



Scoringslijst voor de praktijk

2. SHOUDERKLACHTEN

Algemene gegevens

- Classificatiecode(s)* : L08, L92
- Doelstelling* : Toetsen of de kandidaat in staat is:
- de gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de diagnostiek bij een patiënt met schouderklachten;
 - een correcte evaluatie te geven met de verzamelde gegevens;
 - een correct beleid af te spreken met de patiënt.
- Auteur* : werkgroep Vaardigheden SVUH
- Datum laatste correctie* : februari 2005

Literatuur

- Winters JC, et al. NHG-Standaard Schouderklachten (eerste herziening). Huisarts Wet 1999; 42: 222-31.
- Boumans MTA, Van Ooy A. Het onderzoek van de bovenste extremiteiten. Utrecht: Bunge, 1990.
- De Wolf AN, Mens JMA. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Winters JC, Dierks RL. Schouderklachten. In: de Vries H, de Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003: 271-83.
- Winters JC. Schouderklachten. Practicum Huisartsgeneeskunde. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Informatie over het gebruik van de scoringslijst voor de praktijk

Doel

Deze scoringslijst toetst de bekwaamheid ten aanzien van het verzamelen van gegevens voor de diagnostiek bij een patiënt met schouderklachten, het evalueren hiervan en het afspreken van een beleid. De scoringslijst geeft richting aan de observatie en de feedback en kan gebruikt worden als een educatief toetsingsinstrument in de praktijk.

De arts-in-opleiding tot huisarts voert een volledig consult met de patiënt(e) gericht op schouderklachten en handelt zoveel mogelijk zoals hij/zij dat gewend is om te doen.

Informatie voor de observator

De scoringslijst bevat voornamelijk onderdelen die specifiek op schouderklachten van toepassing (kunnen) zijn. Niet alle onderdelen zijn bij alle schouderklachten van toepassing. In de toelichting op de scoringslijst wordt nadere informatie gegeven. Tevens wordt gevraagd een algemene indruk weer te geven in de vorm van een cijfer (0-10), waarna de feedback in eigen woorden kan worden uitgeschreven bij opmerkingen.

Als aanvulling op de scoringslijst is ook een meer globale beoordelingslijst opgenomen, de zogenaamde korte klinische beoordeling (KKB). De KKB richt zich op de competenties van de huisarts bij patiëntencontacten, en heeft een globaal karakter. De beoordeling kan daardoor in verschillende situaties worden gebruikt. De combinatie van meerdere KKB's geeft inzicht in het handelen van de huisarts. De scorelijst is er meer op gericht **dat** iets gedaan wordt, de KKB geeft de mogelijkheid aan te geven **hoe** het gebeurt.

Voor de scoring wordt gebruik gemaakt van een schaal 1-9, zoals ook bij de oorspronkelijke beschrijving gehanteerd wordt.

Neem de tijd om de kandidaat feedback te geven. Dit wordt door de kandidaten zeer gewaardeerd. Wees daarbij tactvol en positief in de benadering. Kandidaten stellen zich immers kwetsbaar op door zich te laten observeren. De scoringslijst heeft in de eerste plaats een **educatief** doel en is geen examen.

De arts-in-opleiding tot huisarts kan de ingevulde scoreformulieren opnemen in zijn/haar portfolio en gebruiken bij planning en evaluatie van zijn/haar vaardighedenonderwijs(-doelen).

Toelichting scoringslijst

- item 1: Ernstige pijn met uitstraling tot in de hand, gevoelsverlies of krachtsverlies kan een aanwijzing zijn voor een cervicaal radiculair syndroom. Dubbelzijdige klachten van de schouders kan een aanwijzing zijn voor polymyalgia reumatica (met name bij ouderen). Zie verder bij item 4.
- item 2: Zijn de klachten acuut of geleidelijk ontstaan? Is er een directe relatie met een trauma? (Ongeveer 20% meldt een licht trauma). Met 'provocerende momenten' wordt bedoeld dat gevraagd wordt naar de relatie tussen pijn en een bepaalde beweging/activiteit. Toename van pijn bij bewegen hangt samen met irritatie van de glenohumerale structuren.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

Ongeveer een kwart van de patiënten heeft kortdurend klachten (maximaal een week) voordat ze de dokter consulteren. Vaak gaat het hierbij om heftige klachten met sterke beperkingen in ADL en hinder bij slapen. Anderzijds heeft ook een kwart van de patiënten langer dan 6 maanden last alvorens de dokter wordt geconsulteerd.

- item 3: Zijn er aanwijzingen voor luxatie of fractuur? Nachtelijke pijn is een aanwijzing voor heftigheid van de klachten en kan een aanwijzing zijn voor ontsteking.
- item 4: Hier dient gevraagd te worden naar de voorgeschiedenis, andere gewrichtsaandoeningen, ziektebeelden, en eventuele medicatie. Bijna de helft van de patiënten heeft eerder schouderklachten gehad. De vragen naar koorts, malaise, andere gewrichtsklachten dienen gesteld te worden om andere (zeldzame) oorzaken van schouderklachten uit te sluiten. Het gaat daarbij om ziekten als reumatoïde artritis, polymyalgia reumatica, maligniteit (longtop, botemetastase), referred pain (longembolie, myocardinfarct, diafragma-prikkeling, buikprocessen).
- item 5: De patiënt dient het gehele schoudergebied en de armen te ontbloten (beha mag aanblijven). Let op verschillen in contour tussen links en rechts (aanwijzingen voor atrofie?).
- item 6: Actief onderzoek wil zeggen: de patiënt maakt de bewegingen zelf. Bij de abductie dient de patiënt de handpalmen omhoog te houden (exorotatie). Dit is om voortijdig inklemmen van het tuberculum majus te voorkomen. De arm dient tot naast het hoofd geheven te worden. Pijn in het bewegingstraject wordt 'painful arc' genoemd. Vergelijk ook met de andere arm.
- item 7: Passief onderzoek wil zeggen: de patiënt ontspant en de arts beweegt de arm van de patiënt in één richting.
Techniek passieve abductie: arm omvatten bij elleboog en gestrekt zijwaarts tillen tot naast het hoofd.
Techniek passieve exorotatie: arm omvatten bij pols, elleboog fixeren in 90° flexie en naar buiten roteren.
- Er dient gelet te worden op de bewegingssituatie en de pijn. Het is fout wanneer de rotaties getest worden met de arm in 90° abductie.
Er dient maar één beweging tegelijk te worden getest.
- Opmerking: Er zijn verschillende manieren waarop het onderzoek gedaan kan worden. De discussie over de verschillende scholen blijft buiten beschouwing. Het onderzoek zoals voorgesteld in de NHG-standaard wordt als richtlijn aangehouden voor minimaal noodzakelijk onderzoek.
- item 8: Bij verdenking op een (sub)luxatie kunnen de volgende instabiliteitstesten worden verricht.
Apprehensiontest: patient in rugligging met arm in 90° abductie en maximale exorotatie. In deze positie wordt druk op de humeruskop naar ventraal gegeven. De test is positief als de kop subluxeert.
Relocatietest (vervolg op de vorige test): de pijn verdwijnt weer of de humeruskop schiet terug als druk in dorsale richting op de humeruskop wordt gegeven.

Toelichting praktijkscoringslijst (vervolg)

Releasetest: na een positieve relocatietest wordt de drukgevende hand weggenomen. Bij instabiliteit beweegt de humeruskop weer naar ventraal, waardoor pijn of (sub)luxatie optreedt.

De combinatie van testen heeft een specificiteit van 100% en sensitiviteit van 68%.

- item 9: Het uitvoeren van het functieonderzoek van de cervical wervelkolom is relevant wanneer bij het eerder beschreven actieve en passieve bewegingsonderzoek van de schouder geen afwijkingen worden gevonden. Ook hierbij is het van belang om links en rechts te vergelijken, te vragen naar pijn, en eventuele bewegingsbeperking te beoordelen. Indien aanwijzingen worden gevonden voor een wortelcompressie dient het onderzoek uitgebreid te worden met neurologische provocatietesten, onderzoek van de reflexen, sensibiliteit en spierkracht.
- item 11: De meeste schouderklachten herstellen binnen zes weken. De belangrijkste therapie is het advies de pijnlijke bewegingen te vermijden in de acute fase en het advies de schouder zoveel mogelijk te blijven gebruiken. Het is niet nodig te wachten tot de pijn verdwenen is alvorens de activiteiten weer op te pakken (tijdscontingente aanpak heeft de voorkeur in de NHG-Standaard, maar er is geen bewijs dat dit beter werkt dan een pijncontingente aanpak). Het verwijzen voor nader onderzoek, het voorschrijven van absolute rust, al dan niet met een mitella, is fout bij schouderklachten. Het geven van pijnstilling (paracetamol of NSAID), het geven van ontspannende oefeningen of het plaatsen van een injectie bij onvoldoende verbetering van de klachten (met een corticosteroid en/of anestheticum) behoort tot de mogelijkheden. Het verwijzen naar een fysiotherapeut heeft in de eerste zes weken geen herstelbevorderend effect.
De patiënt dient verteld te worden dat het enkele weken kan duren voor de klachten verminderen.
De patiënt dient terug te komen: bij ernstige pijn; als klachten niet verminderd zijn na twee weken (overweeg eventueel een injectie) en indien na zes weken nog duidelijke beperkingen aanwezig zijn in het dagelijks functioneren (overweeg fysiotherapie). Informeer daarbij ook naar eventuele afspraken met de Arbo-dienst.
- item 12: Nadere beeldvormende diagnostiek is aangewezen bij vermoeden van een fractuur, luxatie of cuffruptuur. Laboratoriumonderzoek kan het vermoeden op reumatoïde artritis of polymyalgia reumatica bevestigen. Voor schouderklachten is nader onderzoek niet noodzakelijk.
- item 13: Verwijsindicaties voor schouderklachten zijn:
* vermoeden van ernstig schouderletsel (fractuur, rotatorcuffscheur, schouderluxatie). Klachten kenmerken zich door acuut begin, meestal hevige pijn in rust, bewegingsbeperking, afwijkingen in de schoudercontour en krachtsverlies.
* Alarmsymptomen voor ernstige extrinsieke oorzaken van schouderklachten (referred pain naar schouder bij aandoeningen van thorax en abdomen)
* Uitblijven van verbetering van klachten en sterke belemmering in functioneren.

Praktijkscoringslijst

Toetsdatum :
 Patiënt :
 Observator :
 Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
Anamnese			
1. Lokalisatie van de pijn			
- plaats van de pijn	0	0	0
- uitstraling in de arm / hand?	0	0	0
- nekklachten	0	0	0
2. Ontstaan van de pijn			
- wijze van ontstaan van de klachten	0	0	0
- provocerende momenten (werk, sport, trauma)	0	0	0
- duur van de klachten	0	0	0
3. Ernst van de pijn en zelfzorg			
- ervaren hinder en beperkingen	0	0	0
- nachtelijke pijn	0	0	0
- (welke) maatregelen/therapie zelf ingesteld?	0	0	0
4. Overige gegevens			
- koorts / malaise	0	0	0
- schouderklachten in het verleden?	0	0	0
- overige gewrichtsklachten	0	0	0
- medicatie	0	0	0

Lichamelijk onderzoek

5. Inspectie			
- laat patiënt(e) schouder en armen ontbloten	0	0	0
- inspectie ventraal en dorsaal	0	0	0
- plaats van de pijn (laten aanwijzen)	0	0	0
6. Actief schouderonderzoek			
- abductie	0	0	0
- vergelijkt links en rechts	0	0	0
- vraagt naar het pijnlijke traject van alle bewegingen	0	0	0

Vervolg scoringslijst

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	niet gedaan	fout gedaan	goed gedaan
7. Passief schouderonderzoek			
- abductie	0	0	0
- exorotatie	0	0	0
- vergelijkt links en rechts de bewegingsuitslag	0	0	0
- vraagt naar pijn	0	0	0
8. Instabiliteitstesten schouder (op indicatie)	0	0	0
9. Functieonderzoek cervicale wervelkolom (op indicatie)			
- verricht functieonderzoek op juiste gronden	0	0	0
- actieve rotatie naar links en rechts	0	0	0
- actieve anteflexie en extensie	0	0	0
- actieve lateroflexie naar links en rechts	0	0	0
- beoordeelt bewegingsuitslagen	0	0	0
- vraagt naar pijn	0	0	0

Evaluatie

10. Stelt correcte diagnose	0	0	0
- hanteert correcte differentiaal diagnostische overwegingen	0	0	0
- maakt correct onderscheid tussen schouderklachten	0	0	0

Beleid

11. Beleidsadviezen bij schouderklachten			
- pijnlijke bewegingen vermijden	0	0	0
- absolute rust vermijden	0	0	0
- bij afname klachten geleidelijk activiteiten uitbreiden	0	0	0
- uitleg wanneer retour	0	0	0
12. Hanteert correcte overwegingen voor nadere diagnostiek	0	0	0
13. Hanteert correcte overwegingen voor verwijzing	0	0	0

Algemene indruk (0-10):

Opmerkingen:

Scoringslijst Korte Klinische Beoordeling

Toetsdatum :

Patiënt :

Observator :

Kandidaat :

	onvoldoende			matig			goed			niet geobserveerd
1. Anamnese Stimuleert patiënt om klachten te vertellen. Stelt adequaat vragen en geeft adequaat aanwijzingen om de noodzakelijke informatie te verkrijgen. Reageert adequaat op emotie en non-verbale signalen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
2. Lichamelijk onderzoek Houdt logische en efficiënte volgorde aan; kiest een goed evenwicht tussen algemeen en hypothesegericht onderzoek; informeert de patiënt; is attent op de belasting voor de patiënt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
3. Probleemanalyse, klinisch redeneren Adequaat en selectief gebruik van diagnostische procedures en aanvullend onderzoek met goede afweging van risico's en opbrengst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
4. Beleid Formuleert (zo mogelijk evidence based) adequaat beleid, noodzakelijke begeleiding, indicaties voor nader onderzoek en/of verwijzing.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
5. Communicatie met de patiënt, informatieoverdracht Geeft in voor patiënt begrijpelijke bewoordingen uitleg, vraagt om instemming waar nodig, overlegt over het te voeren beleid.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
6. Organisatie en efficiëntie Organiseert adequaat, bewaakt de tijd, is doelmatig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
7. Professioneel gedrag Toont respect, betrokkenheid en empathie. Genereert vertrouwen bij patiënt. Reageert adequaat op ongemak en gene. Bewaakt adequaat eigen grenzen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0