichting, indien relevant, aandacht voor ergonomie, repeterende taken, werkisen en ervaren steun met betrekking tot de klachten en eventuele psychische factoren.

Ondanks dat uit studies blijkt dat verschillende psychische factoren een bevorderende of belemmerende rol bij het herstel te kunnen spelen, ontbreekt voortsnog voldoende bewijs voor een harde uitspraak over welke psychische prognostische factoren (gele vlaggen) voorspellende waarde hebben voor de ontwikkeling van chronische of frequent recidiverende klachten. De werkgroep adviseert alert te zijn op tekenen van adequaat ziektegedrag.

Conclusies

Conclusie 1 Het is samenvattend dat informatie over de duur en het recidiveren van de klachten, het vinden van een juiste diagnostische grondslag en comorbiditeit van het bewegingsapparaat helpt om een prognostische kans van KANS te voorzien.

Niveau 2 Daarnaast is het waarschijnlijk dat informatie over prognostische en sociale factoren, zoals lichamelijke, sociale en/of psychologische factoren, een goede prognose geven en een goede werkgerelateerde prognose die het werk van impact op het succes van KANS te voorzien in de fysiotherapie en medische praktijk.

Referentie #1: Fawcett 2007, Kivimäki 2007, Kivimäki 2010

Referenties en studies

Niveau 3 Het is waarschijnlijk dat chronische pijnklachten (meer dan 6 maanden) en de aanwezigheid van klachten, symptomen en/of tekenen van een onderliggende aandoening, zoals een trauma of een systeemische ziekte, een goede prognose geven voor de ontwikkeling van KANS.

Referentie #1: C. Beetsma 2008

Bevindingen

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat lagere klachten, werken onder hoge belasting, eenzaamheid, lage sociale steun, hoge werkstress, geringe zelfregulerende factoren, fysiek en sociaal-persoonsgebonden gebreken, belasting van de prognose van ernstige pijn van KANS te voorzien.

Niveau 3 Het is waarschijnlijk dat de duur en de duur van comorbiditeit en ergonomische werkvervalsituaties geen belangrijke factoren zijn voor de prognose van ernstige pijn van KANS te voorzien.

Referentie #1: Lamm 2003, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010

Niveau 3 Er zijn aanwijzingen dat zelfregulerende strategieën en andere van de niet-afgeleide klachten van KANS te voorzien van invloed zijn op het succes van KANS te voorzien.

Referentie #1: van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010, van Dieën-Beetsma 2010

Fysiocongres* 2012

Multidisciplinaire richtlijn aspecifieke Klachten Arm, Nek en/of Schouders

Fysiocongres* 2012

CANS model – KANS model

Klachten van het bewegingsapparaat in arm, nek en/of schouder waaraan geen acuut trauma of een systemische ziekte ten grondslag ligt

Specifieke CANS
Diagnosticeerbare aandoeningen

A-Specifieke CANS

Fysiocongres* 2012

KANS-model

Het stappenplan

Stap 1 Is er sprake van alert symptomen?

De aanwezige klachten in arm, nek, en/of schouder kunnen symptomen zijn van een onderliggende (waarschijnlijk) pathologie. Ga daarom eerst na of er sprake is van zogenaamde alert symptomen. Als er sprake is van een alert symptoom gaat u hiermee verder. Is dit niet het geval, ga dan naar stap 2.

Stap 2 Is er sprake van een acuut trauma of een systemische ziekte?

Als de klachten veroorzaakt worden door een acuut trauma of een systeemische ziekte, dan wordt NIEUW gesproken van CANS. In alle andere gevallen is er wel sprake van CANS en gaat u naar stap 3.

Stap 3 Gaat het om specifieke CANS?

De aandoeningen die als specifieke CANS worden benoemd, vindt u in het model. Behandel deze aandoening op de voor u beroepsgroep gebruikelijke wijze.

Stap 4 Gaat het om a-specifieke CANS?

Als de klachten niet gedagnosticeerd kunnen worden als één van de aandoeningen die onder specifieke CANS valt, dan spreken we van a-specifieke CANS. Behandel de klachten op de voor u beroepsgroep gebruikelijke wijze.

Fysiocongres* 2012

KANS-model in de richtlijn


Specifieke diagnoses opgenomen in KANS-model

Algemeen:

- Lokale mono-articulaire artritis of artrose,
- Tumoren uitgaande van weke delen / botstructuren,
- Aangeboren afwijkingen in arm/nek/schouder regio

Nek-Schouderregio:

- Cervicaal radiculair syndroom
- Cervicale facetgewricht pijn
- Bicepspees tendinose
- Subacromiaal impingement syndroom
- Rotator cuff scheur
- Frozen shoulder
- Labrum glenoidale scheur,
- Schouder instabiliteit,
- Suprascapulaire compressie
- Neuralgische amyotrofie






KANS-model in de richtlijn

Specifieke diagnoses opgenomen in KANS-model

Elleboog regio

- Elleboog bursitis/bursitis olecrani,
- Epicondylitis lateralis cubiti,
- Epicondylitis medialis cubiti,
- Elleboog instabiliteit,
- Elleboog osteochondritis,
- Cubitaal tunnel syndroom,
- Radiaal tunnel syndroom






KANS-model in de richtlijn

Specifieke diagnoses opgenomen in KANS-model*

Pols-Hand regio

- Overige compressiesyndromen van N. Ulnaris, N. Radialis, N. Medianus
- M. De Quervain,
- Overige tendinopathieën van (één of meer) vinger- en pols-extensoren of flexoren,
- Carpaal Tunnel Syndroom,
- Guyon Syndroom,
- Hand-Arm-Vibratie Syndroom,
- Pols instabiliteit,
- Avasculaire botnecrose handwortelbeentje,
- M. Dupuytren,
- Triggerfinger,
- Artrose één/meer handgewrichten in één hand

Het KANS model




Definiëring van de patiënt/cliënt in de richtlijn

- Klachten (pijn, stijfheid, tintelingen en/of dove gevoelens) ter hoogte van nek, schouders, bovenrug, armen en/of handen.
- Aan werk of activiteiten gerelateerd
- Niet gerelateerd aan een systemische aandoening of trauma
- Specifieke KANS (bv. tenniselleboog, carpaal tunnel syndroom), is zoveel als mogelijk uitgesloten








ZORGPAD Diagnostiek

Algemeen
De werkgroep adviseert om bij patiënten met KANS bij het stellen van de **werkdagnose** specifieke KANS, voor zover mogelijk eerst uit te sluiten dat er sprake is van:

- rode vlaggen/ALERT symptomen
- klachten op basis van een systemische aandoening
- klachten na een trauma
- klachten vanwege een specifieke KANS-diagnose

En daarnaast na te gaan of de arm, nek en/of schouderklachten:

- aan werk of activiteiten gerelateerd zijn
- langer dan 2 weken aanwezig zijn

ZORGPAD Diagnostiek

Zijn er Rode vlaggen* of ALERT symptomen aanwezig?

- Algemene malaise
- Ongewild gewichtsverlies
- Koorts, nachtzweeten
- Non mechanic* pijn, neuropathische pijn
- Neurologische symptomen
- Tekenen van ontstekingsproces
- Maligniteit in de voorgeschiedenis
- Dyspneu, pijn op de borst, inspanningsbonden pijnklachten in schouder en arm

Of is er sprake van klachten na een trauma?

ja → Patiënt met KANS mogelijk obv (ernstige) onderliggende specifieke pathologie of trauma

Overweeg verdere diagnostiek of (onmiddellijke) behandeling in 2^{de} lijn

Nee ↓

Aanwijzingen specifieke aandoeningen conform het KANS-model?

FysioCongres* 2012

ZORGPAD Diagnostiek

Aanwijzingen specifieke aandoeningen conform het KANS-model?

↓

Anamnese en Inspectie

- Radiculaire symptomen (cervicale radiculopathie)
- Schouderpijn met algemeen verlies zowel actieve als passieve bewegingsmogelijkheid (frozen shoulder)
- Krachtsverlies
- Verschijnselen van zenuwpijkingeling
- Lokale pijn i.c.m. zwelling en/of roodheid
- Belemmeringen bij buigen (pijn) of strekken van vinger of duim ('hokken') (trigger finger)
- Kenmerkende noduli palmair, m.n. bij 4^{de} en 5^{de} vinger, flexiecontractuurvorming thv MCP- en PIP-gewricht (M Dupuytren)
- Aanhoudende gewrichtsklachten toenemend bij belasting van de gewrichten, leeftijd > 45, lichte kortdurende ochtendstijfheid en benige verdikkingen mn bij PIP- en DIP-gewrichten (artrose)

FysioCongres* 2012

ZORGPAD Diagnostiek

Tabel 2: Aanbeveling voor (mogelijke) testen voor opsporen specifieke arm, nek en/of schouder diagnoses per regio

| KLACHTEN REGIO | LICHAMELIJK ONDERZOEK | DIAGNOSES | OPTIES AANVULLENDE DIAGNOSTIEK |
|----------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| NEK | Spurlingtest, nek tractie/distractietest, Valsalva manoeuvre ¹ , Upper-limb Tension test ¹ | Cervicale radiculopathie | MRI (naald-EMG, Röntgen) |
| SCHOUDER | Relocation test en Anterior release test ² | Schouderinstabiliteit | |
| | Hawkins-Kennedy, Neer test ^{2*} | Laesies labrum glenohumeraal | MRI met arthrogram (Arthroscopie) |
| BOVENARM | Drop-arm test ² | Rotator-cuff scheuren | Echografie, MRI |
| | Passief bewegingsonderzoek schouder (externaal) | Fracture schouder | |
| ELLEBOOG | Krachtige zijwaarts- en zijwaarts | Suprascapulaire compressie | EMG, MRI |
| | Dorsaal/palmair flexie van de pols Q ² | Epicondylitis lateralis/medialis | |
| ONDERARM | Krachtige spieren N. Ulnaris | Cubitaal-tunnel syndroom | |
| | Q opinatie onderarm, Q externus middelvinger | Radiaal-tunnel syndroom | |
| | Palpatie olecranon | Bursitis rood de elleboog (olecran) | |
| | Moving valgus stress test ² | Mediale ellebooginstabiliteit | MRI met arthrogram |

ZORGPAD Diagnostiek

Tabel 2 vervolg: Aanbeveling voor (mogelijke) testen voor opsporen specifieke arm, nek en/of schouder diagnoses per regio

| KLACHTEN REGIO | LICHAMELIJK ONDERZOEK | DIAGNOSES | OPTIES AANVULLENDE DIAGNOSTIEK |
|----------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| POELS | Passieve test van Finkelstein en pijn bij Q ² extensie duim | M. de Quervain | |
| | Belemmeringen bij buigen (pijn) of strekken van vinger of duim (hokken), palpatie flexorprae (in handpalm, net proximale van MCP-gewricht) | Trigger finger | |
| HAND | Inspectie en palpatie palmair zijde vingers (met name ring- en-5) en handpalm | Morbus Dupuytren (koetsiershand) | |
| | Krachtige spieren N. Ulnaris | Guyon kanaal syndroom | |
| | | Carpal tunnel syndroom | EMG |
| ALGEMEEN | Belemmeringen bewegingsuitslag | Lokale mono-articulair artritis | |
| | Benige verdikkingen (met name PIP- en DIP-gewrichten), verminderde bewegingsuitslag | Mono-articulair artrose | |

Rechtgedrukte testen zijn op basis van bewijskracht niveau 2 of hoger en schouderdrukke testen zijn op basis van bewijskracht niveau 4 of overige overwegingen. Benige op basis van onderzoek uitgevoerd en de eerste lijn, en op basis van onderzoek uitgevoerd in de tweede lijn. *Test is positief bij pijnprovocatie. Alle bewegingsonderzoek testen staan beschreven in bijlage 6 Onderbouwing Diagnostiek. Voor aanvullend beeldmateriaal van het lichamenlijk onderzoek zie <http://www.participatie-arbeid-gezondheid.nl>

voorbeeld Diagnostiek

Aanwijzingen lichamenlijk onderzoek en aanvullende diagnostiek

Aanbeveling voor (mogelijke) testen voor opsporen specifieke arm, nek en/of schouder diagnoses per regio

| KLACHTEN REGIO | LICHAMELIJK ONDERZOEK | DIAGNOSES | OPTIES AANVULLENDE DIAGNOSTIEK |
|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| NEK SCHOUDER BOVENARM | Spurlingtest, nek tractie/distractietest, Valsalva manoeuvre ¹ , Upper-limb Tension test ¹ | Cervicale radiculopathie | MRI (naald-EMG, Röntgen) |

Rechtgedrukt: bewijskracht niveau 2/hoger; schouderdruk: obv bewijskracht niveau 4/overige overwegingen; ¹ obv onderzoek uitgevoerd in eerste lijn; ² obv onderzoek uitgevoerd in tweede lijn.

FysioCongres* 2012

voorbeeld Diagnostiek

Aanwijzingen lichamenlijk onderzoek en aanvullende diagnostiek

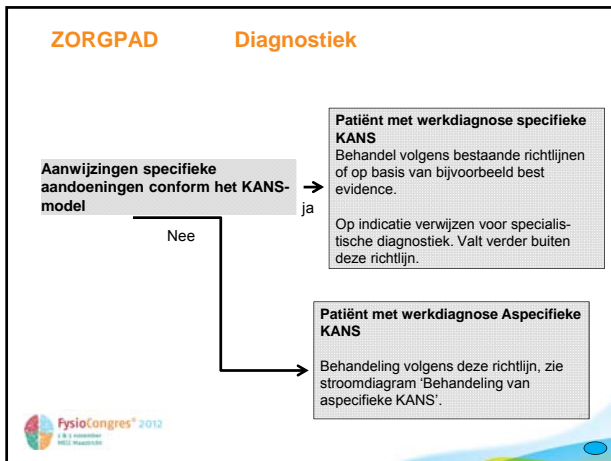
Aanbeveling voor (mogelijke) testen voor opsporen specifieke arm, nek en/of schouder diagnoses per regio

| KLACHTEN REGIO | LICHAMELIJK ONDERZOEK | DIAGNOSES | OPTIES AANVULLENDE DIAGNOSTIEK |
|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| NEK SCHOUDER BOVENARM | Spurlingtest, nek tractie/distractietest, Valsalva manoeuvre ¹ , Upper-limb Tension test ¹ | Cervicale radiculopathie | MRI (naald-EMG, Röntgen) |

Beeldmateriaal <http://www.participatie-arbeid-gezondheid.nl>

Rechtgedrukt: bewijskracht niveau 2/hoger; schouderdruk: obv bewijskracht niveau 4/overige overwegingen; ¹ obv onderzoek uitgevoerd in eerste lijn; ² obv onderzoek uitgevoerd in tweede lijn.

FysioCongres* 2012



Behandeling/begeleiding

ZORGPAD Behandeling/begeleiding

Inventariseer belemmerende factoren voor herstel

- Klachtkenmerken comorbiditeit, slechte algemene gezondheid, recidiverend, lange klachtenduur
- Gele vlaggen bv. ervaren stress
- Arbeidsgerelateerd o.a. ergonomie, repeterende taken, werkeisen, ervaren steun

Informereren/aanbevelen

- verwachte beloop & effectieve zelfzorgopties, rekening houdend met aanwezige risicofactoren en prognostische factoren
- normale activiteiten (inclusief werk) tijdelijk aanpassen aan belastbaarheid.
- contact opnemen bedrijfsarts bij verzuim/langdurige belemmering (>2 weken) in uitvoeren werk

↓

Aanbevelingen

ETIOLOGISCHE FACTOREN

De werkgroep adviseert om m.b.t. mogelijk aanwezige *fysieke risicofactoren* bij werknemers, zoals:

- repeterende en fysiek zware werktaken,
- dagelijkse blootstelling aan hand-arm vibraties (langer dan 1 uur),
- langdurig computer of muis gebruik,
- niet neutrale hoofd- en lichaamshouding,
- niet optimale ergonomie op de werkplek,

voorlichting te geven over aanpassingen met betrekking tot deze factoren.

En aanvullend, indien relevant, aandacht voor psychische en sociale (werk) factoren, waaronder hoge werkeisen en ervaren stress en de mogelijk preventieve bijdrage van regelmatig actief sporten.

Aanbevelingen

PROGNOSTISCHE FACTOREN

De werkgroep adviseert om bij het inschatten van de prognose in de eerste lijn aandacht te besteden aan:

- klachtkenmerken waaronder: lange klachtenduur, recidiverende klacht, algemene gezondheid
- Met daarnaast in de voorlichting, indien relevant, aandacht voor: ergonomie, repeterende taken, werkeisen en ervaren steun m.b.t. de klachten en evt. psychische factoren.

•De werkgroep adviseert alert te zijn op tekenen van inadequaat ziektegedrag.

Voorlichting Patiënteninformatie

Aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder 1

Voor wie is deze folder?
Waarom noemen we het KANS?
Wat zijn de verschijnselen van aspecifieke KANS?
Welke factoren kunnen een rol spelen?
Waarom gaan mijn klachten maar niet over?
Wat kan ik zelf doen?
Wanneer ga ik naar de huisarts?
Welke behandelingen kunnen helpen?
Wat kost een behandeling?
Hoe blijf ik aan het werk?
Wat doe ik als de klachten terugkomen?
Wat doe ik als de klachten blijven?
Waar vind ik meer informatie?

In de linkerkolom vindt u de verschillende onderwerpen die in deze folder behandeld worden. Door te klikken op deze items gaat u direct naar de betreffende pagina.

Voor wie is deze folder?
 Deze patiëntenfolder is bedoeld voor mensen met aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder zonder duidelijke oorzaak, kortweg aspecifieke KANS. De informatie staat niet op klachten met een medisch aantoonbare (specifieke) oorzaak, zoals een tennis-ellbogen of het carpaal tunnel syndroom.

Waarom noemen we het KANS?
 Vroeger werden klachten aan arm, nek en/of schouder vaak met de term RSI (Repetitive Strain Injury) aangeduid. Deze term suggereert dat de klachten vooral door herhaalde bewegingen worden veroorzaakt. Dit heeft niet altijd zin te zijn. De term RSI wordt niet door iedereen op dezelfde manier uitgelegd en is verwarrend. Daarom geven de behandelaars volgens de laatste medische inzichten de voorkeur aan de neutrale term 'aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder', kortweg aspecifieke KANS.

Wat zijn de verschijnselen van aspecifieke KANS?
 Aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder beginnen meestal aan de meest gebruikte kant van het lichaam: links als u rechtshandig bent, rechts als u rechtshandig bent. De verschijnselen zijn pijn, stijfheid, tintelingen en/of dove gevoelens in de nek, schouders, bovenrug, armen en/of handen. De klachten verspreiden

niet binnen enkele dagen, maar blijven bestaan of worden erger.

Welke factoren kunnen een rol spelen?
 De oorzaak van aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder is vaak onduidelijk, vooral als de klachten heel geleidelijk zijn ontstaan. In het begin merkt u misschien dat de klachten samenhangen met bepaalde activiteiten. De pijn betekent niet dat u ziek bent of dat er blijvende schade is ontstaan.

Al is de juiste oorzaak onbekend, er zijn wel factoren bekend die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van aspecifieke KANS. Misschien herkent u een of meer van de volgende factoren.

Werkfactoren

- Fysiek zwaar werk, zoals zwaar tillen op of boven schouderhoogte.
- Zich vaak herhalende werkzaamheden.
- Langdurig met een computer(muis) werken.
- Langer dan een uur per dag werken met trillend gereedschap.
- Ongezondte werkhouding door een niet goed ingerichte werkplek.
- Hoge werkdruk of te hoge werktempo, het niet naar de zin hebben op het werk.

Persoonlijke factoren

- Gevoelensverandering.
- Zorgen.
- Stress.

Voor wie is deze folder?

Aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder 1

Waarom noemen we het KANS?
Wat zijn de verschijnselen van aspecifieke KANS?
Welke factoren kunnen een rol spelen?
Waarom gaan mijn klachten maar niet over?
Wat kan ik zelf doen?
Wanneer ga ik naar de huisarts?
Welke behandelingen kunnen helpen?
Wat kost een behandeling?
Hoe blijf ik aan het werk?
Wat doe ik als de klachten terugkomen?
Wat doe ik als de klachten blijven?
Waar vind ik meer informatie?

In de linkerkolom vindt u de verschillende onderwerpen die in deze folder behandeld worden. Door te klikken op deze items gaat u direct naar de betreffende pagina.

Voor wie is deze folder?
 Deze patiëntenfolder is bedoeld voor mensen met aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder zonder duidelijke oorzaak, kortweg aspecifieke KANS. De informatie staat niet op klachten met een medisch aantoonbare (specifieke) oorzaak, zoals een tennis-ellbogen of het carpaal tunnel syndroom.

Waarom noemen we het KANS?
 Vroeger werden klachten aan arm, nek en/of schouder vaak met de term RSI (Repetitive Strain Injury) aangeduid. Deze term suggereert dat de klachten vooral door herhaalde bewegingen worden veroorzaakt. Dit heeft niet altijd zin te zijn. De term RSI wordt niet door iedereen op dezelfde manier uitgelegd en is verwarrend. Daarom geven de behandelaars volgens de laatste medische inzichten de voorkeur aan de neutrale term 'aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder', kortweg aspecifieke KANS.

Wat zijn de verschijnselen van aspecifieke KANS?
 Aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder beginnen meestal aan de meest gebruikte kant van het lichaam: links als u rechtshandig bent, rechts als u rechtshandig bent. De verschijnselen zijn pijn, stijfheid, tintelingen en/of dove gevoelens in de nek, schouders, bovenrug, armen en/of handen. De klachten verspreiden

niet binnen enkele dagen, maar blijven bestaan of worden erger.

Welke factoren kunnen een rol spelen?
 De oorzaak van aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder is vaak onduidelijk, vooral als de klachten heel geleidelijk zijn ontstaan. In het begin merkt u misschien dat de klachten samenhangen met bepaalde activiteiten. De pijn betekent niet dat u ziek bent of dat er blijvende schade is ontstaan.

Al is de juiste oorzaak onbekend, er zijn wel factoren bekend die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van aspecifieke KANS. Misschien herkent u een of meer van de volgende factoren.

Werkfactoren

- Fysiek zwaar werk, zoals zwaar tillen op of boven schouderhoogte.
- Zich vaak herhalende werkzaamheden.
- Langdurig met een computer(muis) werken.
- Langer dan een uur per dag werken met trillend gereedschap.
- Ongezondte werkhouding door een niet goed ingerichte werkplek.
- Hoge werkdruk of te hoge werktempo, het niet naar de zin hebben op het werk.

Persoonlijke factoren

- Gevoelensverandering.
- Zorgen.
- Stress.

Voorlichting Patiënteninformatie

Aspecifieke klachten aan arm, nek en/of schouder 2

Voor wie is deze folder?
Waarom noemen we het KANS?
Wat zijn de verschijnselen van aspecifieke KANS?
Welke factoren kunnen een rol spelen?
Waarom gaan mijn klachten maar niet over?
Wat kan ik zelf doen?
Wanneer ga ik naar de huisarts?
Welke behandelingen kunnen helpen?
Wat kost een behandeling?
Hoe blijf ik aan het werk?
Wat doe ik als de klachten terugkomen?
Wat doe ik als de klachten blijven?
Waar vind ik meer informatie?

Waarom gaan mijn klachten maar niet over?
 Deze factoren die een rol spelen bij het ontstaan van aspecifieke KANS, kunnen de klachten laten bestaan of verslechteren. Dat geldt bijvoorbeeld als u dezelfde beweging of werktaak blijft herhalen of niets verandert aan een niet goed ingerichte werkplek.

Hoge werktempo en weinig sociale steun van collega's zijn niet bevorderlijk voor uw herstel. De klachten kunnen aanhouden als u uw eigen gezondheid als slecht ervaart of als u niet voldoende regelmatig langdurige of langdurige aspecifieke KANS. Ook stress bevordert het herstel niet.

Wat kan ik zelf doen?
 Er zijn verschillende dingen die u zelf kunt doen.

Blijf positief
 Vertrouw op natuurlijk herstel, de meeste klachten gaan vanzelf over. Bij de meeste mensen zijn de klachten na zes tot twee weken verdwenen. Blijf positief, ook al duurt het wat langer voordat de klachten opgehouden of verdwijnen.

Blijf bewegen
 Probeer te blijven bewegen en uw dagelijkse bezigheden voort te zetten, ook al hebt u pijn. Pijn bij bewegen betekent niet dat bewegen schadelijk is. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat het juist goed is om te blijven bewegen. Bewegen heeft veel voordelen: uw spieren blijven actief, u houdt een goede conditie, u voelt zich fitter, u kunt meer en u krijgt een ontspannen gevoel. Neem uzelf voor om elke dag een half uur aan beweging of sport te doen. Ga bijvoorbeeld wandelen, fietsen of zwemmen. U bepaalt zelf wat bij u past en hoe intensief u beweegt.

Pijn kan verknappend werken. Probeer een ontspannen houding aan te nemen en aanval uw houding regelmatig af. Let er bijvoorbeeld op dat u niet steeds uw schouders optrekt of uw hoofd schief houdt, maar rechtop.

Stel grenzen
 Stel grenzen en probeer icoch te krijgen in uw eigen mogelijkheden. Bepaal de hoeveelheid dagelijkse activiteiten, zodat de totale belasting minder wordt en de klachten niet erger worden. Doe wat minimaal gedaan moet worden en stel minder belangrijke activiteiten even uit. Verdeel de activiteiten over de dag en neem pauzes. Bespreek met uw partner, hulpverlener en/of collega's hoe u bepaalde taken tijdelijk anders kunt verrichten.

Als het beter gaat, probeert u deze grenzen te verleggen, zodat u steeds iets meer kunt doen. Het is niet nodig om te wachten tot alle pijn verdwenen is.

Zorg goed voor uzelf!
 Misschien zijn de klachten het ergst als u gespannen bent. Probeer dingen te ondernemen die u ontspannen. Doe wat u leuk vindt of wat u effectief is. Luister bijvoorbeeld naar uw favoriete muziek of neem een warm bad. Daarnaast is het belangrijk dat u voldoende nachtrust krijgt. Als u uitgerust bent, kunt u meer doen. Kunt u er niet deze adviezen niet uit? Overleg dan met uw huisarts. U kunt ook zonder verwijzing naar een fysiotherapeut of oefentherapie.

www.cbo.nl of <http://www.participatie-arbeid-gezondheid.nl/>

ZORGPAD Behandeling/begeleiding

Stapsgewijze aanpak

Klachtenduur 0-2 weken

Behandeloctie
 • Voorlichting (zie Algemeen)

• Beveel aan om na 2 weken terug te komen, wanneer de klachten aanhouden

→ Patiënt herstelt

↓

Aanhoudende klachten

Fysiocongres 2012

ZORGPAD Behandeling/begeleiding

Stapsgewijze aanpak

Klachtenduur 2-6 weken

Behandeloctie
 • Voorlichting (zie Algemeen)

• Bij werkgerelateerde KANS
 → contact bedrijfsarts adviseren

→ Patiënt herstelt

↓

Aanhoudende klachten

Fysiocongres 2012

Aanbevelingen Werkgerelateerde interventies

Conclusies *

Organisatorische of administratieve interventies

Niveau 2
 Het is aannemelijk dat het nemen van rustpauzes tijdens computerwerk het herstel van klachten van de nek en bovenste extremiteiten versnelt.
B van den Heuvel 2003, Verhagen 2006

Persoonlijke (gedrags-) interventies

Niveau 3
 Er zijn aanwijzingen dat een werkwijze interventie effectief is in het verminderen van pijn in de nek/schouderregio, maar niet in de arm/pols/hand regio.
B Bernaards 2007

Niveau 3
 Er zijn aanwijzingen dat een workshop gericht op identificatie van werkplek gerelateerde stress alleen effectief is in het verminderen van pijn.
B Feuerstein 2004

Niveau 3
 Er zijn aanwijzingen dat een ontspanningstraining de spierspanning in de nek- en schouder regio vermindert.
B Tolvanen 1993

* hier niet volledig weergegeven

Fysiocongres 2012


Aanbevelingen Werkgerelateerde interventies

Conclusies

Technische of ergonomische interventies

| | |
|-----------------|--|
| Niveau 3 | Er zijn aanwijzingen dat de joy-stick muis, de optische muis, het split toetsenbord en een combinatie van tafels en stoelen met armoedersteuning effectief zijn in het verminderen van klachten van de arm, nek en schouders. <i>C Blatter 2004</i> |
| Niveau 2 | Het is aannemelijk dat het ergonomisch optimaliseren van de werkplek effectief is in het verminderen van ongemak van onder andere nek, schouder en bovenrug. <i>B Ketala 2002, Mekhora 2000</i> |
| Niveau 3 | Het lijkt waarschijnlijk dat een vroege ergonomische interventie effectief is in het voorkomen en herstellen van licht productiviteitsverlies door klachten van de bovenste extremiteiten. Er zijn aanwijzingen dat een vroege ergonomische interventie ziekteverzuim ten gevolge van klachten van de bovenste extremiteiten kan verminderen. <i>B Martimo 2010, Shiri 2011</i> |

Conclusies belemmerende of bevorderende factoren voor werkhervatting alle op niveau 3





Aanbevelingen

Werkgerelateerde interventies
Werkgroep adviseert om:

- werkplek ergonomisch optimaliseren.
- het nemen van rustpauzes nemen tijdens computerwerk kan zinvol zijn om herstel te versnellen.

Belemmerende en bevorderende factoren voor werkhervatting
Werkgroep adviseert om:

- bij werkhervatting, de werkbelasting van de patiënt, zowel fysiek als mentaal, in kaart te brengen en hierover advies te geven indien deze te hoog is.
- als mogelijkheid om de werkbelasting (tijdelijk) te verlagen kan aanpassing van werktijden worden overwogen.

ZORGPAD Behandeling/begeleiding


Stapsgewijze aanpak

Klachtenduur >6 weken

Behandeloptie

- Voorlichting (zie Algemeen)
- Bij werkgerelateerde KANS → contact bedrijfsarts adviseren
- Verwijzing oefentherapie: → fysiotherapeut/ oefentherapeut Cesar/ Mensendieck → **Patiënt herstelt**
- Bij gesignaleerde gele vlaggen verwijzing → naar een ter zake deskundige

↓
Aanhoudende klachten



Aanbevelingen Oefentherapie

Conclusies *


Aspecifieke nekpijn

| | |
|-----------------|---|
| Niveau 1 | Het is aangetoond dat oefentherapie effectiever is voor vermindering van pijn en verbetering van het functioneren dan geen behandeling, infrarood lichttherapie, adviezen of placebohandeling bij patiënten met aspecifieke nekpijn. <i>A1 Revel 1994, Gam 1998, Ylinen 2005, Chiu 2005a, Chiu 2005b, Hurwitz 2009</i> |
| Niveau 2 | Het is aannemelijk dat er geen verschil in effect is tussen verschillende vormen van oefentherapie bij patiënten met aspecifieke nekpijn. <i>B Jordan 1998, Evans 2002, O'Leary 2007, Cunha 2008, Hakkinen 2008, Hurwitz 2009, Dusunceli 2009, Griffiths 2009, Vonk 2009</i> |

Aspecifieke schouderpijn

| | |
|-----------------|--|
| Niveau 3 | Er zijn aanwijzingen dat oefentherapie bij aspecifieke schouderpijn een grotere kans op herstel op de korte termijn geeft dan een afwachtend beleid, maar geen grotere kans op het verbeteren van het functioneren en de afwezigheid van pijn. <i>C Ginn 1997, Schellingerhout 2007</i> |
|-----------------|--|

* hier niet volledig weergegeven



Aanbevelingen Oefentherapie

Aanbevelingen
Oefentherapie onder leiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar /Mensendieck wordt aanbevolen bij aspecifieke arm, nek en/of schouderklachten die langer dan 6 weken bestaan. Welke vorm van oefentherapie de voorkeur geniet is op dit moment nog onduidelijk.




Aanbevelingen manuele therapie



Cervicale manipulatie

| | |
|-----------------|---|
| Niveau 2 | Het is aannemelijk dat manipulatie op de korte en middellange termijn niet effectiever is dan mobilisatie in het verbeteren van pijn, functioneren en patiënttevredenheid bij subacute en chronische aspecifieke nekpijn. <i>A2,B Cassidy 1992, Hurwitz 2002, Gross 2010</i> |
|-----------------|---|

Manipulatie en mobilisatie van de schouder



| | |
|-----------------|---|
| Niveau 3 | Er zijn aanwijzingen dat manuele therapie betere uitkomsten voor pijn en ervaren herstel geeft dan fysiotherapie of huisartsenzorg. <i>A2 Winters 1997, Bergman 2004</i> |
|-----------------|---|

Aanbevelingen
De werkgroep van mening dat zorgverleners terughoudend moeten zijn met het voorschrijven of geven van manuele therapie. Bij klachten van de schoudergordel kan manuele therapie worden overwogen.

Aanbevelingen psychologische interventies

De werkgroep is van mening dat wanneer klachten langer dan 6 weken aanhouden en herstel uitblijft en herstelbelemmerende psychische en sociale factoren dominant aanwezig zijn, het inschakelen van een psycholoog of therapeut met psychische en sociale behandelcompetenties kan worden overwogen.

Behandeling/begeleiding

Stapsgewijze aanpak

Leuk zo'n richtlijn, maar ...
-behandelbare grootheden?
-praktische aanpak, tips?
-monodisciplinaire richtlijn?


Klachtenduur <6 weken

Behandeloctie
• Voorlichting (zie Algemeen)

- Bij werkgerelateerde KANS → contact bedrijfsarts adviseren
- Verwijzing oefentherapie: → fysiotherapeut/ oefentherapeut Cesar/ Mensendieck
- Bij gesignaleerde gele vlaggen verwijzing → naar een ter zake deskundige

→ Patiënt herstelt

↓
Aanhoudende klachten



Behandeling/begeleiding

Stapsgewijze aanpak

Leuk zo'n richtlijn, maar ...
-behandelbare grootheden?
-praktische aanpak, tips?
-wat doet de ander?
-- monodisciplinaire richtlijn?

Klachtenduur <6 weken

Behandeloctie
• Voorlichting (zie Algemeen)

- Bij werkgerelateerde KANS → contact bedrijfsarts adviseren
- Verwijzing oefentherapie: → fysiotherapeut/ oefentherapeut Cesar/ Mensendieck
- Bij gesignaleerde gele vlaggen verwijzing → naar een ter zake deskundige


Blok 4 Meet the expert

Aanpak

- Bedrijfsfysiotherapeut/ arbeidsfysiotherapeut L. Gardien
- Algemeen fysiotherapeut P. van 't Spijker
- Psychosomatisch fysiotherapeut M. Dekker

→ Patiënt herstelt

↓
Aanhoudende klachten



Behandeling/begeleiding

Aanhoudende klachten (>2-3 maanden) ondanks behandeling


Diagnostiek
Heroverwegen diagnose, verwijs op indicatie → voor nadere diagnostiek naar de 2^{de} lijn

Behandeloctie
Bepaal de belemmeringen voor herstel. Overweeg verwijzing → naar multidisciplinair behandelteam bij:

- persistente pijn, functiebeperking of participatieproblemen
- afwezigheid van aanwijzingen voor specifieke aandoeningen
- aanwezigheid van gele vlaggen

→ Patiënt herstelt

↓
Aanhoudende klachten




Aanbeveling multidisciplinaire behandeling

Aanbeveling
De werkgroep is van mening dat een multidisciplinaire behandeling overwogen kan worden wanneer bij aanhoudende klachten onvoldoende verbetering is opgetreden ondanks gevoerd beleid volgens de richtlijn en specifieke aandoeningen afdoende zijn uitgesloten.




Communicatie


Zorgcoördinator: Huisarts



Informatieverstrekking
De werkgroep is van mening dat bij iedere verwijzing naar een collega-zorgverlener informatie moet worden verstrekt over:

- de klacht en hulpvraag,
- de relevante gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek,
- de (voorlopige) conclusie,
- de besproken informatie met de patiënt,
- de specifieke vraagstelling gericht aan de collega-zorgverlener.

De werkgroep is van mening dat bij iedere verwijzing aan de patiënt uitgelegd moet worden waarom hij verwezen wordt en wat de patiënt van de verwijzing mag verwachten en wat niet.



ZORGPAD Behandeling/begeleiding



FysioCongres® 2012
2 & 3 november
MECC Haarlijcht

ZORGPAD Behandeling/begeleiding



Blok 3 Het zorgpad uitgerold
Rollen en visies van de verschillende 'spelers' in het zorgpad.

Ervaringsdeskundige, S. Oudshoff
Huisarts, C. Vos,
Orthopedisch chirurg, M. Ostendorf,
Gedragstherapeut revalidatie, J. de Jong
Fysiotherapeut, L. Gardien, L. Voogt, J. Geraets



FysioCongres® 2012
2 & 3 november
MECC Haarlijcht



Bedankt voor uw aandacht

<http://www.participatie-arbeid-gezondheid.nl>

<http://www.cbo.nl>

Harald Miedema h.s.miedema@hr.nl
Anita Feleus a.feleus@hr.nl



FysioCongres® 2012
2 & 3 november
MECC Haarlijcht