

Communicatiedocument profiel MSK-geneeskunde



Inhoud

Kernboodschappen	3
Doelgroepen.....	4
Welk zorgloket zijn wij als MSK artsen voor verwijzers	4
Voordelen MSK geneeskunde	5
Achtergrond info	5
Kortom.....	6
Literatuur en studieboeken.....	7

Kernboodschappen

1. Musculoskeletale (MSK-)Geneeskunde is een medisch vakgebied dat zich richt op de geïntegreerde analyse en behandeling van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat (musculoskeletaal).
2. MSK-geneeskunde is een horizontaal specialisme dat kennis van de orthopedie, neurologie, huisartsgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde, sportgeneeskunde, de reumatologie, bedrijfsgeneeskunde en (ortho)manuele geneeskunde combineert.
3. Er is behoefte aan geïntegreerde diagnostiek en behandeling van klachten aan het bewegingsapparaat want deze klachten nemen toe [8]. MSK-geneeskunde biedt één loket voor deze klachten en combineert kennis en behandeling van eerste en tweede lijn.
4. MSK-geneeskunde leidt tot effectieve en efficiënte diagnostiek en beleid (triage) met de juiste zorg op de juiste plek.

Voor de **diagnose** kunnen de volgende vaardigheden worden gebruikt:

- orthopedisch onderzoek
- neurologisch onderzoek
- beweegketen onderzoek/analyse compensatie patronen
- stand- en functieonderzoek
- effect van belastingstrategieën (mechanisch ja/nee)
- MRI beoordeling
- MSK Echografie/beoordeling
- diagnostische injecties (proefblokken)
- functionele doorlichting (röntgenapparatuur)
- per exclusionem: aantonen niet-mechanische oorzaken van klachten/pijn

Als **behandeling** kunnen de volgende technieken gebruikt worden:

- (ortho) manipulatie ter vermindering druk en verbeteren functie
- richting specifieke oefeningen/effect loading strategieën
- beweeganalyse naar compensatie gedrag (loopanalyse) plus (oefen)adviezen
- medicamenteuze ondersteuning
- injecties en (minimale) invasieve pijnbestrijdingstechnieken
- voorlichting/coaching

Doelgroepen

- patiënten met (a)specifieke LBP: specificatie (discus, facet, SI, ligamentair) en behandelplan
- patiënten met KANS klachten (klachten arm-nek-schouder)
- patiënten met radiculare klachten
- patiënten met hoofdpijklachten
- patiënten met degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat
- patiënten met chronische pijn aan het bewegingsapparaat/SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten)
- patiënten die willen gaan bewegen/sporten, maar dit niet kunnen vanwege pijnklachten
- patiënten bij wie de diagnose niet duidelijk of onvoldoende gedifferentieerd is (bijvoorbeeld: heupklachten zonder afwijkingen op de röntgenfoto)

Welk zorgloket zijn wij, als MSK-artsen, voor verwijzers

(huisarts/orthopeed/neuroloog/sportarts/neurochirurg/bedrijfsarts/paramedici):

- patiënten met rug- en nekklachten welke niet verdwijnen middels eerstelijns behandeling (richtlijn/DTF)
- patiënten met rug- en nekklachten die geen operatie indicatie hebben
- patiënten met radiculare klachten die niet verdwijnen middels eerstelijns behandeling en geen operatie indicatie hebben
- patiënten die vanwege co-morbiditeit of bijwerkingen geen pijnmedicatie verdragen en om die reden persisterende klachten hebben
- patiënten met recidiverende klachten waarvan de oorzaak niet duidelijk is
- patiënten met (persisterende) pijnklachten van perifere gewrichten
- patiënten met loopproblemen als gevolg van pijn of dysfunctie
- patiënten met klachten HBA na trauma
- patiënten met klachten HBA na operatie
- patiënten met hoofdpijklachten
- patiënten met onbegrepen pijnklachten aan wervelkolom (bijvoorbeeld thoracale pijnklachten)
- triage/indicatie operatieve ingreep wervelkolom (inclusief niveaubepaling, beoordeling mechanische component in pijnbeeld, geschiktheid operatie kandidaat)

Voordelen MSK geneeskunde

- geïntegreerde kennis en expertise
- expertise met classificeren en specificeren van specifieke klachten
- geen lange wachtlijsten
- gerichte en korte behandeltrajecten
- kosteneffectief (zuinig en zinnige zorg)
- veilige behandeling/weinig iatrogene schade dan wel beperkte bijwerkingen
- preventie chroniciteit/centrale sensitisatie
- behandelalternatieven (opties)
- wegnemen onrust patiënt ten opzichte van tijdrovende trajecten tweede lijn
- 1 loket t.o.v. huidige versnipperde zorg rondom HBA
- triage waardoor vervolgsbeleid bepaald kan worden
- met profielregistratie: gerichte verwijzing tweede lijn

Achtergrond info

OOG onderzoek (N=10747) beschrijft aard klachten en type behandeling door MSK-artsen. [5]

Hieruit komen de volgende gegevens:

- van de populatie met klachten van HBA die zich meldt bij MSK arts heeft 23% hoofdzakelijk nekklachten, 26% rugklachten zonder uitstraling, 20% rugklachten met uitstraling, 7% hoofdzakelijk klachten van aangrenzende gewrichten (schouder, heup en enkel)
- patiënten die door MSK-arts gezien worden hebben veelal langdurig klachten aan het bewegingsapparaat: 58% langer dan 1 jaar (82% > 3 maanden)
- het merendeel van de patiënten die eerder behandeld werden bij FT, MT, pijn-poli hebben geen wezenlijke verandering in hun klachten ervaren (bij 80% weinig verbetering of hetzelfde gebleven)
- 56% van de patiënten heeft een specialist bezocht: 21% neuroloog, 20% orthopeed, 5% revalidatie arts, 6% pijn-poli
- Na behandeling door een MSK-arts geeft 66% van deze groep aan dat de klachten sterk verbeterd of zelfs helemaal verdwenen zijn (follow up 1 jaar), 24% matig verbeterd met een behandelgemiddelde van 4 behandelingen.
- 92% zou de behandeling door een MSK-arts aanbevelen aan anderen met soortgelijke klachten
- opvallende bevinding in het OOG onderzoek is ook dat MSK artsen doorverwijzen naar de medisch specialist (in tegenstelling tot fysiotherapeuten, chiropractors, etc).

Patient reported outcome measurements (PROM's: N=1000) bij de landelijk vertegenwoordigde Rugpoli (www.rugpoli.nl) laten vergelijkbare bevindingen zien.

In een populatie van nieuwe patiënten (hoofdzakelijk met chronische klachten van rug, nek of gewrichten) vindt een gemiddelde VAS scoredaling plaats van 6 naar 4 hetgeen klinisch relevant is. De fysieke beperkingen zijn na behandeling en follow up van 1 jaar tot de helft gereduceerd (RM disability questionnaire). Opvallend is verder de categorisering van klachten (discogene pijn, facetpijn, hernia, stenose) die leidt tot een gerichtere behandeling en doorverwijzing naar de tweede lijn.

Kortom

Met het MSK-profiel sluiten we aan bij de ons omringende landen waar Musculoskeletal Medicine al een reguliere status heeft. De patiënten aantallen uit het OOG rapport en data Rugpoli laten zien dat het MSK-vak voorziet in een maatschappelijke behoefte.

Ook sluiten we aan bij de plannen van VWS om meer differentiatie in de zorg te maken (niet alles onder de noemer specifieke klachten) en substitueren van de zorg van tweede naar eerste lijn en binnen tweede lijn (horizontaal).

Vergrijzing van de bevolking vraagt om meer gerichte kennis HBA.

Versnippering van de medische opleiding met veel jonge parttime medici die opgeleid zijn met de nieuwste aanvullende diagnostische en technische mogelijkheden, maakt dat inzichten in de beweegketen als geheel niet aansluiten bij de klacht van de patiënt.

Literatuur en studieboeken

1. Oxford Textbook of Musculoskeletal Medicine, 2nd edition by M. Hutson en A. Ward 2015
2. Clinical and Radiological Anatomy of the Lumbar Spine, 5th edition 2011 N. Bogduk. CHURCHILL Livingstone
3. Clinical orthopaedic examination 4th edition Ronald Mc Ray
4. Kapandji Bewegingsleer deel I, II en III
5. Schuller et al: Physicians using spinal manipulative treatment in the Netherlands: a description of their characteristics en their patients. BMC Musculoskeletal Disorder (2017) 18: 512
6. Spine Intervention Society Practice Guidelines Spinal Diagnostics & Treatment procedures 2006
7. Orthomanuele geneeskunde deel I, II en III. 2006 Auteurs: A. van de Bunt; J. de Bruijne, Th. Genee en W. van de Luytgaarden
8. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/nederlanders-vooral-met-bweegklachten-naar-de-huisarts>