

## Aanbevelingen vanuit SchouderNetwerken Nederland

# Fysiotherapie bij Frozen Shoulder

In opdracht van SchouderNetwerken Nederland (SSN) hebben de auteurs van dit artikel gedurende de afgelopen twee jaar de 'SNN Praktijkrichtlijn Frozen Shoulder (FS) voor fysiotherapeuten 2017' opgesteld. Deze bestaat uit twee delen: de Praktijkrichtlijn en het Addendum. De Amerikaanse APTA-richtlijn uit 2013 van Kelley et al.<sup>1</sup> verschafte hiervoor een belangrijke basis. De aanbevelingen van SNN zijn uitgebreid en versterkt door toevoeging van wetenschappelijke literatuur tot en met begin 2016 en de expert-opinie van de vijf auteurs en hun netwerk. Naast de wetenschappelijk onderbouwde en praktische klinische informatie is er aandacht voor de obstakels die de fysiotherapeut binnen het complexe en langdurige zorgverleningsproces kan ontmoeten. Ondanks het 'self-limiting' karakter van de FS adviseert SNN - naar gelang de contextuele omstandigheden - een maximum aantal van 20 zittingen (profiel I), 40 zittingen (profiel II) en 50 zittingen (profiel III).

Tekst: Eric Vermeulen, Ruud Schuitemaker, Karin Hekman, Donald van der Burg en Filip Struyf

Vermeulen HM, Schuitemaker R, Hekman KMC, Burg DH van der, Struyf F. De SNN Praktijkrichtlijn Frozen Shoulder voor fysiotherapeuten 2017. Schoudernetwerken Nederland, maart 2017.

Te downloaden op:  
[schoudernetwerk.nl/page/richtlijn-frozen-shoulder-2017](http://schoudernetwerk.nl/page/richtlijn-frozen-shoulder-2017)

### SNN Praktijkrichtlijn: kernboodschappen

Dit eerste deel bevat de beschrijving en wetenschappelijke onderbouwing van het diagnostisch en therapeutisch proces. Een duidelijke definitie, een duidelijke beschrijving van het patroon, 'rule in' en 'rule out'-adviezen en nauwkeurige beschrijving van onderzoekvaardigheden dragen bij tot verbeterde diagnostiek. Zonder arthroscopie kan de diagnose FS pas na enkele maanden met redelijke zekerheid gesteld worden, omdat de contractuur van het glenohumerale kapsel pas dan ontstaat. Er worden handvatten aangereikt om differentiaaldiagnostisch onderscheid te kunnen maken met de (postoperatieve) stijve schouder, de omartrose, de acute bursitis/tendinitis calcarea en de posterieur gefixeerde schouderluxatie.

De eerste contacten tijdens de pijnlijke beginfase bestaan vooral uit het informeren over het patroon van de FS, het analyseren en elimineren van de herstelbelemmerende factoren en het uitleggen hoe de pijn kan worden beïnvloed. Het verschaffen van antwoorden heeft tot doel opluchting tot stand te brengen en het ontstaan van negatieve illness beliefs en ongewenste negatieve stress te voorkomen. Door de eventuele overige zorgverleners (via snelle rapportage aan de huisarts) en de mantelzorg (door hen mee uit te nodigen op de praktijk) erbij te betrekken, krijgt de fysiotherapeut het vertrouwen en de rol van 'spin in het web'. De mate van weefselreactiviteit (hoog, matig of laag; zie

figuur 1) en de drie richtlijnprofielen zijn leidend voor de keuze, frequentie en dosering van de interventies. In een samenvattende tabel (zie tabel 1) worden hierbij aanbevelingen gedaan en kan een keuze worden gemaakt uit: informeren, uitleggen, sturen, begeleiden, manuele verrichtingen, oefeningen (inclusief ontspanningsoefeningen en licht-intensieve aerobe duurtraining) en fysische therapie in engere zin. In de matig en laag reactieve fase ligt de nadruk op het systematisch met toenemende frequentie en intensiteit (actief) oefenen naar alle eindstanden.

De frequentie en dosering van de aanbevolen interventies en de voortgang van het langdurige proces dienen scherp te worden geëvalueerd. Door elke 3 maanden gebruik te maken van vragenlijsten als de PSK en de SPADI (DLV) en door regelmatige meting van de bewegingsvrijheid in en

Figuur 1.



**Mate van reactiviteit in freezing-, frozen- en thawingfase**  
 Door bij hoge reactiviteit tijdens het mobiliseren en actief oefenen geen toenemende pijn toe te staan, wordt ongewenste prikkeling van myofibroblasten voorkomen.

>>>

- >> rondom de schouder blijft de patiënt gedurende het traag verlopende proces toch gemotiveerd. Bij hoge, matige en lage reactiviteit wordt respectievelijk geen napijn, 4 uur napijn en 24 uur napijn geaccepteerd na een interventie waarbij 'gecentreerd bewegen' van de schouder centraal staat naast de zorg voor de rest van het lichaam (en geest). Door gebruik te maken van de '24 uur-regel'<sup>2</sup> wordt duidelijk welke reactie acceptabel is na een behandel- of oefensessie, en wordt de patiënt nog meer verantwoordelijk voor de voortgang van zijn behandelproces. De indeling in mate van weefselreactiviteit loopt nagenoeg parallel met de indeling van Codman: de Freezing- of ontstekingsfase duurt enkele weken tot 9 maanden, de Frozen- of stijfheidsfase duurt 4 tot 9 maanden, de Thawing- of dooifase duurt 4 tot gemiddeld 12 maanden (zie figuur 2). Door de fysiotherapeut is echter eenvoudiger onderscheid te maken in respectievelijk hoge, matige en lage reactiviteit, waardoor de revalidatie gericht kan worden gestuurd en begeleid.

Figuur 2.



**Mate van bewegingsbeperking tijdens het FS-traject**  
 Door bij matige en vooral lage reactiviteit zeer frequent 'gecentreerd' te bewegen naar eindstanden op geleide van de '24 uur-regel', neemt de ROM toe dankzij prikkeling van fibroblasten en het verbreken van niet-structurele crosslinks door Matrix Metallo Proteïnase.



Man, 65, FS L, frozen fase, matige/lage reactiviteit, richtlijn-profiel II – exorotatie in rugligging: circumductie positie 1 met gebalde vuisten, ter facilitatie van het 'gecentreerd' bewegen in de richting van positie 2, de Close Packed Position

## Addendum

Het addendum bevat vooral verdieping en achtergrondinformatie over de praktijkrichtlijn. Daarbij heeft de werkgroep in het addendum nieuwe literatuur, beweringen en expert-opinies geplaatst die nog niet de wetenschappelijke onderbouwing hebben die een plaats in de aanbevelingen zouden rechtvaardigen. Er bestaat bijvoorbeeld veel kennis over weefsel-specifieke functies en eigenschappen van en rond andere gewrichten dan de schouder, die toegepast kunnen worden op de FS. Aanbevelingen voor het gebruik van een intakeformulier, het gebruik van profielen, het maken van een SMART geformuleerd hoofddoel en subdoelstellingen met behulp van de PSK en het erbij betrekken van de mantelzorg berusten voor een belangrijk deel op jarenlange praktijkervaring. Wanneer de heftige schouderpijn op de voorgrond staat en de hinderlijke bewegingsbeperking zich ontwikkelt in de 'freezing fase', is het aan te bevelen om ook de overige zorgverleners in het begin van de behandeling door rapportage (met kopie voor de patiënt) te betrekken bij de behandeling. Het gebruik van de emmeren gazonmetafoor<sup>2</sup> hebben hun effect eveneens in de praktijk bewezen en komen van pas bij de uitleg van contextuele, herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren en het beantwoorden van de vragen: Wat heb ik? Hoe lang gaat het duren? Hoe komt het? Wat kan ik er zelf aan doen? en: Wat zijn de consequenties voor werk en sport? Naast oefentherapie, manuele therapie, ontspanningsoefeningen en extensieve aerobe duurtraining kunnen duidelijke antwoorden op deze 5 vragen uit het Common Sense Model<sup>3</sup> een belangrijke invloed hebben op de pijnbeleving, het voorkomen van negatieve ziektecognities en daarmee het ontstaan van ongewenste negatieve stress.

Verder wordt de fysiotherapeut geïnformeerd over de details van de beschreven vragenlijsten en evaluatieve meetinstrumenten zoals de '24 uur-regel', de 'gestandaardiseerde anteflexiemeting', 'alternatieve goniometrie' en het systematisch 'gecentreerd' bewegen naar alle eindstanden. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van de circumductie-, deviatie-, endo- en exorotatiebeweging.<sup>2</sup> Het gebruik van NSAID's en het toedienen van corticosteroïdinjecties kunnen op de korte termijn een ondersteuning bieden tijdens het fysiotherapeutisch proces in de hoogreactieve (freezing) fase. Echter, door een vlotte en correcte diagnose, eensgezindheid onder de betrokken zorgverleners en mantelzorgers en een doortastende aanpak van de behandelend fysiotherapeut kunnen zowel pijn als beperkingen in activiteiten tijdens de hoogreactieve freezing fase gunstig worden beïnvloed.

## Eigen code FS

Voor het kunnen leveren van effectieve en doelmatige zorg is kennis nodig over de FS en de bijbehorende onderzoek- en behandelvaardigheden. De fysiotherapeut moet bij een patiënt met een pijnlijk beperkte, 'stijve' schouder onderscheid kunnen maken tussen een FS conform deze aanbevelingen enerzijds en een pijnlijke stijve schouder

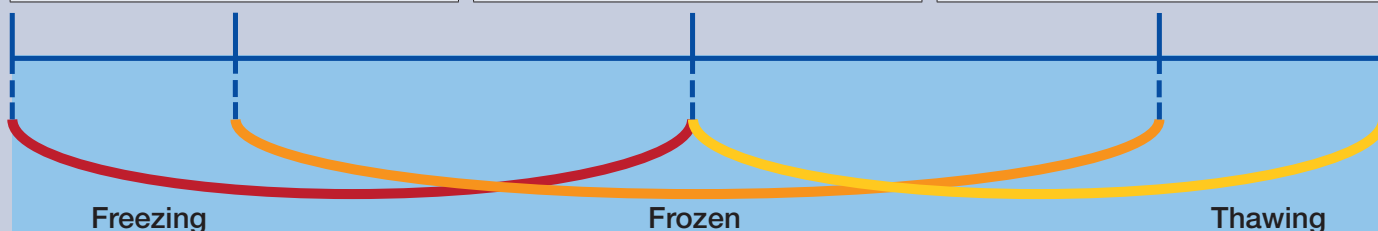
anderzijds zoals de omartrose, de acute tendinitis of bursitis calcarea, de postoperatieve stijve schouder, en een posterieur gefixeerde schouderluxatie.

Omdat de FS én de (niet-traumatische) bursitis binnen de declaratie- en verslagleggingssystemen door het huidige diagnosecoderingssysteem (DCSPH-versie 2011) beide gecodeerd worden als 004021, kunnen geen valide data met betrekking tot de FS aan de landelijke databases worden onttrokken. Daarbij ontbraken tot nu toe een duidelijke definitie en patroonbeschrijving. De zorgverzekeraars waren tot nu toe dus terughoudend om de FS volledig in het basispakket te plaatsen. Ook vanwege de twijfel over een juiste diagnosestelling. De karakteristieke

bewegingsbeperking van de schouder manifesteert zich pas na enkele maanden in de pijnlijke onstekingsfase. In het prille begin van de FS is er nog geen contractuur van het glenohumerale gewrichtskapsel. Dankzij deze richtlijn begrijpen we dit nu. Op dit moment worden er initiatieven ontwikkeld om het huidige diagnosecoderingssysteem (DCSPH-versie 2011) aan te passen, zodat ook de FS een eigen (6-cijferige) code krijgt waarbinnen plaats is voor het profiel, de mate van reactiviteit en de aangedane zijde. Het concept van een aangepaste DCSPH-versie is in november 2016 ter beoordeling aangeboden aan het KNGF door Dick Egmond en Ruud Schuitemaker. Een verbeterd diagnosecoderingssysteem zal daarenboven >>

Tabel 1. Behandelstrategie bij FS

Hoge reactiviteit	Matige reactiviteit	Lage reactiviteit
<p><i>Informeren, uitleggen, sturen, begeleiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* geen pijn tijdens en/of na de behandeling toestaan</li> <li>* informatie over FS (patroon)</li> <li>* management contextuele factoren (rapportage, uitleg aan mantelzorg)</li> <li>* informatie over ongewenste weefselreactiviteit en lange hersteltijd (gazonmetafoor)</li> <li>* pijneducatie, uitleg belasting- belastbaarheid en herstelbelemmerende factoren (emmermetafoor)</li> </ul>	<p><i>Sturen, begeleiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* maximaal 4 uur pijn na de behandeling toestaan</li> <li>* coaching bij graduele opbouw van activiteiten zonder toename van weefselreactiviteit</li> <li>* pijneducatie</li> </ul>	<p><i>Sturen, begeleiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* afnemende pijn binnen 24 uur na de behandeling toestaan</li> <li>* coachen van toename van hoog-belastende activiteiten en recreatieve activiteiten zonder toename van weefselreactiviteit</li> </ul>
<p><i>Oefenen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* (geleid) actieve (gecentreerde) ROM-oefeningen</li> <li>* actief oefenen</li> <li>* extensieve duurtraining (minimaal 1 uur per dag) en ontspanningsoefeningen</li> <li>* zorg voor de overige gewrichten en totale lichamelijke gesteldheid</li> </ul>	<p><i>Oefenen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* actief (gecentreerd) oefenen in alle richtingen (systematisch) met graduele opbouw</li> <li>* zorg voor de overige gewrichten en totale lichamelijke gesteldheid</li> </ul>	<p><i>Oefenen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* optimaliseren van de bewegingsketen van de schoudergordel</li> <li>* zorg voor de overige gewrichten en totale lichamelijke gesteldheid</li> <li>* zeer frequente actieve oefeningen in de richting van alle eindstanden (systematisch, mobiliserend en proprioceptief)</li> </ul>
<p><i>Manuele verrichtingen</i> Wervelkolom / thorax / schoudergordel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thoracale en cervicale mobilisaties / manipulaties en weke-delen-technieken mits pijn dempend effect</li> </ul> <p>Glenohumeraal/scapulothoracaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* pijnvrije geleid actieve laag- intensieve glenohumerale / scapulothoracale mobilisaties</li> </ul>	<p><i>Manuele verrichtingen</i> Wervelkolom / thorax / schoudergordel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thoracale en cervicale mobilisaties / manipulaties en weke-delen-technieken mits pijn dempend effect</li> </ul> <p>Glenohumeraal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* licht-intensieve indirecte glenohumerale mobilisaties via de scapula</li> <li>* licht-intensieve glenohumerale mobilisaties met toename van de duur naar de eindgrens</li> </ul>	<p><i>Manuele verrichtingen</i> Wervelkolom / thorax / schoudergordel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thoracale en cervicale mobilisaties / manipulaties en weke-delen-technieken naar behoefte</li> </ul> <p>Glenohumeraal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* eindstandige glenohumerale mobilisaties met toename van de duur naar de eindgrens</li> <li>* Driedimensionale geleid actieve rolschuif-technieken</li> </ul>
<p><i>Fysische therapie in engere zin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thermo-, cryotherapie of elektrische applicaties voor pijnbestrijding naar behoefte</li> </ul>	<p><i>Fysische therapie in engere zin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thermo-, cryotherapie of elektrische applicaties voor pijnbestrijding naar behoefte</li> </ul>	<p><i>Fysische therapie in engere zin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* thermo-, cryotherapie of elektrische applicaties ter voorbereiding op mobilisaties naar behoefte</li> </ul>



>> meer valide data opleveren voor outcomemanagement binnen de eerstelijnspraktijk, wetenschappelijk onderzoek in het algemeen en wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de FS in het bijzonder.

De expertgroep spreekt de wens uit dat deze SNN-aanbevelingen een bijdrage zullen leveren aan het kwalitatief verantwoord effectief en doelmatig fysiotherapeutisch handelen met betrekking tot de patiënt met een FS.



Dr. Eric Vermeulen, fysiotherapeut, manueel therapeut, hoofd Dienst Fysiotherapie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.



Ruud Schuitemaker, fysiotherapeut, manueel therapeut, Schuitemaker Fysiotherapie en Manuele Therapie bv, Amsterdam.



Karin Hekman MSc, fysiotherapeut, manueel therapeut IBC Amstelland en Jan van Goyen Medisch Centrum, Amsterdam.



Donald van der Burg, fysiotherapeut, manueel therapeut, Fysiotherapie Oost Nederland (FYON) en docent Saxion Hogeschool, Enschede.



Prof. dr. Filip Struyf, docent revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, Universiteit Antwerpen, Wilrijk, België.

## Referenties

1. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, Godges J, McClure PW. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association.
2. Egmond DL, Schuitemaker R. Extremiteten, manuele therapie in enge en ruime zin. 11<sup>de</sup> druk. Bohn Stafleu van Loghum: Houten, 2014.
3. Cameron LD, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behaviour. London: Routledge, 2003.

## Reactie KNGF

**“Het document dat door de auteurs is opgeleverd, is een waardevolle bijdrage voor de fysiotherapie. Het KNGF is blij dat betrokken leden dergelijke initiatieven ondernemen. Echter, het stuk kan niet beschouwd worden als KNGF-richtlijn, omdat het, ondanks zijn praktische toepasbaarheid, niet voldoet aan alle eisen die gesteld worden aan KNGF-richtlijnen.”**

## Gesprek met Ruud Schuitemaker

# Frozen shoul

*Wat hebben eerstelijnsfysiotherapeuten nodig om met deze aanbevelingen aan de slag te gaan?*

Vooral voldoende vrijheid om deze ‘passende’ zorg op doelmatige wijze te kunnen bieden. De huidige behandelindex is echter een belangrijk obstakel bij behandelindicaties als de FS waarbij het vaak om relatief hoge behandelgemiddeldes gaat van tussen de 20 en 50 zittingen, afhankelijk van het richtlijnprofiel. Veel collega's – met een behandelindex rond de 100 of hoger – zien patiënten met FS om deze reden liever gaan dan komen... De kans om achteraf beboet te worden, is zelfs aanwezig.

*Wat betekent uw voorgestelde behandelwijze voor de patiënt?*

Dat het aanbeveling verdient om je – zeker als potentiële patiënt met FS - voldoende aanvullend te verzekeren voor fysiotherapie indien je de freezing-, frozen en thawingfase zo vlot mogelijk wilt doorlopen onder begeleiding van een deskundige fysiotherapeut. Zeker wanneer je voldoet aan meerdere kenmerken uit het FS-patroon en lijdt aan DM II, schildklieraandoeningen en/of de M. Dupuytren. FS (ICD-code M75.0) komt namelijk voor op de Chronische lijst fysiotherapie. Voordat je in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket, dien je maar liefst 20 zittingen zelf te betalen of te vergoeden via je aanvullende verzekering. Maar bovenal betekent de voorgestelde behandelwijze dat de patiënt met FS op de best mogelijke manier wordt behandeld met een veel grotere kans op passende (kwalitatief goede) en doelmatige zorg.

*U pleit voor volledige vergoeding van behandelingen uit het basispakket van de zorgverzekering. Kunt u dat toelichten en onderbouwen?*

Dan verwijs ik allereerst graag naar de vorige antwoorden. Veel patiënten met FS blijven in eerste instantie weg bij de fysiotherapeut, omdat ze onvoldoende aanvullend verzekerd zijn en de behandelingen zelf moeten betalen. Ze oefenen dan vaak foutief of kiezen voor zorg die wel vergoed wordt uit het basispakket (liefst zonder eigen risico of pas nadat dit al is opgebruikt). Wanneer de arts vertelt dat het met injecties en afwachten ook vanzelf over zal gaan, worden veel patiënten pas na vele maanden heftige pijn en beperking gezien door een deskundige fysiotherapeut. Hierdoor kan de patiënt met een FS onnodig lang verkeren in de ontstekingsfase, soms zonder (de

# der in het basispakket

juiste) diagnose, met vaak foutieve (te agressieve) oefeningen (zie figuur 1) en in toenemende mate onnodige stress door het ontstaan van negatieve illness beliefs.

*U beveelt per profiel een maximum aantal zittingen aan. Is dit ingegeven in het belang van de patiënt en welke rol speelt de behandelindex hierin?*

De aanbevolen behandelgemiddelden (profiel I: maximaal 20 zittingen, profiel II: 40 zittingen, profiel III: 50 zittingen) zijn gebaseerd op data uit de dagelijkse FS-praktijk en op expert-opinion. Indien hiervan moet worden afgeweken door onvoorziene omstandigheden, kan dit altijd – conform de richtlijn fysiotherapeutische dossiervoering – in het dossier worden toegelicht. Fysiotherapiepraktijken met expertise op het gebied van de FS zouden wel heel erg gestraft worden met deze relatief hoge behandelgemiddelden. Zeker wanneer zich veel patiënten met FS met richtlijnprofiel III (met gele vlaggen) bij de praktijk aanmelden. De behandelindex van een praktijk is namelijk vooral gebaseerd op het behandelgemiddelde en de vergelijking met andere praktijken. De Nederlandse fysiotherapeuten, verzekeraars en patiëntenfederatie zijn zeer ongelukkig met de behandelindex als kwaliteitsindicator, zeker ook omdat het huidige diagnosecoderingssysteem te wensen overlaat. Daarom zijn de eerste aanpassingen al door de verzekeraars (het SKMZ) doorgevoerd en wordt er door het KNGF moeite gedaan voor een tripartiet overleg om te komen tot een betere kwaliteitsindicator, inclusief een verbeterd diagnosecoderingssysteem met een unieke codering voor de FS. Ik ben ook lid van de werkgroep Behandelindex in relatie tot het hoofdlijnenakkoord Paramedische Zorg.

*De aandoening Frozen Shoulder staat op de Chronische lijst. Dat betekent dat mensen met een Frozen Shoulder pas na de 21<sup>e</sup> zitting recht hebben op vergoeding vanuit de basisverzekering. Hoe werkt dit in uw dagelijkse praktijk en wat vindt u daarvan?*

a. Om in aanmerking te komen voor vergoeding uit het basispakket, dienen we een verwijsbrief van de arts te kunnen overleggen. Indien we de diagnose van de arts moeten herzien of pas later stellen na eerst een SAPS-beeld te hebben gediagnosticeerd, dienen we zelfs een verwijsbrief met terugwerkende kracht aan te vragen. Met deze richtlijn kunnen we als fysiotherapeuten aan de huisartsen uitleggen waarom we in de eerste maanden niet in staat waren om de diagnose FS te stellen.



- b. In mijn praktijk komt het regelmatig voor dat patiënten onvoldoende zittingen aanvullend hebben verzekerd en bijvoorbeeld na 9 keer de overige (11) zittingen zelf dienen te betalen. Voor velen een (te) hoge drempel. De patiënt is dan de dupe van een verkeerde verzekeringskeuze aan het begin van het verzekeringsjaar. Wij hebben 2 keer per week een gratis inloopspreekuur in onze praktijk waarbij we – onder andere – mensen die niet verzekerd zijn screenen en professioneel advies geven binnen 10 minuten.
- c. Ik pleit ervoor dat de FS – zoals gedefinieerd in deze SNN-richtlijn – zo spoedig mogelijk in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket maar dan zonder eigen risico. Met nadruk zeg ik: geen drempel inbouwen. Hoe eerder we de patiënten zien, des te beter is het vervolg. De voorgestelde conservatieve aanpak is relatief goedkoop en kan ongewenste zorgtrajecten en onnodig ziekteverzuim helpen voorkomen.