
Verzekeringsgeneeskundige protocolen

Schizofrenie en verwante psychosen
Chronische schouderklachten

23 april 2008
Utrecht

Voorwoord

Er bestaat een brede behoefte om het verzekeringsgeneeskundig handelen beter te onderbouwen met kennis en onderzoek. Een constatering die ook door de Raad voor Gezondheidsonderzoek is gedaan in 2004. Daarom heeft de Gezondheidsraad, op verzoek van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een eerste 10-tal protocollen samengesteld, voor de 10 meest voorkomende diagnoses bij personen die een WAO-uitkering verkregen. Deze protocollen zijn enerzijds gebaseerd op evidence based kennis en expertise die in recente professionele richtlijnen zijn vervat, anderzijds op de deskundigheid van de commissieleden. Ieder protocol bevat een omschrijving van de aandoening, prognose, diagnosestelling en behandeling gekoppeld aan de beoordeling van functionele mogelijkheden en werkhervatting. Zo bieden ze een handreiking voor de claimbeoordeling aan de verzekeringsarts.

De NVVG heeft, gezien de inhoud en de reacties uit het veld, op zich genomen deze werkwijze verder te continueren en te verfijnen. Deze uitwerking is door het VerzekeringsGeneeskundig Instituut (VGI) deskundig ter hand genomen. Het VGI is nauw gelieerd aan de NVVG en is een stichting die de ontwikkeling en verspreiding van verzekeringsgeneeskundige kennis tot doel heeft. Deze ontwikkeling werd mogelijk gemaakt dankzij subsidie van het Ministerie van SZW. Velen hebben zich daarbij ingezet, waaronder bedrijfs- en verzekeringsartsen en deskundigen op betreffende vakgebieden, waarvoor onze dank.

Er zijn in 2008 zes protocollen gereed gekomen over schizofrenie en verwante psychoses, chronische schouderklachten, COPD, artrose van heup en knie, chronisch hartfalen en reumatoïde artritis. In dit boekje vindt u twee van deze zes protocollen, het bestuur beveelt ze graag in uw warme aandacht aan. Dit in de wetenschap dat een protocol een dynamisch geheel is dat op termijn aanpassing behoeft en waar uw reacties op van invloed zijn.

Wij hebben de stellige overtuiging dat deze publicaties een ondersteuning bieden bij uw werkuitoefening.

Fred van Duijn,
voorzitter NVVG

- 3. Coping 87
- 4. Antipsychotica en bijwerkingen 89

Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten 91

- A Onderzoek 92
- B Beoordeling 95

Toelichting Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten 97

- 1 Inleiding 99
- 2 De aandoening 101
- 3 Ontstaan, risicofactoren en beloop 105
- 4 Diagnose en behandeling 107
- 5 Werkhervatting 113
- 6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 115

Bijlagen

- A Literatuur 119
- B De commissies en commentaarronde 123
- C Bewegingsonderzoek van de schouder 127

Toelichting bij het Verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Chronische schouderklachten* biedt verzekeringsartsen een handreiking bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van cliënten met langdurige schouderklachten die hen in het beroepsmatig functioneren belemmeren. In deel *A Onderzoek* staat de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. Vervolgens komen in deel *B Beoordeling* de vier aspecten aan de orde die de verzekeringsarts bij een werknemer met chronische schouderklachten na twee jaar ziekteverzuim moet beoordelen, namelijk:

- de sociaalmedische voorgeschiedenis;
- de functionele mogelijkheden;
- het te verwachten beloop
- de behandeling en begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de NHG-Standaard Schouderklachten (1998), de NVAB richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Klachten aan arm, schouder of nek (2003) en het CANS model van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Klachten Bewegingsapparaat (2004), maar beperkt zich tot problemen rond de schoudergordel.¹⁻³ Voor de onderbouwing van dit protocol is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van literatuur die de schoudergordel betreft.

Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Chronische schouderklachten geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die voor een goed begrip van het protocol noodzakelijk is. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde die de verzekeringsarts in de regel niet zelf uitoefent, maar waarvan hij de principes moet kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

In dit hoofdstuk vindt u alle relevante gegevens over de aandoening: een definitie, epidemiologische gegevens, kenmerken en ernst van de aandoening, psychosociale gevolgen en de bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.

2.1 Kenmerken

Onder chronische schouderklachten wordt in dit protocol verstaan pijn in rust of bij het bewegen van de bovenarm in (een deel van) het gebied dat loopt vanaf de basis van de nek tot aan de elleboog en pijnlijke bewegingsbeperkingen van de bovenarm, die langer dan zes maanden het beroepsmatig functioneren belemmeren en die niet veroorzaakt worden door een systemische of elders gelokaliseerde aandoening. Er is gekozen voor een minimale duur van zes maanden, omdat observationeel onderzoek laat zien dat herstel met name in de eerste zes maanden plaatsvindt. Klachten die langer duren, hebben doorgaans een ongunstig beloop.^{1,21} Schouderklachten worden ook chronisch genoemd, als klachten en functionele belemmeringen telkens recidiveren (chronisch wisselend beloop).

Een betrouwbare indeling van de stoornissen op basis van de anatomische lokalisatie is vaak niet te maken, maar een indeling op grond van pijnklachten, bewegingsbeperkingen en beperkingen in het dagelijks functioneren is wel goed mogelijk. In veel gevallen gaan schouderklachten ook gepaard met klachten en/of aandoeningen van de cervicale en/of thoracale wervelkolom. Slechts een klein deel van de patiënten met schouderklachten wordt verwezen

naar de tweede lijn.¹ In het algemeen betreft dit ernstige schouderletsels, zoals fracturen, rupturen van de rotatorcuff en luxaties, of patiënten met aanhoudende klachten.

RSI van de schouder/bovenarm (CAS-code L684) is niet het onderwerp van dit protocol.

In de kwartaalverkenningen van het UWV is de hoofdgroep ‘chronische schouderklachten’ samengesteld uit de volgende CAS-codes:⁴

- L121 pijn in de bovenste extremiteit;
- L511 fractuur van de schoudergordel;
- L595 letsel van spieren en pezen van schouder en arm;
- L624 cervicobrachiaal syndroom.

2.2 Epidemiologie

De jaarprevalentie van schouderklachten onder de algemene bevolking wordt geschat tussen de 18 en 30 procent.^{5,6} Er zijn weinig cijfers over chronische schouderklachten in de algemene bevolking, maar 15 procent rapporteert schouderklachten met een duur van minimaal drie maanden.⁶ De incidentie en de prevalentie nemen toe met de leeftijd, met een duidelijke top tussen de 45 en 65 jaar, om daarna weer af te nemen.⁷ Een groot aantal mensen met chronische klachten gaat hiermee niet naar de huisarts. De jaarlijkse incidentie van schouderklachten in de huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 2,3 procent en de prevalentie 3,5 procent.^{7,8}

2.3 Bijdrage aan arbeidsongeschiktheid

Van de patiënten die hun huisarts consulteren voor schouderklachten, meldt 30 procent zich in de daaropvolgende zes maanden ziek. Ongeveer de helft is slechts enkele dagen arbeidsongeschikt, de rest tien dagen of meer.^{9,10} Jaarlijks verzuimt 2-4 procent van de werkzame bevolking door klachten van nek, schouders, arm, elleboog of pols en hand (4-6 procent van alle verzuimdagen).¹¹ Er zijn geen cijfers bekend van verzuim door alleen schouderklachten.

In de periode 2006 tot en met juni 2007 kregen 424 cliënten een WIA-beoordeling met als hoofddiagnose chronische schouderklachten. Dat is 0,75 procent van het totale aantal beoordelingen (n=56.267).

	Chronische schouderklachten	Alle WIA-beoordelingen
WIA-instroom	(n=424)	(n=65.267)
IVA-uitkering	2%	11%
WGA, volledig a.o.	18%	26%
WGA, gedeeltelijk a.o.	10%	15%
Afwijzing voor WIA	70%	48%

Een WIA-beoordeling bij cliënten met chronische schouderklachten vond vaker plaats bij vrouwen dan bij mannen (55 procent respectievelijk 45 procent). Bijna de helft (48 procent) was jonger dan 45 jaar. In dezelfde periode kregen 293 cliënten een WIA-beoordeling met chronische schouderklachten als nevendiagnose.⁴

Ontstaan, risicofactoren en beloop

3.1 Ontstaan

Van alle gewrichten heeft de schouder de grootste mobiliteit, doordat de relatief grote humeruskop beweegt tegenover een klein, ondiep gewrichtsvlak. De stabiliteit in dit gewricht wordt voornamelijk tot stand gebracht door het gewrichtskapsel met zijn ligamenten, het labrum glenoidale, de rotatormusculatuur en de meer oppervlakkig gelegen musculatuur.

Schouderklachten die niet door een trauma, systemische of elders gelokaliseerde aandoeningen ontstaan, worden vermoedelijk veroorzaakt door overbelasting. Hierdoor ontstaat degeneratie van spieren en pezen rond het glenohumerale gewricht of van structuren in de directe omgeving, zoals het acromioclaviculaire gewricht.¹⁰ In de eerste lijn is een betrouwbare, op de anatomie gebaseerde indeling van verschillende oorzaken van schouderklachten meestal niet goed te maken.^{1,11} Het lichamelijk onderzoek richt zich daarom in de eerste plaats op de beoordeling van de functionele mogelijkheden.

In een minderheid van de gevallen ligt de oorzaak van schouderklachten buiten het schoudergebied. Een van de mogelijkheden is dat er sprake is van afwijkingen of functiestoornissen van de cervicale en/of thoracale wervelkolom. Bij passief en actief bewegen van de nek is er dan naast nekklachten ook sprake van pijn in de schouder en/of arm. In zeldzame gevallen kunnen schouderklachten ook veroorzaakt worden door andere, soms ernstige, aandoeningen.¹

3.2 Risicofactoren

Niet beïnvloedbare risicofactoren voor het ontstaan van schouderklachten zijn leeftijd en vrouwelijk geslacht.

Tot de beïnvloedbare risicofactoren behoren overgewicht en sommige vormen van fysieke belasting. Schouderklachten komen veel voor bij sporters en er is onderzoek gedaan onder verschillende beroepsgroepen (verzorgenden, ambulancepersoneel, bosarbeiders).¹³ Als risicofactoren worden genoemd: werken met de armen boven schouderhoogte, het veelvuldig uitvoeren van tillen, duwen en trekken, herhaalde bewegingen en de duur van de blootstelling gedurende het dienstverband.¹⁴⁻¹⁶ Uit onderzoek blijkt dat psychische klachten (angst of depressieve klachten) of psychosociale factoren op het werk (hoge taakeisen, weinig mogelijkheden of onvoldoende steun op het werk door collega's of leidinggevenden) mogelijk ook risicofactoren voor het ontstaan van schouderklachten kunnen zijn.¹⁷ Veel van deze risicofactoren blijken ook prognostische (onderhoudende) factoren te zijn (zie 3.3. Beloop).

3.3 Beloop

Schouderklachten hebben vaak een recidiverend en langdurig beloop en hebben vooral in de acute fase nadelige gevolgen voor het dagelijks functioneren. Van de patiënten die hun huisarts met schouderklachten consulteren, geeft ongeveer 30 procent aan na zes weken hersteld te zijn en 50 procent binnen een halfjaar. Na een jaar is dit gestegen tot 60 procent. Slechts een derde tot de helft van de patiënten die aangeven na een jaar nog niet hersteld te zijn, consulteert hiervoor opnieuw zijn huisarts. Bij het merendeel van de patiënten zijn de klachten op lange termijn niet zo ernstig dat ze het dagelijks functioneren blijven belemmeren.¹

Er zijn echter weinig gegevens beschikbaar over het beloop en de ernst van schouderklachten op langere termijn. Het beloop lijkt negatief te worden beïnvloed wanneer er sprake is van ernstige pijnklachten, een lange voorgeschiedenis, aanwezigheid van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld nekkklachten) en psychosociale factoren (waaronder depressieve klachten, een passieve copingstijl, en catastroferende gedachten).^{9,17,19-22} Voor de meeste psychosociale factoren geldt dat de verbanden niet heel sterk zijn, en niet consistent kunnen worden aangetoond.

Voorspellers voor verzuim bij schouderklachten zijn: verzuim in de voorgaande twee maanden, de ernst van de pijnklachten en het toeschrijven van de oorzaak aan gebruikelijke activiteiten op het werk.²²

Diagnose en behandeling

4.1 Aandachtspunten

In de eerste lijn wordt de diagnostiek van schouderklachten verricht aan de hand van anamnese en lichamelijk onderzoek. Er zijn geen aanwijzingen dat aanvullend beeldvormend onderzoek bij niet-traumatische schouderklachten in de eerste lijn toegevoegde waarde heeft. De arts moet uitsluiten dat de oorzaak van de schouderklachten buiten het schoudergebied gelegen is en ook dat sprake is van een weinig voorkomende, soms ernstige oorzaak. Het gaat daarbij met name om het cervicaal-radiculair syndroom, reumatoïde artritis, polymyalgia rheumatica en referred pain door aandoeningen van de viscerale organen.¹

Het is aannemelijk dat bijzondere oorzaken uitgesloten zullen zijn bij een overgrote meerderheid van de cliënten die zijn uitgevallen met schouderklachten en die na twee jaar arbeidsongeschiktheid beoordeeld worden in het kader van de WIA. Dat neemt niet weg dat het voor de verzekeringsarts van belang is ook hiervan voldoende kennis te hebben, evenals van de daarbij behorende diagnostiek. Er kunnen diagnoses gemist zijn en schouderklachten kunnen ontstaan zijn in een periode van arbeidsongeschiktheid die door een andere ziekte veroorzaakt is.

Intrinsieke schouderklachten bij patiënten jonger dan veertig jaar worden bijna altijd veroorzaakt door overbelasting en gaan gepaard met inklemmingsverschijnselen. In de leeftijd van veertig tot vijftig jaar is dat meestal ook het geval, maar moet daarnaast rekening gehou-

den worden met de mogelijkheid van een rotatorcuffruptuur, met name als er langdurig schouderbelastende arbeid verricht is. Na het vijftigste jaar neemt de kans op een cuffruptuur toe.²³⁻²⁵ Instabiliteit van de schouder kan ontstaan na een luxatie of subluxatie van het schoudergewricht. Dit ontstaat meestal door een trauma. In een kleine minderheid kan door chronische, eenzijdige belasting (microtrauma) instabiliteit ontstaan, vaak bij sporters, maar ook bij mensen die frequent boven schouderhoogte moeten werken.^{26,27}

4.2 Anamnese

In de anamnese tracht de verzekeringsarts een indruk te krijgen van de aard, de ernst en het beloop van de klachten en beperkingen. Hij is daarbij alert op zeldzame en soms ernstige oorzaken van schouderklachten. De anamnese is er ook op gericht om te achterhalen of er factoren zijn die het ontstaan en beloop mogelijk hebben beïnvloed en/of die voor de beoordeling van de prognose en de beoordeling van kansen op herstel van belang zijn.

Aandachtspunten daarbij zijn:

- het ontstaan van de pijn in de schouder (acuut of geleidelijk in de loop van enkele weken);
- de visie van de cliënt op het ontstaan van de pijn; ‘spontaan’, door het werk, sporten of trauma;
- de plaats van de pijn, uitstraling in de arm;
- pijn en/of beperkingen bij het bewegen van de bovenarm;
- pijnklachten aan de cervicale en thoracale wervelkolom, pijn bij bewegen van de nek, het uitstralen van pijn in de arm, paresthesieën;
- de ernst van de pijn en de gevolgen van de pijn, zoals verstoring van de nachtrust, beperkingen in het dagelijks functioneren;
- behandeling en resultaat van de behandeling;
- schouderklachten en klachten van de nek en thoracale wervelkolom in het verleden, het beloop, de behandeling en het resultaat van de behandeling;
- klachten van het bewegingsapparaat elders;
- relevante comorbiditeit;
- psychische klachten die het gevolg zijn van de schouderklachten;
- pijngebonden gedrag, vermijden van bewegen, angst voor letsel bij bewegen, negatief verwachtingspatroon (catastroferende gedachten)
- fysieke belasting van het werk en de fysieke werkomgeving;
- psychosociale werkomgeving;
- sociale factoren, sport en vrijetijdsbesteding.

4.3 Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bij schouderklachten in de eerste lijn is pragmatisch van aard. Het is erop gericht functiebeperkingen vast te stellen en mogelijke oorzaken van de klachten die buiten de schouder gelegen zijn, vast te stellen of uit te sluiten. Het is vaak niet goed mogelijk, en ook niet nodig, om bij het lichamelijk onderzoek de verschillende syndromen te onderscheiden die bij intrinsieke schouderklachten een rol kunnen spelen.¹ Ook de plaats waar de pijn ervaren wordt, hoeft geen relatie te hebben met de lokalisatie van de laesie.²⁸

Het onderzoek wordt als volgt uitgevoerd:^a

- Inspectie van beide schouders, de stand van de nek en de thoracale wervelkolom, met aandacht voor atrofie en de stand van de schouderbladen. Laat de client de plaats van de pijn aanwijzen.
- Bewegingsonderzoek van de schouder, met een vergelijking van beide schouders, waarbij de onderzoeker bij voorkeur achter de patiënt staat:
 - *Actieve abductie in het scapulavlak.* Laat de client de beide gestrekte armen zijwaarts heffen tot naast het hoofd en weer laten zakken. Vraag hem de armen zijwaarts gestrekt omhoog te heffen tot schouderhoogte, vervolgens om de handpalmen in de richting van het plafond te draaien en de armen gestrekt verder naar boven te bewegen totdat de handen elkaar boven het hoofd raken. Beoordeel of deze beweging beperkt en/of pijnlijk is, en als sprake is van pijn, in welk deel van het traject dat het geval is (painful arc).
 - *Passieve abductie in het scapulavlak.* Omvat de arm ter hoogte van de elleboog en til de gestrekte arm zijwaarts in de richting van het oor tot naast het hoofd. Beoordeel de totale bewegingsuitslag en vraag naar pijn aan het eind van de beweging. Beoordeel de beweeglijkheid van de humerus ten opzichte van de scapula.
 - *Passieve exorotatie.* Omvat de onderarm ter hoogte van pols, fixeër de elleboog, buig de arm negentig graden in de elleboog en roteer de arm naar buiten. Beoordeel de bewegingsuitslag en de pijn.
- Bewegingonderzoek van de nek. Actieve flexie, extensie, rotaties naar links en rechts en lateroflexie naar beide zijden. Beoordeel of dit pijnlijk en/of beperkt is en of er sprake is van uitstralende pijn naar de arm. Het actieve bewegingsonderzoek kan gecombineerd worden met het passieve bewegingsonderzoek, waarbij de maximale bewegingsuitslagen beoordeeld worden.

^a Zie afbeeldingen in de bijlage schouderonderzoek

- Op indicatie kan onderzoek van de thoracale wervelkolom plaatsvinden. Dat is met name nodig als er bij inspectie sprake blijkt van een kyfose, een duidelijke asymmetrie of een scoliose.

Tijdens de anamnese en het lichamelijk onderzoek observeert de verzekeringsarts de cliënt met het oog op discrepanties tussen klachten en functionele mogelijkheden. De verzekeringsarts houdt er rekening mee dat de resultaten van het lichamelijk onderzoek soms sterk kunnen variëren in de tijd.

4.4 Diagnose

Aan de hand van de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan in het algemeen een onderscheid gemaakt worden tussen intrinsieke schouderklachten en schouderklachten als gevolg van een oorzaak buiten het schoudergebied (extrinsieke schouderklachten), of door systemische oorzaken.

Om een diagnose te kunnen stellen van schouderklachten door afwijkingen buiten het schoudergebied of door systemische oorzaken, is vaak aanvullend onderzoek nodig. ‘Rode vlaggen’ voor ernstige pathologie zijn: voorgeschiedenis met kanker, onverklaarde zwelling, rode huid, koorts, algemene malaise, onverklaard en significant verlies van sensibiliteit en/of motoriek.²⁹

4.4.1 Intrinsieke schouderklachten

Hierbij wordt de volgende indeling gemaakt:

- *Schouderklachten met passieve bewegingsbeperking.* Hiervan is sprake bij een passieve, pijnlijke bewegingsbeperking in een of meer richtingen van het glenohumeraal gewricht. Dit is het beeld van de pijnlijke, stijve schouder, die onder meer door een afwijking van het glenohumeraal gewricht veroorzaakt kan worden. Bij een capsulitis adhesiva (*frozen shoulder*) is er een globale functiebeperking die begint met een beperkte exorotatie. Een artrose van het schoudergewricht geeft passieve bewegingsbeperkingen in alle richtingen. Een röntgenfoto kan de aanwezigheid van artrose bevestigen.
 - *Schouderklachten zonder passieve bewegingsbeperkingen, maar met pijn in een deel van het abductietraject (painful arc).* Deze klachten komen het meest voor. Hierbij ervaart de patiënt pijn tijdens of aan het eind van een actief of passief bewegingstraject, maar er is geen sprake van bewegingsbeperking (stijfheid). In dit geval is in het algemeen sprake van een inklemmingssyndroom door inklemming van subacromiale structuren. Dit beeld is ook bekend onder de naam *impingementsyndroom*. Hiervoor kunnen verschillende
-

oorzaken zijn, zoals tendinitiden en een acute of chronische bursitis. Bij oudere patiënten kan ook sprake zijn van een partiële of totale cuffruptuur. Cuffrupturen kunnen geleidelijk beginnen en een progressief beloop hebben.

Instabiliteit van de schouder en aandoeningen van het acromioclaviculaire of het sternoclaviculaire gewricht kunnen ook schouderklachten geven zonder passieve bewegingsbeperkingen. Deze aandoeningen kunnen in overweging genomen worden, als andere oorzaken van intrinsieke schouderklachten uitgesloten zijn.

4.4.2 *Extrinsieke schouderklachten*

Hierbij heeft de patiënt klachten zonder dat er afwijkingen bij het bewegingsonderzoek van de schouder gevonden worden.

- Overweeg of de oorzaak van de klachten in de nek gelegen is. Pijn kan vanuit de nek naar de armen uitstralen. Een van de mogelijke oorzaken is discopathie. Discopathie, vaak in combinatie met spondylartrose van de laagcervicale wervels, komt boven het vijftigste levensjaar zeer frequent voor, doch leidt slechts in een klein deel van de gevallen tot radiculare verschijnselen. Een andere mogelijkheid is een cervicaal radiculair syndroom. Dit wordt veroorzaakt door een irritatie van een cervicale ruggenmergswortel en wordt gekenmerkt door een uitstralende pijn in het schoudergebied en de arm al of niet in combinatie met neurologische uitvalsverschijnselen. Of pijn optreedt, is vaak sterk afhankelijk van de stand en de beweging van de nek.
- *Referred pain*. Aandoeningen van de viscerale organen kunnen ook schouderklachten veroorzaken, bijvoorbeeld vanuit hart, galblaas of longtoppen of diafragma prikkeling. Er zijn dan ook andere klachten, zoals pijn elders, malaise, gewichtsverlies en/of andere aandoeningen. Het is aannemelijk dat bij deze patiënten in een vroeg stadium nader onderzoek zal plaatsvinden en dat de verzekeringsarts hierover geïnformeerd zal zijn.

4.4.3 *Systemische aandoeningen*

Voorbeelden van systemische aandoeningen waarbij sprake kan zijn van schouderklachten, zijn reumatoïde artritis en polymyalgia rheumatica. Bij reumatoïde artritis heeft de patiënt ook gewrichtsklachten elders. Dit ziektebeeld staat beschreven in het verzekeringsgeneeskundig protocol *Reumatoïde artritis*. Polymyalgia rheumatica wordt ook gerekend tot de reumatische aandoeningen en wordt gekenmerkt door dubbelzijdige pijn en stijfheid van de schouder- en/of bekkengordel, doorgaans bij mensen die ouder zijn dan vijftig jaar. Karakteristiek is een sterk verhoogde BSE. De aandoening is goed te behandelen met corticosteroïden.³⁰

4.5 Behandeling

Bij het merendeel van de patiënten met schouderklachten is de prognose over de functionele mogelijkheden goed. In de beginfase moet de patiënt tijdelijk de activiteiten vermijden die de klachten mogelijk uitgelokt hebben, evenals activiteiten die de pijn duidelijk verergeren. Het is echter belangrijk dat de beweeglijkheid van de schouder onderhouden wordt. In het algemeen is het voldoende als de patiënt zelf dagelijks meerdere keren oefent, waarbij de nadruk ligt op passieve oefeningen en het stapsgewijs uitbreiden van dagelijkse activiteiten volgens een vast tijdschema.^{1,31-34}

In de eerste weken na het ontstaan van de klachten schrijft de huisarts desgewenst analgetica voor. Er zijn aanwijzingen dat corticosteroïdinjecties op korte termijn de klachten verlichten. Op de lange termijn lijken injecties geen extra voordelen op te leveren.^{1,34}

De NHG-Standaard adviseert om de patiënt na zes weken te verwijzen voor oefentherapie. Bij oefentherapie gaat de voorkeur uit naar een tijdgebonden activerende aanpak die de mobiliteit van de schouder onderhoudt, de schoudermusculatuur versterkt en angst voor beweging voorkomt.¹ Aanvullend kan de arts overwegen de patiënt naar een manueel therapeut te verwijzen. Manuele therapie lijkt het herstel te bespoedigen van patiënten met schouderklachten bij wie ook sprake is van een functiestoornis van de cervicale en/of thoracale wervelkolom.¹

Er zijn nog geen heldere criteria voor verwijzing naar de tweede lijn. Indicaties voor verwijzing naar een specialist of een multidisciplinaire inventarisatie zullen in het algemeen afhangen van de lokale omstandigheden en de persoonlijke ervaring van de behandelend arts.¹

De prognose wordt ongunstiger naarmate de klachten langer duren. Als de patiënt adequaat geoefend heeft en de klachten na een half jaar nog persisteren, dient een verwijzing voor diagnostiek en advies in de tweede lijn wel overwogen te worden. Specialistisch onderzoek, ondersteund door hulponderzoeken, kan de diagnostiek verfijnen en hiermee kan beoordeeld worden of mogelijk sprake is van een operatie-indicatie. Bij een rotatorcuffruptuur kan dat, met name in de arbeidzame leeftijd, het geval zijn. Bij inklemmingsbeelden en bij cervicale pathologie zal de orthopedisch chirurg zich in het algemeen terughoudend opstellen met opereren.

Werkhervatting

De werkhervattingsadviezen van de bedrijfsarts zullen in het algemeen aansluiten op de behandeladviezen. De werkzaamheden worden tijdelijk aangepast en als de klachten afnemen, kan de cliënt het werk geleidelijk hervatten. De bedrijfsarts beoordeelt of er risicofactoren zijn in de werksituatie en bij onduidelijkheid hierover kan hij een werkplekonderzoek adviseren. Hij zal in het algemeen een tijdgebonden werkhervatting adviseren. Als binnen zes weken geen volledige werkhervatting heeft plaatsgevonden, wordt geadviseerd te verwijzen voor oefentherapie, die mede als doel heeft de activiteiten tijdgebonden uit te breiden. Als er sprake is van herstelbelemmerende en/of uitlokkende factoren in de werksituatie, geeft de bedrijfsarts advies om deze belemmeringen weg te nemen. Het kan daarbij zowel gaan om specifieke lichamelijke belasting in het werk als om psychosociale factoren.^{2,18} Bij langdurig verzuim moet de bedrijfsarts de mogelijkheid van een multidisciplinaire inventarisatie overwegen.

De effectiviteit van multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische schouderklachten is niet aangetoond.³⁵ Er zijn echter voldoende aanwijzingen dat een multidisciplinaire behandeling, uitgaande van een cognitief gedragsmatige benadering, effectief kan zijn bij patiënten met chronische pijn. Op individueel niveau kunnen er daarom goede redenen zijn een multidisciplinaire behandeling te adviseren. Een andere mogelijkheid is een beoordeling op individueel niveau door een klinisch arbeidsgeneeskundige, gespecialiseerd in klachten van het houdings- en bewegingsapparaat.

Bij langdurige en/of recidiverende klachten moet door de bedrijfsarts worden overwogen belastende werkzaamheden blijvend te vermijden. Dit kan recidieven, na een aanvankelijk herstel van de klachten, voorkomen.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met chronische schouderklachten voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. Deze vier beoordelingstaken passeren in dit hoofdstuk achtereenvolgens de revue.

6.1 Sociaalmedische voorgeschiedenis

Bij een cliënt met chronische schouderklachten beoordeelt de verzekeringsarts de stagnatie in het herstelproces. Hij houdt er rekening mee dat schouderklachten onder de algemene bevolking zeer frequent voorkomen en vaak een langdurig beloop hebben, maar dat veel werknemers hun werkzaamheden hervatten, al of niet met aanpassingen.

De verzekeringsarts betreft de analyse van het uitblijven van de re-integratie bij zijn beoordeling van de verplichte re-integratie-inspanningen van de werkgever en werknemer.³⁶ Hij kan tot de conclusie komen dat een cliënt belangrijke re-integratiekansen heeft gemist.

6.2 Functionele mogelijkheden

Bij een cliënt met schouderklachten kan door middel van een zorgvuldig lichamelijk onderzoek vaak een goede inschatting van de functionele mogelijkheden gemaakt worden.

De verzekeringsarts moet echter voor de vaststelling van de belastbaarheid ook het beloop van de klachten, herstelbelemmerende factoren, de verrichtte diagnostiek en de ondergane behandeling(en) bij zijn beoordeling betrekken. Hij betreft in zijn afweging voor de vaststelling van de functionele mogelijkheden dat:

- de ernst van de klachten in de loop van de tijd kan variëren;
- de bevindingen bij lichamelijk onderzoek in de loop van de tijd kunnen variëren;
- ten tijde van het onderzoek soms geen beperkingen kunnen worden vastgesteld, bijvoorbeeld doordat de belasting is aangepast aan de mogelijkheden van de cliënt;
- de schouderklachten mogelijk niet intrinsiek van aard zijn, maar een oorzaak hebben die buiten de schouder gelegen is, bijvoorbeeld een uitstralende pijn vanuit de nek;
- er sprake kan zijn van een combinatie van intrinsieke en extrinsieke oorzaken;
- de schouderklachten veroorzaakt kunnen worden door een systemische aandoening, bijvoorbeeld reumatoïde artritis en polymyalgia rheumatica.

Aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden van een cliënt met chronische schouderklachten zijn:

- aanpassing fysieke omgevingseisen;
 - trillingsbelasting;
 - kou en tocht;
- dynamische handelingen;
 - dominantie;
 - lokalisatie van de beperking;
 - werken met toetsenbord en muis;
 - schroefbewegingen hand en arm;
 - reiken en frequent reiken;
 - duwen of trekken;
 - tillen of dragen en frequent licht tillen of dragen;
 - frequent zware lasten hanteren tijdens werk;
 - hoofdbewegingen maken;
 - klimmen;
 - overige beperkingen van het dynamisch handelen;
- statische houdingen;
 - boven schouderhoogte actief zijn;
 - het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk;
 - overige beperkingen van statische houdingen.

6.3 Te verwachten beloop

Voor zijn prognose van de chronische schouderklachten van een cliënt maakt de verzekeringsarts gebruik van de kennis van het beloop van de klachten (inclusief de obstakels in de fysieke en psychosociale werkomgeving), de verrichtte diagnostiek en behandeling(en) en de bevindingen bij lichamelijk onderzoek. De werkgroep is van mening dat een eenmalig consult bij een relevant specialisme overwogen dient te worden als in de voorgeschiedenis hiervan nog geen gebruik is gemaakt. De verzekeringsarts betreft bij zijn afwegingen de ernst van de huidige klachten, de ervaren beperkingen en of er (mogelijk) sprake is van een oorzaak gelegen buiten de schouder, of van een systemische aandoening.

De prognose van schouderklachten is ongunstiger naarmate de klachten langer duren. De totale duur van het herstel is niet eenvoudig in te schatten. Voor een capsulitis adhesiva (*frozen shoulder*) is een herstelduur van maximaal twee tot drie jaar beschreven, maar het beloop kan ongunstig zijn als er ook sprake is van diabetes mellitus.³⁷ De prognose van schouderklachten waarbij een specifieke aandoening is vastgesteld (doorgaans op basis van beeldvormende diagnostiek), is afhankelijk van de aard van de diagnose en de ernst van de aandoening.

6.4 Behandeling en begeleiding

Wanneer sprake is van chronische schouderklachten waarbij geen aanvullende diagnostiek of verwijzing naar een relevant specialisme heeft plaatsgevonden dient rekening gehouden te worden met de mogelijkheid dat er sprake kan zijn van een behandelbare oorzaak. De verzekeringsarts vraagt toestemming aan de cliënt en treedt hierover in overleg met de huisarts.

De verzekeringsarts die tot de conclusie komt dat er nog mogelijkheden zijn voor verbetering van de functionele mogelijkheden door behandeling en/of begeleiding, aanpassingen of voorzieningen, overlegt hierover met de cliënt en de relevante disciplines in diens omgeving (behandelaar(s), huisarts, bedrijfsarts, werkgever, arbeidsdeskundige, re-integratiecoach en zo meer). Bevindingen en afspraken daarover (het medisch plan van aanpak) worden door de verzekeringsarts vastgelegd en bijgehouden in het dossier. Op geleide daarvan plant de verzekeringsarts een heronderzoek om de functionele mogelijkheden te beoordelen.

A

Literatuur

-
1. Winters, J.C., Jongh, A.C., Windt, D.A.W.M. van der, Jonqui re, M., Winter, A.F. de, Heijden, G.J.M.G. van der, Sobel, J.S., Goudswaard, A.N. NHG-Standaard Schouderklachten, eerste herziening. Huisarts Wet 1999; 42: 222-31.
 2. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek. Utrecht: NVAB; 2003.
 3. CANS, nieuwe terminologie en indeling van arm-, nek- en/of schouderklachten. Kenniscentrum AKB, 2004 (www.kenniscentrumakb.nl).
 4. UWV Kwartaalverkenning 2007-III. Kenniscentrum UWV Directie SBK, 4 oktober 2007.
 5. Walker-Bone, K., Palmer, K.T., Reading, I., Coggon, D., Cooper, C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum* 2004 15; 51 (4): 642-51.
 6. Picavet, H.S., Schouten, J.S. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003; 102 (1-2): 167-78.
 7. Linden, M.W. van der, Westers, G.P., Bakker, D.H. de, Schellevis, F.G.. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. NIVEL/RIVM 2004.
 8. Bot, S.D.M., Terwee, C.B., Windt, D.A.W.M. van der, Bouter, L.M., Dekker, J. Incidence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 118-123.
 9. Kuijpers, T., Windt, D.A.W.M. van der, Heijden, G.J.M.G. van der, Twisk, J.W.R., Vergouwe, Y., Bouter, L.M. A prediction rule for Shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7: 97.
 10. Pyne, S.W. Diagnosis and current treatment options of shoulder impingement. *Curr Sports Med Rep* 2004; 3 (5): 251-5.
-

11. Bongers, P.M., IJmker, S., Heuvel, S. van der, Blatter, B.M. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (Part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (Part II). *J Occup Rehabil* 2006; 16: 279-302.
 12. Winter, A.F. de, Jans, M.P., Scholten, R.J., Devillé, W., Schaardenburg, D. van, Bouter, L.M. Diagnostic classification of shoulder disorders: interobserver agreement and determinants of disagreement.. *Ann Rheum Dis* 1999; 58 (5): 272-7.
 13. Aasa, U., Barnekow-Bergkvist, M., Ängquist, K.A., Brulin, C. Relationship between work-related factors and disorders in the neck-shoulder and low-back region among female and male ambulance personnel. *J Occup Health*. 2005; 47: 481-9.
 14. Windt, D.A. van der, Thomas, E., Pope, D.P., Winter, A.F. de, Macfarlane, G.J., Bouter, L.M., Silman, A.J. Occupational risk factors for shoulder pain: a systematic review. *Occup Environ Med* 2000; 57 (7): 433-42.
 15. Walker-Bone, K.E., Palmer, K.T., Reading, I., Cooper, C. Soft-tissue rheumatic disorders of the neck and upper limb: prevalence and risk factors. *Semin Arthritis Rheum* 2003 Dec; 33 (3): 185-203.
 16. Walker-Bone, K., Cooper, C. Hard work never hurt anyone: or did it? A review of occupational associations with soft tissue musculoskeletal disorders of the neck and upper limb. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (10): 1391-6.
 17. Mallen, C.D., Peat, G., Porcheret, M., Croft, P. The prognosis of joint pain in the older patient: general practitioners' views on discussing and estimating prognosis. *Eur J Gen Pract* 2007; 13 (3): 166-8.
 18. Sim, J., Lacey, R.J., Lewis, M. The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: a general population study *BMC Public Health* 2006; 6: 234.
 19. Kuijpers, T., Windt, D.A. van der, Heijden, G.J. van der, Bouter, L.M. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004 Jun; 109 (3): 420-31.
 20. Feleus, A., Bierma-Zeinsträ, S.M., Miedema, H.S., Verhagen, A.P., Nauta, A.P., Burdorf, A., Verhaar, J.A., Koes, B.W. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice--6 months follow-up. *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Jan; 46 (1): 169-76. Epub 2006 Jun 24.
 21. Bot, S.D., Waal, J.M. van der, Terwee, C.B., Windt, D.A. van der, Scholten, R.J., Bouter, L.M., Dekker, J. Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. *Spine* 2005; 15 30 (16): E459-70.
 22. Kuijpers, T., Windt, D.A.W.M. van der, Heijden, G.J.M.G., Vergouwe, Y., Twisk, J.W.R., Bouter, L.M. A prediction rule for shoulder pain related sick leave: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2006; 7: 97.
 23. Stevenson, J.H., Trojian, T. Evaluation of shoulder pain. *J Fam Pract* 2002 Jul;51(7):605-11.
 24. Arcuni, S.E. Rotator cuff pathology and subacromial impingement. *Nurse Pract* 2000 May; 25(5): 58, 61, 65-6.
 25. Murrell, G.A., Walton, J.R. Diagnosis of rotator cuff tears. *Lancet* 2001 Mar 10; 357 (9258): 769-70.
 26. Belling Sørensen, A.K., Jørgensen, U. Secondary impingement in the shoulder. An improved terminology in impingement. *Scand J Med Sci Sports* 2000 Oct; 10 (5): 266-78.
 27. Luime, J.J., Verhagen, A.P., Miedema, H.S., Kuiper, J.I., Burdorf, A., Verhaar, J.A., Koes, B.W. Does this patient have an instability of the shoulder or a labrum lesion? *JAMA* 2004 Oct 27; 292 (16): 1989-99.
 28. Groenier, K.H., Winters, J.C., Schuur, W.H. van, Winter, A.F. de, Meyboom-De Jong, B. A simple classification system was recommended for patients with restricted shoulder or neck range of motion. *J Clin Epidemiol* 2006; 59 (6): 599-607.
-

29. Mitchell, C., Adebajo, A., Hay, E., Carr, A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ* 2005 Nov 12; 331 (7525): 1124-8.
30. Vos, P.A., Bijlsma, J.W., Derksen, R.H. Polymyalgia rheumatica en artritis temporalis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005 Aug 27; 149 (35): 1932-7.
31. Geraets, J.J., Goossens, M.E., Groot I.J. de, Bruijn, C.P. de, Bie, R.A. de, Dinant, G.J., Heijden, G. van der, Heuvel, W.J. van den. Effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. *Aust J Physiother* 2005; 51 (2): 87-94.
32. Geraets, J.J., Goossens, M.E., Bruijn, C.P. de, Groot, I.J. de, K  ke, A.J., Pelt, R.A., Heijden, G. van der, Dinant, G.J., Heuvel, W.J. van den. Cost-effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. *Int J Technol Assess Health Care* 2006 Winter; 22(1): 76-83.
33. Windt, D.A.W.M. van der, Koes, B.W. Are corticosteroid injections as effective as physiotherapy for the painful stiff shoulder? In: Best T, MacAuley D. (Eds). *Evidence Based Sports Medicine* [2nd Ed]. London: BMJ Books, Blackwell Publishing 2007: 391-417.
34. Buchbinder, R., Green, S., Youd, J.M. Corticosteroid injections for shoulder pain (Cochrane review). *Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford, Update Software.
35. Karjalainen, K., Malmivaara, A., Tulder, M. van, Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., Koes, B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD002194.
36. UWV. Kader voor inzet en beoordeling van re-integratie-inspanningen. Bijlage bij: Wijziging Beleidsregels beoordelingskader poortwachter d.d. 17 oktober 2006. *Staatscourant* 2006; 224: 34-44.
37. Laslett, L.L., Burnet, S.P., Jones, J.A., Redmond, C.L., McNeil, J.D. Musculoskeletal morbidity: the growing burden of shoulder pain and disability and poor quality of life in diabetic outpatients. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 (3): 422-9.

B

Commissie en commentaarronde

Als commissie voor dit protocol fungeert de werkgroep Chronisch schouderklachten.

Werkgroep Chronische Schouderklachten

- Mw. dr. D.A.W.M. (Daniëlle) van der Windt, *voorzitter*
Epidemioloog, EMGO Institute en VUMC afdeling Huisartsgeneeskunde
- Dhr. mr. drs. F.M. (Frans) Westerbos, arts, *secretaris*

- Dhr. drs. P.G. (Paul) Brock
Verzekeringsarts, UWV
- Dhr. drs. D.E. (Evert) Smit
Verzekeringsarts, UWV
- Dhr. drs. R.H.J. (Ronald) God
Verzekeringsarts, UWV, orthomanueel arts
- Dhr. dr. L.A.M. (Leo) Elders
Bedrijfsarts, Consulo
- Dhr. drs. M.E. (Michiel) Hart
Bedrijfsarts, Hbma
- Dhr. drs. R.J. (René) Naber
Bedrijfsarts, Arbo-Livio

- Dhr. dr. P.H.T.G. (Peter) Heuts
Revalidatiearts, Revalidatiecentrum Hoensbroek
- Dhr. dr. W.J. (Jaap) Willems Orthopedisch chirurg,
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocollen

- Prof. dr. J.H.B.M. Willems, *voorzitter*
Bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam; TNO Kwaliteit van Leven, Delft
- Mevr. Y. Jansen
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
- Prof. dr. R.J. van den Bosch
Hoogleraar psychiatrie UMCG, Groningen; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Prof. dr. J.J.L. van der Klink
Bedrijfsarts, psycholoog, hoogleraar sociale geneeskunde, UMC, Groningen
- Mevr. prof. dr. J.W.M. Hazes
Hoogleraar reumatologie; Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Dr. H Kroneman
verzekeringsarts; UWV
- A.H.J.M. Sterk
verzekeringsarts
- Dr. D.J. Bruinvels
Bedrijfsarts, NVAB
- Mevr. A.E. de Wind
Verzekeringsarts, NVVG
- Mevr. J.G. van Balen
Huisarts, NHG
- Dr. M. van Dal, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- Dr. J.N.D. de Neeling, *adviseur*
epidemioloog; Gezondheidsraad, Den Haag
- R.H.C.J. Mentink, *secretaris*
Bedrijfs- en verzekeringsarts, projectleider VGI

Commentaarronde

Het protocol en de bijbehorende toelichting werden in concept voor commentaar aan de volgende organisaties voorgelegd:

- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde;
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde;
- Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland;
- RSI-patiëntenvereniging;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging;
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- Nederlands Huisartsen Genootschap;
- UWV;
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken.

Bewegingsonderzoek van de schouder

De foto's zijn genomen vanuit het perspectief van de onderzoeker en sluiten aan bij de drie onderzoekshandelingen die de verzekeringsarts geacht wordt te verrichten.



Foto1. Actieve abductie in het scapulavlak.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.



Foto 2 Passieve abductie in het scapulavlak.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.



Foto 3 Passieve exorotatie met afhangende arm.

Met dank aan de Audiovisuele Dienst van het OLVG (Onze Lieve Vrouwen Gasthuis), te Amsterdam.