

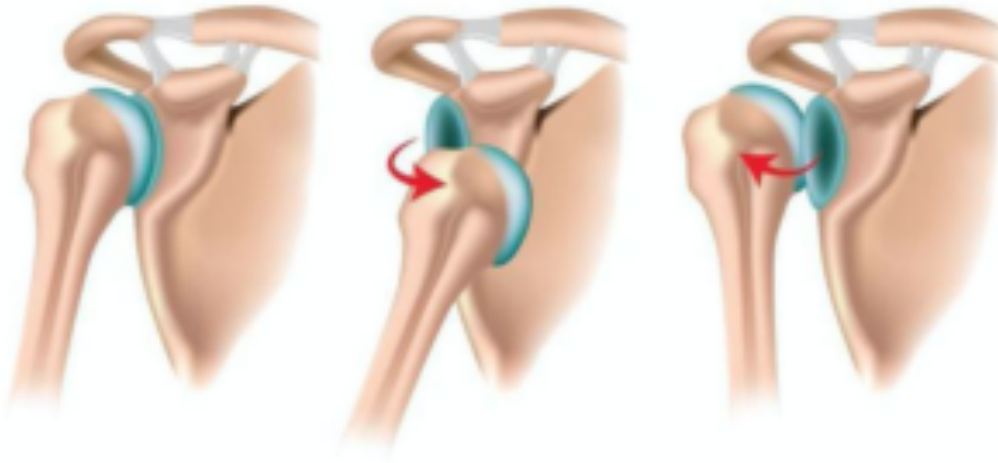
WAT ZIJN DE ERVARINGEN VAN PATIËNTEN MET EEN SCHOUDERLUXATIE MET DE TERUGKEER NAAR DE SPORT

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie. Er is gekeken naar de ervaringen met de terugkeer naar de sport die men beoefende voor de luxatie.

EEN KWALITATIEF PRAKTIJKONDERZOEK MET THEMATISCHE ANALYSE

TREFWOORDEN: FYSIOTHERAPIE, SCHOUDERLUXATIE, TERUGKEER NAAR SPORT, ERVARINGEN

LET OP: DEZE VERSIE MOET DOOR DE PLAGIAATSCAN EN BEVAT DAAROM GEEN REFERENTIELIJST EN BIJLAGEN.



Bron afbeelding: Schouderluxatie | Fysiotherapie | Fysio Jansen Deurne. (2020, 15 december). Fysio Jansen. Geraadpleegd op 1 juni 2022, van <https://fysiopraktijkjansen.nl/aandoeningen/schouderklachten/schouderluxatie/>

Student: Tom Klijnman

Studentnummer: 383827

Scriptiebegeleider: Henk van der Hoek

Datum: 02/06/2022

HANZEHOGESCHOOL GRONINGEN | OPLEIDING FYSIOTHERAPIE



WAT ZIJN DE ERVARINGEN VAN PATIËNTEN MET EEN SCHOUDERLUXATIE MET DE TERUGKEER NAAR DE SPORT

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie. Er is gekeken naar de ervaringen met de terugkeer naar de sport die men beoefende voor de luxatie.

EEN KWALITATIEF PRAKTIJKONDERZOEK MET THEMATISCHE ANALYSE

Auteur:	Tom Klijnman 383827
Opleiding:	Opleiding tot Fysiotherapeut
Plaats van uitgave:	Groningen
Datum:	02/06/2022
Opdrachtgever:	Eigen opdracht
Docentbegeleiders:	Henk van der Hoek, Hanzehogeschool Groningen

Voorwoord

Voor u ligt het kwalitatieve afstudeeronderzoek over de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie met de terugkeer naar de sport. Deze afstudeerscriptie is geschreven in het kader van afstuderen aan de opleiding tot Fysiotherapeut aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het laatste semester van de opleiding dat duurde van Februari 2022 tot en met Juni 2022.

Het onderwerp van de afstudeeropdracht is door mijzelf bedacht en is gekozen aangezien ik veel affiniteit heb met de schouder en met sporten. Mijn interesse werd gewekt toen ik de literatuur indook en las over het hoge percentage recidieven dat voorkomt binnen de schouderluxaties. In de literatuur is geen duidelijkheid over de meningen en ervaringen van patiënten met een schouderluxatie over de terugkeer naar hun sport. Hierdoor is het lastig om te bepalen of de fysiotherapie een rol kan spelen in de vermindering van het aantal recidieven. Ik wilde graag onderzoeken of er aanleidingen te vinden zijn voor herstel belemmerende en herstel bevorderende factoren binnen de fysiotherapeutische behandeling van een schouderluxatie. Vanwege deze interesse is de onderzoeksvraag: “Wat zijn de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie met de terugkeer naar de sport.” tot stand gekomen.

Ik wil mijn docentbegeleider Henk van der Hoek bedanken voor de begeleiding bij dit afstudeeronderzoek, de uitgebreide en bruikbare feedback en de prettige samenwerking.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Tom Klijnman

02/06/2022

Inhoudsopgave

ABSTRACT	5
SAMENVATTING	6
INLEIDING	7
METHODE	8
ONDERZOEKSDESIGN	8
ONDERZOEKSPOPULATIE	8
ONDERZOEKSPROCEDURE	9
DATAVERZAMELING	10
DATA-ANALYSE	11
RESULTATEN	11
KENMERKEN VAN DE PARTICIPANTEN	11
GEÏDENTIFICEERDE THEMA'S	12
ERVARING TERUGKEER SPORT	13
ANGST VOOR BEWEGEN	14
SPORT SPECIFIEK TRAINEN	15
GEMOTIVEERD BLIJVEN	15
RESTKLACHTEN	15
ADVIEZEN VANUIT HET ZIEKENHUIS	16
DISCUSSIE	17
STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK	19
CONCLUSIE	19
AANBEVELING VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK	19
AANBEVELING VOOR DE PRAKTISERENDE FYSIOTHERAPEUT	20
RELEVANTIE	20
BIBLIOGRAFIE	21
BIJLAGEN	24

Abstract

Introduction

In 53% of patients with a first traumatic shoulder dislocation, the shoulder dislocates again within two years. In addition to focusing on the biomechanical component, physiotherapists also pay attention to the psychosocial component. However, little is known about patients with a complete shoulder dislocation who want to return to their sport. The aim of this thesis is to gain knowledge about the experiences of patients after a shoulder dislocation with the return to sports, so that more knowledge is gained about factors that influence recovery.

Method

In order to find an answer to the research question, a qualitative research was chosen according to the methodology of a Grounded Theory research. Semi-structured interviews were conducted with seven participants who were undergoing physiotherapy, were 18 years of age, had a complete shoulder dislocation, and wanted to return to their sport. The participants were not surgically treated. The interviews were recorded by one researcher with an interview guide containing sample questions. An interview guide revision took place two times, because it became clear in the interviews that certain aspects could be better questioned. The data is encoded in three steps: open encoding, axial encoding and selective encoding. This ultimately resulted in six overarching themes: experience returning to sport, fear of exercise, sport-specific training, staying motivated, residual complaints and advice from the hospital.

Results

Participants indicated that they found it scary to start the sport again and that they suffered from their residual complaints while practicing the sport. Furthermore, participants indicated that they had difficulties using the shoulder stably during sport. It was also indicated that there was a fear of a new luxation, of falling and of additional pain. Furthermore, the participants thought the return to sport took long. In a number of cases the participants had not yet fully practiced their sport. Participants indicated that they had not performed any sport-specific exercises during rehabilitation. The motivation for doing the exercises decreased as time went on and because there was little variation in the exercises. Five participants were not referred to a physiotherapist from the hospital.

Conclusion

Participants experienced that fear of exercise and the residual complaints made it scary to return to the sport. Participants also exercised less often than before or did not yet practice some sport components due to the fear of exercise and residual complaints. Fear of movement appears to consist of several aspects: fear of movement in connection with pain, fear of falling and fear of a new luxation. In most cases, no proprioceptive training or sport-specific training was provided within the physiotherapeutic rehabilitation process. Participants experienced that the exercises were boring and too easy and would like some more variation in the exercises so that it becomes easier to keep up with the exercises. Finally, patients experienced that they have to get used to returning to the sport because keeping the shoulder stable can be difficult.

Keywords

Physiotherapy, shoulder dislocation, return to sport, experiences

Samenvatting

Inleiding

Bij 53% van de patiënten met een eerste traumatische schouderluxatie luxeert de schouder binnen twee jaar nog een keer. Naast dat fysiotherapeuten zich richten op de biomechanische component, wordt er ook aandacht geschonken aan de psychosociale component. In de literatuur is overwogen hoe psychosociale factoren de revalidatie van patiënten met atraumatische schouderinstabiliteit kunnen beïnvloeden. Echter is er nog weinig bekend over patiënten met een volledige schouderluxatie die willen terug keren naar hun sport. Het doel van deze scriptie is kennis te vergaren over de ervaringen van patiënten na een schouderluxatie met de terugkeer naar sport, zodat er meer kennis wordt opgedaan over factoren die het herstel beïnvloeden.

Methode

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag is gekozen voor een kwalitatief onderzoek volgens de systematiek van een Grounded Theory onderzoek. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij zeven participanten die behandeld zijn met fysiotherapie, 18 jaar of ouder waren, een gediagnosticeerde volledige schouderluxatie hadden en wilden terugkeren naar hun sport van voor de luxatie. De participanten zijn niet chirurgisch behandeld ten aanzien van de luxatie. De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker met een interviewguide waarin voorbeeldvragen stonden. Er heeft tweemaal een interviewguide revisie plaats gevonden, omdat er in de interviews duidelijk werd dat sommige aspecten beter uitgevraagd konden worden. De data zijn gecodeerd in drie stappen namelijk: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Dit leverde uiteindelijk zes overkoepelende thema's op, namelijk ervaring terugkeer sport, angst voor bewegen, sport specifiek trainen, gemotiveerd blijven, restklachten en adviezen vanuit het ziekenhuis.

Resultaten

Participanten gaven aan het spannend te vinden weer te starten met de sport en last te hebben van hun restklachten tijdens het beoefenen van de sport. Verder gaven participanten aan erg te moeten zoeken naar hoe ze de schouder tijdens de sport stabiel kunnen gebruiken. Daarbij werd er aangegeven dat er de angst was voor een nieuwe luxatie, voor vallen en voor extra pijn. Verder vonden de participanten de terugkeer naar de sport lang duren. In een aantal gevallen beoefende de participanten hun sport nog niet volledig. Participanten gaven aan geen sport specifieke oefeningen te hebben gedaan tijdens de revalidatie. De motivatie voor het doen van de oefeningen werd minder naarmate de tijd vorderde en doordat er weinig variatie in de oefeningen zat. Vijf participanten werden vanuit het ziekenhuis niet naar een fysiotherapeut verwezen.

Conclusie

Participanten ervaren dat angst voor bewegen en de restklachten zorgde dat het spannend was terug te keren naar de sport. Ook sportte participanten minder vaak dan voorheen of beoefende sommige sportonderdelen nog niet door de angst voor bewegen en de restklachten. Angst voor bewegen lijkt te bestaan uit meerdere aspecten, namelijk angst voor bewegen i.v.m. pijn, angst om te vallen en angst voor een nieuwe luxatie. Er werd in de meeste gevallen geen proprioceptieve training dan wel sport specifieke training gegeven binnen het fysiotherapeutische revalidatietraject. Participanten ervaren het doen van oefeningen als saai en te makkelijk en zouden wat meer variatie willen in de oefeningen zodat het makkelijker wordt om de oefeningen vol te houden. Tot slot ervaren patiënten dat ze erg moeten wennen bij het terugkeren naar de sport omdat het stabiel houden van de schouder soms lastig en ook spannend is.

Trefwoorden

Fysiotherapie, schouderluxatie, terugkeer naar sport, ervaringen

Inleiding

Het gewricht in het menselijk lichaam dat het vaakste luxeert is het schoudergewricht. Het is zelfs zo dat het schoudergewricht vaker luxeert dan alle andere gewrichten bij elkaar opgeteld.² Hoewel luxaties zowel aan de voor- als achterzijde van het gewricht kunnen plaatsvinden, luxeert de schouder in 98% van de gevallen aan de anterieure zijde(voorkant).³ In een cohortstudie uit het Verenigd Koninkrijk met 16.763 participanten is de incidentie van schouderluxaties onderzocht in de periode van 1985 tot 2015. In deze studie werd een incidentie van 40.4 per 100.000 mannen en een incidentie van 15.5 per 100.000 vrouwen per jaar gerapporteerd. Daarnaast is er een opvallende incidentiepiek in de groep mannen tussen de 16 en 20 jaar oud. De incidentie in deze groep was 80.5 per 100.000 mannen per jaar. De reden voor deze incidentiepiek werd niet gerapporteerd.⁴ Een studie vanuit een Grieks ziekenhuis² onderzocht demografische gegevens onder 308 patiënten met een schouder luxatie. De oorzaak van luxatie was in 64,3% van de gevallen een 'simpele' val (niet vanaf een hoogte). Een andere veelvoorkomende oorzaak was een snelle beweging met de arm, dit kwam voor bij 18.8% van de gevallen.

Bij een schouderluxatie schiet de caput humerus (de kop van de bovenarm) uit de fossa glenoïdale (schouderkom). Bij een subluxatie schiet de bovenarm gedeeltelijk uit de kom. De fossa glenoïdale is een zeer ondiepe holte, zonder extra structuren zou de schouder zeer gemakkelijk luxeren. Het labrum, een ringvormig stukje kraakbeen, omringt de fossa glenoïdale om zo het gewrichtsooppervlak te vergroten. Het schoudergewricht wordt verder versterkt door spieren, ligamenten en kraakbeen waardoor luxatie doorgaans wordt voorkomen. De rotator cuff spieren lopen van het schouderblad over de schouder naar de bovenarm en omringen als het ware de schouder kop.⁵ Verder heeft het glenohumerale gewricht een gewrichtskapsel en een aantal ligamenten die bijdragen aan de stabiliteit. Het gewrichtskapsel zorgt onder andere voor een vacuüm wat extra passieve stabiliteit geeft aan het gewricht. Het lig. glenohumerale inferior helpt mee met het voorkomen van ventrale instabiliteit, met name tijdens de abductie en exorotatie beweging.⁶ Instabiliteit in het schoudergewricht in anterieure richting kan worden vastgesteld door een positieve apprehension, load and shift en anterior drawer test. Voor posterieure instabiliteit kan de posterior drawer test uitgevoerd worden.⁸

In sommige gevallen beschadigen er tijdens de luxatie structuren die het herstel kunnen beïnvloeden. Structuren die kunnen beschadigen tijdens een luxatie zijn: gewrichtskapsel, labrum, rotator cuff pezen, botbreuk schouderkom, bloedvat rondom de schouder, zenuw of plexusbeschadiging. Een peesruptuur of gewrichtskapsel beschadiging wordt vaak operatief hersteld. Een zenuwbeschadiging met motorische uitval maakt het extra lastig om de schouder goed te herstellen aangezien de fysiotherapeutische revalidatie zich richt op het activeren en stabiliseren van de schouder. Oefentherapie onder begeleiding van een fysiotherapeut kan de revalidatie na een schouderluxatie ondersteunen. Oefentherapie na een schouderluxatie dient gefocust te zijn op het behouden van de kracht van de elleboog, pols en hand. Verder ligt de focus voor oefentherapie bij de bewegelijkheid en kracht van het scapulothoracale systeem en bestaat de behandeling uit kracht- en coördinatie- en propriocepsistraining van de rotator cuff.⁷

Ondanks de tegenwoordig beschikbare behandelmethodes is schouderinstabiliteit na een schouderluxatie een veelvoorkomende klacht. Uit een Systematic review met Meta-analyse blijkt dat zelfs 53% van de patiënten met een eerste traumatische schouderluxatie, behandeld met fysiotherapie, binnen twee jaar opnieuw een luxatie van dezelfde schouder meemaakt.⁹ Risicofactoren die patiënten na hun eerste schouderluxatie vatbaar maken voor terugkerende instabiliteit bij volwassenen zijn: Geslacht, leeftijd bij eerste luxatie, tijd vanaf initiële luxatie, hyperlaxiteit en tuberculum majusfractuur.¹ Vanwege het hoge aantal recidieven bij deze categorie is het van belang om te onderzoeken hoe patiënten na een schouderluxatie de terugkeer naar de sport ervaren. Aangezien fysiotherapeuten zich naast fysieke factoren ook richten op psychosociale

factoren, is het belangrijk dat er meer duidelijkheid komt over welke factoren een rol spelen bij het herstel. In de literatuur is overwogen hoe psychosociale factoren de revalidatie van patiënten met atraumatische schouderinstabiliteit kunnen beïnvloeden. Het wordt aanbevolen om tekenen van angst voor bewegen aan te pakken door middel van geruststelling en educatie.¹⁰ Echter is er nog weinig bekend over de groep met een volledige schouderluxatie die willen terug keren naar hun sport. Het is daarom van belang dat er wordt uitgezocht hoe patiënten na een schouderluxatie de terugkeer naar de sport ervaren. Die kennis kan mogelijk worden gebruikt om de revalidatie van deze patiënten te verbeteren.

Het doel van deze afstudeeropdracht is om kennis te vergaren over de ervaringen van patiënten na een schouderluxatie met de terugkeer naar de sport. Deze kennis kan mogelijk worden gebruikt om de revalidatie bij deze specifieke patiëntengroep te verbeteren. Het onderzoek wordt een kwalitatief onderzoek met de beginselen van Grounded Theory als uitgangspunt. Grounded Theory is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarmee men een theorie kan ontwikkelen over een bepaald onderwerp op basis van systematisch verzamelde en geanalyseerde gegevens.¹¹ Er worden semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten die een schouderluxatie hebben gehad en graag terug willen keren naar hun sport. Het resultaat van deze opdracht is een scriptie met herstel belemmerende en herstel bevorderende factoren passend bij deze specifieke patiëntengroep. De scriptie en de aanleiding voor toekomstig onderzoek kunnen mogelijk worden gebruikt om de huidige behandeling van schouderluxatie bij de terugkeer naar sport te verbeteren. Vanuit deze probleemstelling is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: Wat zijn de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie met de terugkeer naar de sport.

Methode

In het dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Dit is een beschrijving van: het design, de populatie, de procedure, de dataverzameling en de data-analyse.

Onderzoeksdesign

Voor achtergrondinformatie en om de probleemstelling te onderbouwen is er een oriënterende literatuurstudie gedaan. Er is vervolgens gekozen voor een kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews om de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie met hun terugkeer naar de sport in kaart te brengen. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen om de context rondom ervaringen van de patiënten beter te kunnen begrijpen. Voor semigestructureerde interviews is gekozen omdat er bij dit type interview kan worden doorgevraagd en er ruimte is voor eigen aanvulling vanuit de participanten.¹² Er is verder gekozen om het onderzoek te doen volgens de systematiek van een grounded theory onderzoek van Strauss en Glaser.¹³

Tijdens het maken van het werkplan voor de afstudeeropdracht is het protocol Medisch Ethische Toetsing doorlopen. Hieruit is gebleken dat er voor het uitvoeren van dit afstudeeronderzoek geen WMO-Toetsing nodig is. De participanten werden enkel vragen gesteld in een diepte-interview en werden niet onderworpen aan handelingen of gedragswijzen.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die hun schouder hebben geluxeed met een wens tot terugkeer naar hun sport. De participanten zijn door een (niet gerichte) selectie toevallige steekproef geselecteerd. Er werd gestreefd naar het includeren van ten minste zes participanten die of een succesvolle of een niet-succesvolle terugkeer naar hun sport hadden. Een harde eis was dat minimaal 3 participanten een niet-volledige terugkeer naar hun sport hadden, en dat minimaal drie participanten wel een volledige terugkeer naar hun sport hadden. De verwachting was dat er na ongeveer zes tot acht interviews voldoende resultaten waren verzameld. De interviews zijn

uitgevoerd tot er sprake was van datasaturatie, dit was na zeven interviews met zeven participanten. Participanten konden enkel deelnemen aan het onderzoek als zij voldeden aan de in- en exclusiecriteria. Deze criteria zijn in Tabel 1 beschreven.

Tabel 1 in- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Is 18 jaar of ouder	Is chirurgisch behandeld in verband met de schouderluxatie
Beoefende zijn/ haar sport minstens een half jaar voordat de schouder luxeerde	Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
Is gediagnosticeerd met een volledige schouderluxatie	

Er is gekozen voor participanten van minstens 18 jaar zodat er geen toestemming geregeld hoeft te worden van ouders. Tevens is bindweefsel binnen deze groep minder aan verandering onderhevig dan bij kinderen of adolescenten. De criteria: 'Beoefende zijn/ haar sport minstens een half jaar voordat de schouder luxeerde' is gekozen zodat men enige ervaring heeft in de sport en zodat het lichaam goed gewend is aan de sport. Verder is gekozen voor de criteria 'gediagnosticeerde volledige luxatie' omdat deze luxaties naar verwachting meer impact hebben op de psychosociale component van de participant dan een 'Giving way'. Tot slot zijn participanten met een chirurgische behandeling uitgesloten om drie redenen: de chirurgische ingreep beïnvloedt de fysiotherapeutische behandeling en een operatie kan de patiënt meer zekerheid bieden waardoor factoren zoals angst voor bewegen worden beïnvloed. Verder wordt dit door de operatie ook een groep die niet meer vergelijkbaar is met de groep conservatief behandelde schouderluxaties. Participanten werden geworven via eigen netwerk, en via via. De participanten zijn doelbewust geselecteerd om zoveel mogelijk variatie te krijgen in de sport die de participant beoefent, de leeftijd en het geslacht. De participanten zijn geselecteerd tussen 22/03/2022 en 10/05/2022. Potentiële participanten werden eerst mondeling gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Hierna kregen de participanten de PIF (Patiënt Informatiefolder) (Bijlage 1) mee naar huis om rustig door te lezen. De PIF bevat informatie over onder andere het doel, wat er verwacht werd, wat meedoen inhoudt en de mogelijke voor- en nadelen van het onderzoek. Als men geïnteresseerd was voor deelname aan het onderzoek werden afspraken gemaakt over de dag en tijd en over de wijze van afname (mondeling face to face of telefonisch).

Onderzoeksprocedure

Voor de afname van het interview werd een topiclijst (Bijlage 2) opgesteld om structuur te geven aan het interview. Aangezien er in de literatuur⁹ gesproken werd over angst voor bewegen na een schouderluxatie is er gekozen om angst voor bewegen in brede zin uit te vragen. Dit betekende dat er niet alleen is gevraagd naar angst voor bewegen, maar ook naar angst voor de pijnklachten en angst voor een nieuwe luxatie. De verwachting was dat een gebrek aan motivatie voor het revalideren een herstel belemmerende factor zou zijn in een aantal gevallen binnen de groep participanten. Vandaar dat motivatie voor revalidatie en terugkeer sport in de topiclijst is opgenomen. Verder is er gekozen om in kaart te brengen wat de participant vond van de fysiotherapeut en daarnaast een beeld te krijgen van persoonlijke en omgevingsfactoren zodat daarop doorgevraagd kon worden. Aan de hand van de topiclijst is een interviewgide (Bijlage 3) opgesteld waarin voorbeeld vragen in zijn opgenomen.

De semigestructureerde interviews zijn uitgevoerd met één participant per keer en duurde gemiddeld 20 (SD ± 6,11) minuten. Doordat er gewerkt is met een semigestructureerde interviewstructuur kon er worden doorgevraagd en was er ruimte voor eigen aanvulling vanuit de participanten. Verder zijn de context en verbanden uitgevraagd. Bij het interview maakte de onderzoeker gebruik van de interviewgide (Bijlage 3) als leidraad, die gebaseerd is op de topiclijst (Bijlage 2). Echter was de volgorde van de vragen niet bindend en er was vrijheid om bij een nieuw inzicht tijdens het interview nieuwe vragen te stellen. Er is besloten om wat structuur aan het interview te geven door te starten met inleidende vragen, daarna vragen te stellen die verdieping aan het interview geven en door het interview te beëindigen met een afsluitende vraag. In verband met Covid-19 was er de mogelijkheid om de interview telefonisch af te nemen. Er was ook de mogelijkheid om het interview live af te nemen. Hierbij werd rekening gehouden met de reistijd, reiskosten, voorkeur van de participant en voorkeur van de onderzoeker. Voor de start van het interview was er tijd voor vragen en werd er toestemming gevraagd voor participatie aan het onderzoek, het mogen gebruiken van de verzamelde gegevens en het opnemen van het interview. Dit werd vastgelegd in het Toestemmingsformulier (Bijlage 4) en een AV-verklaring (Bijlage 5). Er werd nogmaals uitgelegd dat men op ieder moment mag stoppen met zijn/ haar deelname zonder opgave van reden. Vervolgens werd de audio-opname gestart en begon het interview. De audio-opname werd vanaf twee apparaten gestart, namelijk een smartphone en een laptop. Dit werd gedaan zodat bij het uitvallen van één van beide er nog een alternatief aanwezig was. Het begin van het interview hield telkens in dat de demografische gegevens werden gevraagd zoals geslacht, leeftijd, sport en datum van het trauma. Daarnaast zijn alle belangrijke zaken met betrekking tot de luxatie, het reponeren en de therapie besproken. Hierna volgde de aanvullende vragen die allemaal open werden gesteld. Er werd na het stellen van de vraag voldoende tijd gegeven om antwoord te geven en er werden soms stiltes gelaten om het geven van uitgebreide antwoorden te stimuleren. Tijdens het voeren van de interviews is er uitgebreid ingegaan op de ervaringen van de patiënten met hun terugkeer naar de sport. Uit de interviews kwamen een aantal overeenkomstige aspecten naar voren die daardoor steeds beter konden worden uitgevraagd in de interviews die volgde. De aspecten zijn onderverdeeld in zes thema's die zullen worden toegelicht in de resultatensectie. Als afsluitende vraag werd er gevraagd of men nog aanvullingen heeft of dat de onderzoeker iets vergeten is te vragen. Na afloop van het interview werden de participanten bedankt voor hun deelname en kregen ze een kleine attentie. Daarna werd hun het vervolg van het onderzoek uitgelegd. Indien ze geïnteresseerd waren naar de resultaten van het onderzoek konden ze dit op het toestemmingsformulier aangeven. In dat geval werden namen en e-mailadressen tijdelijk bewaard tot na afloop van het onderzoek. De participanten werden per mail op de hoogte gebracht van de resultaten waarna hun namen en e-mailadressen zijn verwijderd. Na elk interview werd het audiobestand veilig in de Cloud opgeslagen. Na afronding van het onderzoek werden de audiobestanden verwijderd. De opnames van de interviews zijn getranscribeerd (volledig uitgetypt), gecodeerd en daarna geanalyseerd. De transcripten werden opgeslagen onder algemene naamgeving.

Dataverzameling

De interviews zijn afgenomen tussen 21/04/2022 en 11/05/2022 en zijn afgenomen in het Nederlands door één onderzoeker. De onderzoeker (Tom Klijnman) is student fysiotherapie aan de Hanzehogeschool en voert het onderzoek uit als afstudeeropdracht. Tijdens de studie heeft de onderzoeker eerder een kleinschalig kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews uitgevoerd. De data zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews. De interviews werden afgenomen aan de hand van de interviewgide (Bijlage 3).

Data-analyse

Na het afnemen van elk interview zijn de audiobestanden zo vlug mogelijk getranscribeerd. Deze transcripten zijn na transcriptie gelijk gecontroleerd op spelfouten en direct verbeterd. De volledige correcte transcripten werden onder algemene naam opgeslagen. De transcripten werden woordelijk uitgetypt. De transcripten werden geanalyseerd met het programma ATLAS.ti. Na de analyse van elke interview is er gekeken of er nieuwe inzichten uit het interview waren gekomen. De interview guide is door nieuwe inzichten twee keer aangepast, namelijk een keer na de eerste twee interviews en een keer na het vierde interview. De laatste versie van de interviewguide is te zien in Bijlage 3. Bij het verkrijgen van nieuwe inzichten is er in de interviews die volgden dieper ingegaan op deze inzichten. De transcripten zijn geanalyseerd volgens Grounded Theory. Grounded Theory is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarmee men een theorie kan ontwikkelen over een bepaald onderwerp op basis van systematisch verzamelde en geanalyseerde gegevens.¹¹

De drie stappen van Grounded Theory zijn hieronder beschreven¹⁴:

1. Open coderen: Het selecteren en markeren van fragmenten in het transcript. Hierna geef je codes van één of enkele woorden aan de fragmenten die het stukje tekst goed weergeeft.
2. Axiaal coderen: Het verbinden en ordenen van de codes die je tot nu toe hebt gevonden en het groeperen van de codes in categorieën.
3. Selectief coderen: Het verbinden van alle categorieën tot een hoofdcategorie. De hoofdcategorie representeert de hoofdvraag.

Resultaten

In het dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Dit is een beschrijving van: de kenmerken van de participanten en een weergave van de geïdentificeerde thema's.

Kenmerken van de participanten

Aan dit onderzoek namen in totaal zeven participanten deel. Alle participanten zijn grotendeels of volledig teruggekeerd naar hun sport. In drie gevallen reponeerde de schouder na +/- 15 minuten zonder hulp van omstanders of een arts en in vier gevallen werd de schouder met behulp van een arts gezet. Vijf van de zeven participanten droeg na de luxatie een mitella, de duur van het dragen van de mitella liep uiteen van een week tot twee maanden. In tabel 2 staan de kenmerken van de participanten.

Tabel 2 Kenmerken van de participanten

Participant	Geslacht	Leeftijd	Sport	Wijze luxatie	Wijze van reponeren	Aangedane zijde	Dominante zijde	Dragen mitella (In dagen)	Primair medisch advies met fysiotherapie te starten	Duur revalidatie (in manden)	Volledige/ niet volledige terugkeer	Houdt instabiliteitsgevoel	Gevoeligheid/ lichte pijn
1	V	73	Zwemmen	Val	G	Li	Re	NB	Niet	4	Volledig	Niet	Wel
2	M	21	Voetbal	Val	G	Li	Re	NB	Niet	3	Niet volledig	Niet	Wel
3	M	67	Wielrennen	Val	G	Re	Re	14	Wel	2,5	Niet volledig	Niet	Wel
4	M	22	Judo	Val	NG	Li	Re	60	Niet	4	Volledig	Niet	Niet
5	V	21	Volleybal	Val	NG	Li	Re	7	Wel	12	Volledig	Wel	Wel
6	M	66	Wielrennen	Val	G	Li	Li	60	Niet	7	Volledig	Wel	Wel
7	M	23	Calisthenics	Val	NG	Re	Re	-	Niet	4	Niet volledig	Niet	Niet

G: gezet – NG: niet gezet, schouder reponeerde na 15 minuten zonder hulp van omstanders

NB: Niet Bekend – Li: links – Re: rechts

Geïdentificeerde thema's

Tijdens de data-analyse zijn alle relevante fragmenten vanuit de transcripten gemarkeerd. De gemarkeerde tekstfragmenten hebben een code gekregen die omschreef wat er in dat stuk tekst werd beschreven. Deze tekstfragmenten zijn gecodeerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. Dit leverde in totaal 79 codes op, sommige codes werden gegeven aan een enkel tekstfragment en andere codes werden gegeven aan meerdere tekstfragmenten. Al deze codes zijn met elkaar vergeleken en gegroepeerd binnen samenhangende categorieën (axiaal coderen). Deze samenhangende zijn opnieuw met elkaar vergeleken en zo konden overkoepelende thema's gegeven worden aan verschillende categorieën (selectief coderen). Er zijn in totaal zes relevante thema's naar voren gekomen uit de data-analyse, zie Tabel 3.

Tabel 3 Thema's

Thema's	Categorieën
Ervaring terugkeer sport	Klachten bij terugkeer sport
	Angst
	Mate van terugkeer
	Verwachting terugkeer sport
Angst voor bewegen	Angst voor bewegen i.v.m. pijn
	Angst om te vallen
	Angst voor een nieuwe luxatie
Sport specifiek trainen	Soort oefeningen tijdens revalidatie
	Sport specifieke oefeningen
	Ervaring met uitvoeren oefeningen
Gemotiveerd blijven	Volhouden
	Variatie
Restklachten	Pijn
	Gevoeligheid
	Instabiliteit
Adviezen vanuit het ziekenhuis	Dragen van mitella
	Naar de fysiotherapeut
	Oefeningen

Ervaring terugkeer sport

Bij de terugkeer naar de sport moesten de participanten wennen en zoeken naar hoe ze de schouder stabiel konden houden, omdat de schouder minder stabiel voelde dan voorheen. Dit was bij de participanten in de meeste gevallen alleen bij sportbeoefening. Het instabiele gevoel was niet aanwezig bij ADL taken of tijdens het werk, maar enkel tijdens snelle, krachtige of onverwachte bewegingen.

*"Ik vond het heel erg wennen vooral, en zoeken naar die stabiele.... De schouder voelde veel instabieler dan dat het voorheen was. Dus dat was eerst zoeken. Bij een onverwachtse beweging als ik mijn arm strek om een bal te pakken bijvoorbeeld, en dat ik een bal pak en dan denk van wow dat had beter niet gekund, dan is ie soms best nog instabiel."*P5

Participanten gaven aan het spannend te vinden om terug te keren in de sport. Dit had in een aantal gevallen te maken met de angst dat de schouder uit de kom zou gaan. In een aantal gevallen kwam de angst dat de schouder uit de kom zou gaan voort uit het feit dat de schouder luxeerde tijdens het sporten. Participanten gaven aan dat het hervatten van de sportactiviteiten daarmee gelijk staat aan het opzoeken van de oorzaak van de vorige luxatie.

*"Ik vond het spannend om weer te beginnen hoor, ook omdat de schouder de vorige keer zo uit de kom ging."*P7

Er werd ook aangegeven dat het niet goed lukte om de sport te hervatten omdat de functie van de schouder beperkend was. Er werd aangegeven dat men het sporten weer fijn vindt als ze eenmaal zijn begonnen. Er kwam naar voren dat men het spannend vindt omdat de schouder en arm juist tijdens het sporten soms nog niet helemaal goed functioneren terwijl het in het dagelijks leven eigenlijk heel goed ging.

*"Ja eerst dus spannend, ook omdat het niet goed lukte met de arm maar het was wel weer goed om te doen."*P6

Niet in alle gevallen werd het sporten hervat zoals voor de luxatie, sommige participanten hadden bepaalde onderdelen van de sport nog niet opgepakt. Een participant vertelde dat de sport zwemmen uit twee onderdelen bestond. Namelijk het vrij zwemmen en oefeningen doen in het water. Vanwege de functie van de schouder lukte het de participant nog niet om de oefeningen goed mee te doen en daardoor is de participant vooralsnog maar met één onderdeel van de sport begonnen.

“Twee keer per week, één keer is vrij zwemmen en één keer in de week zijn oefeningen in het water. Maar die oefeningen ben ik nog niet mee begonnen, omdat ik die arm niet goed omhoog krijg nog”P1

Anderen participanten hadden wel alle onderdelen van de sport weer opgepakt, maar sportte nog minder vaak per week dan voor de luxatie het geval was. In één geval kwam dat omdat de ervaring van de participant was dat het onbewust angstig was om te beginnen met het fietsen zoals voorheen.

“Ja klopt, ik fietste toch wel regelmatig, maar sinds het ongeval is dat toch wel minder geworden. Voorheen twee tot drie keer, en nu misschien nog één keer”P3

De terugkeer naar de sport vonden participanten lang duren, ze wilden goed revalideren maar vonden het een lang traject waar ze door heen moesten. Ze wilden graag weer sporten maar het herstel van de schouder had meer tijd nodig voordat ze weer met sport konden beginnen. Daarnaast vond een participant het frustrerend dat het niet bekend was hoelang het precies duurt voordat men weer mag beginnen met de sport. Dit zorgde ervoor dat de participant in zijn beleving erg lang moest revalideren, dit had invloed op de motivatie voor de therapie.

“Nee, dat heeft wel echt lang geduurd voordat ik weer ging sporten, daar heeft echt wel meer dan die twee maanden tussen gezeten dat ik weer ging judoën.”P4

“Ja als ik toen gewoon een soort van kalender had gehad, dat ik kon afkruisen van zo lang moet ik de mitella om en dan mag ik alles weer, dan was het denk ik minder frustrerend geweest als hoe het nu was.”P4

Angst voor bewegen

Angst voor bewegen of kinesiofobie is een algemeen bekende klacht bij schouderluxaties. Vandaar dat de angst voor bewegen in de interviews goed is uitgevraagd. Angst voor bewegen kwam voort uit een paar verschillende aspecten, namelijk angst voor bewegen i.v.m. pijn, angst om te vallen en angst voor een nieuwe luxatie.

Doordat bepaalde bewegingen pijnlijk zijn kwam het voor dat men angstig werd om de schouder te bewegen. Ook gaven drie participanten aan voorzichtiger om te gaan met de schouder of zelfs bepaalde bewegingen te vermijden omdat de beweging naar verwachting pijn zou gaan doen.

“Dan moet je soms ineens keren en als ik dat met de linkerarm doe dan is het behoorlijk pijnlijk, dat is nog steeds zo, vanmorgen nog, en dan begin je toch heel voorzichtig te doen omdat je weet als ik het zo beweeg dan doet het zeer.”P6

Wanneer de angst om te vallen op de voorgrond stond kon dit ervoor zorgen dat men minder ging sporten of zelfs tijdelijk niet durfde te sporten.

“Eerst twee maanden niet gefietst en toen toch weer eens geprobeerd, en dat ging wel, die schouder was wel weer voldoende hersteld, nog wel een beetje gevoelig. Ik fietste wat met tussenposen. Ik denk dat ik angstig was om te vallen. Sindsdien is het wel wat beter geworden.”P3

Een reden dat men niet met volledige overgave in de sport participeert kan zijn dat men angstig is dat de schouder opnieuw luxeert. Drie participanten gaven aan bang te zijn een nieuwe luxatie te krijgen tijdens het sporten.

“Ja dat uit de kom gaan spookt wel een beetje door mijn hoofd heen. Dat is wel de reden dat ik het nog niet echt aandurf zeg maar.”P7

“Ja dat wel, met name grond ballen enzo. Ja en ik denk ook omdat het zo is gebeurd dat het daar vandaan komt. Het heeft ook echt wel even geduurd voordat ik dat weer deed.”P5

Opvallend was dat geen enkele participant aangaf tijdens de revalidatie angstig te zijn geweest om iets stuk te maken in de schouder.

Sport specifiek trainen

De behandeling van de fysiotherapeut bestond veelal uit hands-on mobiliseren tijdens de behandeling op de praktijk en uit oefeningen doen (zowel tijdens de behandeling als thuis). De oefeningen die werden gegeven waren voor het verbeteren van mobiliteit, stabiliteit en kracht. Een aantal van de participanten gaf aan angst voor luxatie te ervaren tijdens het hervatten van de sport. Wat opvalt is dat er in zes van de zeven gevallen niet sport specifiek werd getraind tijdens de fysiotherapeutische revalidatie.

“Ja oefeningen voor de schouder met het elastiek maar niet een zwembeweging of zoiets.”P1

“Nee er waren geen oefeningen die heel specifiek waren voor het sporten, vooral oefeningen met een elastiek, en dus planken bijvoorbeeld.”P5

Gemotiveerd blijven

Twee participanten gaven aan de oefeningen saai te vinden en daardoor ook lastig om langdurig vol te houden.

“Het zijn wel steeds dezelfde oefeningen dus dat is wel een beetje saai.”P2

“Maar op een gegeven moment merk je wel dat je makkelijker wordt met het doen van de oefeningen. En toen werd het ook zomer dus ik ging op vakantie dus toen deed ik de oefeningen wat minder.”P5

De participanten die de oefeningen saai vonden gaven als tip mee wat meer afwisseling in de oefeningen en goed blijven vragen of de oefeningen moeilijker en zwaarder konden. De oefeningen waren soms iets te makkelijk.

“Ja wat zwaardere oefeningen, want op het laatst is het veel te makkelijk eigenlijk.”P2

“Misschien met wat meer variatie en afwisseling dat ik de oefeningen langer had volgehouden, dan heb je steeds weer een uitdaging.”P5

Opvallend was dat alle participanten positief en tevreden waren over hun fysiotherapeut. Participanten gaven verder aan dat ze zelf ook goed gemotiveerd konden blijven of dat de fysiotherapeut hun daarin heeft ondersteund.

Rest klachten

Een factor die beperkend zou kunnen zijn voor het herstel zijn eventuele restklachten. Het merendeel van de participanten gaf aan in enige mate rest klachten te ervaren. Restklachten werden ervaren in het dagelijks leven of tijdens de sport. Restklachten die vooral aangegeven werden waren: instabiliteit en gevoeligheid. Twee participanten noemden specifiek instabiliteit als restklacht. Instabiliteit kwam niet voor in de mate dat de schouder nog subluxeerde, de instabiliteit was alleen

een gevoel dat optrad bij een snelle, krachtige of onverwachtse beweging. Instabiliteit ging ook gepaard met pijn aan de schouder.

“Voor mijn gevoel blijft de schouder nog steeds een beetje instabiel. Bij een onverwachtse beweging als ik mijn arm strek om een bal te pakken bijvoorbeeld, en dat ik een bal pak en dan denk van wow dat had beter niet gekund, dan is ie soms best nog instabiel.”P5

Gevoeligheid of lichte pijn van de schouder kwam voor bij drie participanten. Gevoeligheid of lichte pijn kwam voor bij zowel ADL activiteiten als sportactiviteiten, maar in meerdere mate bij sportactiviteiten. De pijn trad meestal op bij kracht zetten met de arm of wanneer de arm richting de eindstand ging, bijvoorbeeld bij iets pakken uit een hoog kastje.

“Ja in principe wel, ik heb wel bij bepaalde handelingen dan voel ik het nog wel, met gestrekte arm iets aanreiken, of te pakken, of op te tillen, dan is het wel gevoelig.”P3

Adviezen vanuit het ziekenhuis

De adviezen vanuit het ziekenhuis verschilden erg veel van elkaar. Twee participanten werden verwezen naar een fysiotherapeut. Één participant werd doorgestuurd naar de fysiotherapeut omdat de orthopeed aangaf dat de duur van het dragen van een mitella zo veel mogelijk beperkt moet worden.

“Na een week moest ik op controle komen en stuurden ze me gelijk naar de fysio want ze wouden niet te lang in de mitella laten, want ze zeiden dat te lang in de mitella niet goed was. Na die controle ben ik gelijk begonnen met twee keer in de week fysio.”P5

Toch kwam uit de interviews dat het grootste deel van de participanten niet door het ziekenhuis werd doorgestuurd naar de fysiotherapeut voor revalidatie. Vijf van de zeven participanten werd niet aanbevolen voor hun revalidatie fysiotherapie te volgen. Één participant gaf zelfs aan dat het werd afgeraden om fysiotherapie te volgen.

“Ik vroeg moet ik ook fysio hebben. De dokter zei: nee ik zie dat het er goed uit ziet en je bent nog jong en het gaat in één keer zo weer over.”P2

“Ja, ze zeiden niet van ga naar een therapeut, mijn zoon zei dat wel uiteindelijk maar zulke dingen vind ik wel slecht.”P1

Één participant gaf aan dat ze slecht vond dat ze niet was doorgestuurd naar de fysiotherapeut. Verder was de participant van mening dat de schouder misschien nooit meer beter was geworden als ze geen fysiotherapie had gevolgd.

“Als mijn man en zoon het niet hadden bedacht dan had ik misschien zo’n arm gehouden die niet omhoog wil, misschien duurt het nu ook wel langer omdat ik later ben begonnen met de therapie.”P1

Vanuit het ziekenhuis werd vaak één oefening meegegeven, namelijk het slingeren van de arm. Participanten wisten niet goed wat ze overkwam met een schouderluxatie omdat ze het nog nooit eerder hadden meegemaakt. De participanten hadden graag meer uitleg en informatie gekregen vanuit het ziekenhuis omdat ze het gevoel hadden dat ze alles zelf moesten uitzoeken. Er werd vijf participanten weinig verteld vanuit het ziekenhuis, dat zorgde voor een gevoel van hulpeloosheid bij drie participanten.

“Het laten slingeren van de arm, ik denk dat dat het was want meer kon ook niet.”P6

“Je moet je maar redden”P2

“Dat is echt zo, ik snap dat echt niet hoor, want wij weten van niks.”P1

Discussie

De onderzoeksvraag van dit afstudeeronderzoek luidt als volgt: Wat zijn de ervaringen van patiënten met een schouderluxatie met de terugkeer naar de sport. De ervaringen van de participanten is dat de revalidatie lang duurt, ook vonden ze dat er weinig variatie zat in de oefeningen waardoor deze moeilijk vol te houden waren en de motivatie afnam. De terugkeer naar de sport vonden de participanten spannend omdat ze angstig waren voor de pijn, voor een nieuwe luxatie of angstig waren om te vallen. Verder vonden de participanten de terugkeer naar de sport erg wennen omdat er in een aantal gevallen restklachten aanwezig waren zoals pijn of instabiliteit. Het was dan zoeken hoe de schouder stabiel gehouden kon worden tijdens het hervatten van de sport. Niet in alle gevallen was het gelukt om al volledig terug te keren naar de sport dit had te maken met de functie van de schouder en arm en met de angst voor bewegen waardoor men bijvoorbeeld minder vaak aan sport deed dan voorheen. Verder is de ervaring dat er vanuit het ziekenhuis in een aantal gevallen niet wordt verwezen naar de fysiotherapeut.

De rest klachten uit de interviews komen voor een deel overeen met de informatie uit de literatuur. In een studie¹⁸ onder 76 patiënten met een eerste traumatische anterieure schouderluxatie werd het lange termijneffect van een chirurgische behandeling met een conservatieve behandeling vergeleken. 39 patiënten werden random geselecteerd voor de conservatieve groep. Tien jaar na de start van het onderzoek werden de resultaten geëvalueerd. Van de conservatief behandelde patiënten had 75% onbevredigende resultaten vanwege recidief, instabiliteit, pijn en/of stijfheid. Participanten uit dit onderzoek geven aan last te hebben van pijn, instabiliteit maar ook van een functiebeperking (onvolledige anteflexie en abductie). Deze klachten zorgen ervoor dat participanten het spannend vinden terug te keren naar hun sport. Ook geven participanten aan minder vaak te sporten dan voorheen of onderdelen van hun sport nog niet te beoefenen. Dit heeft in veel gevallen te maken met angst voor bewegen.

In een studie¹⁶ werd onderzocht of patiënten met een eerste traumatische schouderluxatie minder schouderklachten hadden dan patiënten met een terugkerende schouderluxatie. In de studie werd gerapporteerd dat bijna alle participanten een hoge angst voor een nieuwe luxatie aangaven. Bijna alle participanten hadden een TSK-score (Tampa Scale for Kinesiophobia) van meer dan 37, wat wijst op een grote impact op angst gerelateerde fysiologische en emotionele toestanden van de participant. Uit de interviews blijkt dat angst voor bewegen bij de ondervraagde participanten bestaat uit drie aspecten, namelijk angst voor bewegen door de verwachting dat het pijn zal doen, angst voor bewegen vanwege de angst om te vallen, en angst voor bewegen vanwege angst voor een nieuwe luxatie. Zes participanten geven aan dat er sprake is van angst dat valt onder één of meerdere van de hierboven beschreven aspecten. Uit de interviews blijkt dat angst voor bewegen na een schouderluxatie complexer is dan alleen angst voor bewegen, en dus uit meerdere aspecten bestaat. De zes participanten geven allen aan dat de angst voor bewegen van invloed was op hun herstel en terugkeer naar de sport. Daarom is het goed dat er wordt onderzocht in welke mate angst voor bewegen een herstel belemmerende factor is na een schouderluxatie. Fysiotherapeuten kunnen in hun anamnese dieper ingaan op de verschillende aspecten van angst voor bewegen die van belang lijken te zijn bij deze patiëntengroep, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de Tampa Scale for Kinesiophobia.¹⁵

De verwachting was dat een gebrek aan motivatie voor het revalideren een herstel belemmerende factor zou zijn in een aantal gevallen binnen de groep participanten. Dit blijkt in een aantal gevallen ook zo te zijn. Twee participanten geven aan minder motivatie te hebben voor het doen van de oefeningen. Dit komt doordat de oefeningen niet uitdagend genoeg zijn of omdat de participant het saai vindt om wekenlang dezelfde oefeningen te doen. Als oplossing geven de participanten aan wat meer variatie in de oefeningen. Of het niet/ minder doen van oefeningen ertoe heeft geleid dat het herstel werd belemmerd kon niet uit het onderzoek worden afgeleid.

In een review uit 1995¹⁷ werd gerapporteerd dat er bij de revalidatie van een instabiele schouder een nauwkeurig en specifiek revalidatieprogramma moet worden uitgevoerd dat is afgestemd op de individuele behoeften van de patiënt. In het artikel werden de revalidatiefases beschreven na een schouder luxatie gebaseerd op bestaande literatuur. Het revalidatieprogramma moet de nadruk leggen op een vroeg en veilig herstel van de normale bewegingsuitslag, versterking van de dynamische stabilisatoren van de schouder en versterking van de scapulaire stabiliserende spieren van de schouder. Ten slotte moeten revalidatieprogramma's die de neuromusculaire controle van de patiënt over het glenohumerale gewricht verbeteren, worden overwogen bij de conservatieve behandeling van schouderinstabiliteit. Dit houdt onder andere proprioceptieve en sport specifieke training in. In een studie¹⁹ werd het effect van een anterieure schouder dislocatie op de proprioceptie onderzocht en vergeleken met participanten zonder dislocatie. Er trad een significante vermindering van proprioceptie op na een anterieure schouder dislocatie. Verder stond er vermeld dat een recidief kan optreden als gevolg van tekorten in de gewrichts- en spierreceptorinput en een daarmee samenhangend verlies van neuromusculaire coördinatie. De conclusie die werd getrokken was dat therapeuten zouden moeten overwegen training van proprioceptie in de behandeling van patiënten met een schouderluxatie te betrekken. Dit zou de neuromusculaire controle van de instabiele schouder verbeteren. Tijdens de interviews is er gevraagd naar het soort oefeningen dat patiënten kregen tijdens hun fysiotherapeutische revalidatie. Enkel één participant gaf tijdens de interviews aan oefeningen gedaan te hebben tijdens de revalidatie, die specifiek waren voor de sport. De rest van de participanten gaf aan oefeningen te doen zoals isometrische endo- en exorotatie, endo- en exorotatie met een elastiek en slingeren met de arm. Mogelijk heeft het ontbreken van sport specifieke oefeningen en oefeningen voor proprioceptie een negatieve invloed op het herstel van de participanten. Er is tijdens de interviews niet ingegaan op de mening van de participanten ten aanzien van sport specifieke training en of men denkt dat sport specifieke training effectiever is dan de oefeningen die ze nu hebben kregen. Echter is de verwachting dat het stapsgewijs uitbouwen van activiteiten, sport gerelateerde bewegingen, proprioceptieve training en sport specifieke training bijdraagt aan de vermindering van angst voor bewegen. Aangezien angst voor bewegen een herstel belemmerende factor is zou sport specifieke en proprioceptieve training een positief effect moeten hebben op het herstel, de rest klachten en de terugkeer naar de sport. Of deze manier van trainen daadwerkelijk een positief effect heeft op de angst voor bewegen en daarmee ook op het herstel, de restklachten en de terugkeer naar de sport zal uitgewezen moeten worden in een vervolgonderzoek.

Bij geen enkele participant kwam naar voren dat men angstig was tijdens de revalidatie om iets stuk te maken in de schouder. Het is positief te horen dat de participanten aangeven dat ze zich geen zorgen maken over het beschadigen van de schouder tijdens het oefenen. De stelling: "Ik ben bang om bij het doen van lichaamsoefeningen iets op te lopen." wordt ook in de Tampa Scale for Kinesiophobia genoemd. Vandaar dat deze overtuiging mogelijk als herstel belemmerend kan worden gezien.

Het effect van fysiotherapie na een schouder luxatie ten opzichte van geen therapie is al lang bewezen. Echter is de ervaring van vijf participanten dat ze na hun bezoek aan het ziekenhuis niet zijn verwezen naar een fysiotherapeut. In één geval heeft dat ervoor gezorgd dat de participant pas veel later, na aandringen van de omgeving, bij een fysiotherapeut onder behandeling kwam. Hoewel de participant volledig is teruggekeerd naar de sport, is de functie van de schouder na vier maanden revalideren nog niet zoals voorheen. De vraag is of het vertraagd starten van de fysiotherapie ervoor heeft gezorgd dat het herstel van de participant langer duurt. Het lijkt erop dat patiënten na een schouder luxatie in veel gevallen niet worden verwezen naar een fysiotherapeut, mogelijk heeft dit nadelige gevolgen voor het herstel van de patiënt. Echter is dit maar een relatief klein onderzoek waardoor deze uitkomsten absoluut niet gegeneraliseerd mogen worden.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De kracht van dit onderzoek is dat de interviews telkens door dezelfde onderzoeker zijn afgenomen, bij nieuwe inzichten vanuit een voorgaand interview kon de onderzoeker dus dieper ingaan op dit aspect. Echter is dit ook een zwak punt omdat er in het geval van meerdere onderzoekers meer discussie was geweest tijdens de data-analyse. Verder is er structureel gebruik gemaakt van een thematische analyse volgens de beginselen van een grounded theory benadering. De data-analyse is door één en dezelfde onderzoeker uitgevoerd. Er konden passende codes worden gegeven aan de tekstfragmenten, echter zijn de uitkomsten niet bediscussieerd met een mede onderzoeker. Hierdoor is er geen triangulatie, waardoor de externe validiteit minder goed is. Een ander zwak punt is dat er geen membercheck is gedaan. Met een membercheck was de nauwkeurigheid en validiteit van het onderzoek beter geweest. Een sterk punt is dat niet alle participanten volledig naar hun sport zijn teruggekeerd. Hierdoor zijn succesvolle en niet succesvolle participanten gevonden waardoor de resultaten een genuanceerd beeld opleveren. Een zwak punt uit het onderzoek is dat er niet op alle punten datasaturatie is bereikt. Door de beperkte tijdspanne van de scriptie konden er niet meer interviews worden afgenomen. Het is het bij drie participanten de vraag of de schouder wel volledig geluxeerd is aangezien de schouder in alle drie de gevallen na ongeveer 15 minuten reponeerde zonder hulp van omstanders of een arts.

Conclusie

De beleving van de participanten was dat angst voor bewegen en de restklachten grote factoren waren in de terugkeer naar de sport. Deze angst voor bewegen en de restklachten zorgde ervoor dat participanten het spannend vonden terug te keren naar de sport, minder vaak sportte dan voorheen en sommige onderdelen van de sport nog niet beoefende. Angst voor bewegen lijkt te bestaan uit meerdere aspecten, namelijk angst voor bewegen i.v.m. pijn, angst om te vallen en angst voor een nieuwe luxatie. Verder werd er in de meeste gevallen geen proprioceptieve training dan wel sport specifieke training gegeven binnen het fysiotherapeutische revalidatietraject. Sport specifieke en proprioceptieve training zouden kunnen bijdragen aan het herstel, en een positieve invloed kunnen hebben op de restklachten en de terugkeer naar de sport. Participanten ervaren het doen van oefeningen als saai en te makkelijk en zouden wat meer variatie willen in de oefeningen zodat het makkelijker wordt om de oefeningen vol te houden. Tot slot ervaren patiënten dat ze erg moeten wennen bij het terugkeren naar de sport omdat het stabiel houden van de schouder soms lastig en ook spannend is.

Aanbeveling voor toekomstig onderzoek

Om een uitspraak te kunnen doen over in welke mate angst voor bewegen een herstel belemmerende factor is na een schouder luxatie is een vervolgonderzoek nodig waarin dit wordt uitgezocht. Verder is het van belang dat er wordt uitgezocht wat voor effect sport specifieke en proprioceptieve training heeft op angst voor bewegen, het herstel na een schouderluxatie, restklachten na een schouderluxatie en de terugkeer naar de sport na een schouderluxatie. Daarbij kan er gekeken worden naar de meningen van participanten wat betreft het sport specifiek trainen en of zij denken meer vooruitgang te boeken met sport specifieke training. Om de bewijskracht van de uitkomsten van dit onderzoek te vergroten is een vervolgonderzoek nodig waarin datasaturatie wordt bereikt. De Tampa Scale for Kinesiophobia wordt in het onderzoek aangehaald, de vragenlijst is officieel bedoeld voor patiënten met lage rugpijn of fibromyalgie. Echter wordt de vragenlijst in een aantal schouder gerelateerde studies gebruikt, vandaar de aanbeveling om de Tampa Scale for Kinesiophobia te valideren voor luxatie-patiënten.

Aanbeveling voor de praktiserende fysiotherapeut

Hoewel toekomstig onderzoek het nog moet uitwijzen lijkt het erop dat er weinig sport specifiek en proprioceptief wordt getraind met sporters na een schouderluxatie. Onderzoek heeft uitgewezen dat het betrekken van proprioceptieve en sport specifieke oefeningen de voorkeur heeft. De aanbeveling is om sport specifieke en proprioceptieve oefeningen te betrekken in het revalidatietraject op het moment dat de therapeut inschat dat de patiënt daar aan toe is en baad bij zal hebben. Verder gaven participanten in de interviews aan verminderde motivatie voor de oefeningen te hebben door het gebrek aan variatie. Vandaar dat er wordt aanbevolen regelmatig te evalueren wat de patiënt van de oefeningen vindt en of de oefeningen nog uitdagend genoeg zijn. Het lijkt erop dat angst voor bewegen uit meerdere aspecten bestaat, namelijk angst voor bewegen i.v.m. pijn, angst om te vallen en angst voor een nieuwe luxatie. Vandaar de aanbeveling om angst voor bewegen uitgebreid uit te vragen in de anamnese en regelmatig te evalueren. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van de Tampa Scale for Kinesiophobia. Verder ervaren patiënten dat de terugkeer naar de sport lang duurt, vandaar de aanbeveling om na de intake de patiënt te informeren over het beloop en de invulling van de therapie.

Relevantie

De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de praktiserende fysiotherapeut aangezien er een aantal mogelijk herstel belemmerende factoren naar voren komen. Het lijkt erop dat er weinig sport specifiek wordt getraind en in de literatuur wordt het effect van specifieke training bij patiënten met een schouder luxatie benadrukt. Het werkveld kan zich afvragen of ze dit soort training al bij sporters toepassen of hier misschien meer mee kunnen doen. Ook het gebrek aan variatie in de oefeningen dat in de interviews naar voren kwam is een relevante uitkomst. Participanten gaven namelijk aan dat dit de motivatie voor het uitvoeren van de oefeningen benadeeld. Het belang van variatie in de oefeningen wordt hiermee benadrukt. Ook lijkt het erop dat angst voor bewegen uit meerdere aspecten bestaat. Dit is relevant voor het werkveld aangezien er beter gefocust kan worden op angst voor bewegen en door regelmatig te evalueren kan de angst voor bewegen mogelijk worden verminderd. Verder zijn er relevante aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Het uitvoeren van deze onderzoeken kan het fysiotherapeutisch handelen binnen deze patiëntengroep mogelijk verbeteren.

