

De SNN Praktijkrichtlijn Frozen Shoulder 2017 is gereed

Te downloaden op: <http://www.schoudernetwerk.nl/page/richtlijn-frozen-shoulder-2017>

In opdracht van SchouderNetwerken Nederland (SSN) hebben Eric Vermeulen, Ruud Schuitemaker, Karin Hekman, Donald van der Burg en Filip Struyf gedurende de afgelopen 2 jaar de Nederlandse praktijkrichtlijn Frozen Shoulder (FS) voor fysiotherapeuten ontwikkeld.

De Amerikaanse APTA-richtlijn uit 2013 van Kelley et al.¹ verschaft hiervoor een belangrijke basis. De SNN-praktijkrichtlijn is echter uitgebreid en versterkt door toevoeging van wetenschappelijke literatuur tot en met begin 2016 en de expert-opinie van de 5 auteurs en hun netwerk.

Naast de voor richtlijnen gebruikelijke 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 de richtlijn - naar gelang de contextuele omstandigheden - een maximum aantal van 20 zittingen (richtlijnprofiel I), 40 zittingen (richtlijnprofiel II) en 50 zittingen (richtlijnprofiel III).

De SNN-praktijkrichtlijn FS bestaat uit 2 delen, de *praktijkrichtlijn* en het *addendum*.

De 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 artroscopie kan de diagnose FS pas na enkele maanden met redelijke zekerheid gesteld worden (!). 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 te veroorzaken en het ontstaan van negatieve illnessbeliefs en ongewenste negatieve stress te voorkomen. Door het betrekken van de eventuele overige zorgverleners (via snelle rapportage aan de huisarts) en de mantelzorg (door ze mee uit te nodigen op de praktijk) krijgt de fysiotherapeut het vertrouwen en de rol van 'spin in het web'. De mate van weefselreactiviteit (hoog, matig of laag) en de richtlijnprofielen (I, II en III, conform de KNGF-richtlijnen Lage rugpijn en KANS) zijn leidend voor de keuze, frequentie en dosering van de interventies. In een samenvattende tabel 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 richting 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 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' 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. Door de fysiotherapeut is echter eenvoudiger onderscheid te maken in respectievelijk hoge-, matige- en lage reactiviteit, waardoor de revalidatie gerichter kan worden gestuurd en begeleid.

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*

Het Addendum

Het tweede deel, het addendum, bevat vooral verdieping en achtergrondinformatie over de praktijkrichtlijn. Daarbij heeft de werkgroep in het addendum nieuwe literatuur, beweringen en expertopinions geplaatst die nog niet de wetenschappelijke onderbouwing hebben die een plaats in de richtlijn 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 richtlijnprofielen, het maken van een SMART geformuleerd hoofddoel en subdoelstellingen met behulp van de PSK en het 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 middels rapportage (met kopie voor de patiënt) te betrekken bij de behandeling. Het gebruik van de emmer- en gazonmetafoor² 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 Model³ 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 in de richtlijn 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 gebruik gemaakt worden van de circumductie-, deviatie-, endo- en exorotatiebeweging.

Het gebruik van NSAID's en het toedienen van corticosteroidinjecties kunnen op de korte termijn een ondersteuning bieden tijdens het fysiotherapeutisch proces in de hoog reactieve (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 hoog reactieve freezing fase gunstig worden beïnvloed.

Unieke diagnosecode FS met nadere specificatie noodzakelijk

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 richtlijn enerzijds en een pijnlijke stijve schouder anderzijds. Differentiaaldiagnostische voorbeelden: de omartrose, de acute tendinitis of bursitis calcarea, de postoperatieve stijve schouder, een posterieur gefixeerde schouderluxatie.

Omdat de FS en de (niet-traumatische) bursitis binnen de declaratie- en verslagleggingssystemen door het huidige diagnosecoderingssysteem (DCSPH-versie 2011) *beiden* gecodeerd worden als 004021 kunnen geen valide data met betrekking tot de FS uit de landelijke databases worden onttrokken. Daarbij ontbraken tot nu toe een duidelijke definitie en patroonbeschrijving en waren de zorgverzekeraars terughoudend om de FS volledig in het basispakket te plaatsen vanwege de twijfel over een juiste diagnosestelling waarvan we dankzij deze richtlijn nu de oorzaak kennen. 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 richtlijnprofiel, 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 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-praktijkrichtlijn een belangrijke bijdrage zal leveren aan het kwalitatief verantwoord effectief en doelmatig fysiotherapeutisch handelen met betrekking tot de patiënt met een FS.

² Egmond DL, Schuitemaker R. *Extremiteiten, manuele therapie in enge en ruime zin. 11^{de} druk*. Bohn Stafleu van Loghum Houten, 2014

³ Cameron LD, Leventhal H *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge, 2003.

Amsterdam, februari 2017
De expertgroep,

Dr. Eric Vermeulen, fysiotherapeut, manueeltherapeut, hoofd Dienst Fysiotherapie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Ruud Schuitemaker, fysiotherapeut, manueeltherapeut, Schuitemaker Fysiotherapie en Manuele Therapie bv, Amsterdam
Karin Hekman, MSc, fysiotherapeut, manueeltherapeut, VU Medisch Centrum en Jan van Goyen Medisch Centrum, Amsterdam
Donald van der Burg, fysiotherapeut, manueeltherapeut, Fysiotherapie Oost Nederland (FYON) en docent Saxion Hogeschool, Enschede
Prof. Dr. Filip Struyf, docent revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, Universiteit Antwerpen, Wilrijk, België

De richtlijn is sinds 1 maart 2017 beschikbaar op de website van SNN (www.schoudernetwerk.nl) – *activiteiten 2017*.

De verwijfsreferentie:

Vermeulen HM, Schuitemaker R, Hekman KMC, Burg DH van der, Struyf F. De SNN Praktijkrichtlijn Frozen Shoulder voor fysiotherapeuten 2017. Schoudernetwerken Nederland, maart 2017: <http://www.schoudernetwerk.nl/page/richtlijn-frozen-shoulder-2017>

Frozen shoulder in het basispakket zonder eigen bijdrage

Naschrift voor eerstelijns fysiotherapeuten

De SNN Praktijkrichtlijn FS is een pleidooi voor conservatieve aanpak van de FS en kan een belangrijke bijdrage leveren aan de actuele discussie of deze fysiotherapeutische zorg in aanmerking dient te komen voor *volledige* vergoeding uit het basispakket. De voorwaarde dient te zijn dat de eigen bijdrage geen (te hoge) drempel zal vormen.

Zware druk op het behandelgemiddelde

Er zijn obstakels, zoals de *behandelindex* van de zorgverzekeraars, die het de Nederlandse fysiotherapeut lastig maken om de aanbevelingen uit deze richtlijn op te kunnen volgen.

Deze SNN-praktijkrichtlijn maakt duidelijk dat de behandelindex niet de juiste indicator is om kwalitatief goede en doelmatige zorg in kaart te brengen. Eerstelijns fysiotherapeuten worden nu gedwongen om hun behandelgemiddelde zo laag mogelijk te houden. Immers, ze worden tot op de dag van vandaag door de verzekeraars beboet wanneer hun behandelgemiddelde aan het eind van het jaar ten opzichte van de collega's te hoog blijkt uit te vallen. In deze richtlijn worden – afhankelijk van het richtlijnprofiel – maximaal 20 tot 50 zittingen aanbevolen. Deze hoge gemiddelden drukken bij fysiotherapeuten onevenredig zwaar op hun gemiddelde en dus op hun behandelindex.

Huidige situatie - FS op Chronische Lijst fysiotherapie

De aandoening FS (ICD-10 code M75.0) komt voor op de Chronische Lijst van Aandoeningen Fysiotherapie. Met een verwijfsbrief van een arts komt de patiënt echter pas vanaf de 21^{ste} zitting in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering gedurende slechts 1 jaar. Deze richtlijn maakt duidelijk dat het FS-proces in veel gevallen fysiotherapeutische begeleiding vergt die langer duurt dan 1 jaar en dat een fysiotherapeut (of huisarts) niet in staat is om een FS vanaf het prille begin (0 – 3 maanden) te diagnosticeren vanwege het (nog) ontbreken van de contractuur in de glenohumerale tunica fibrosa. De patiënt met een beginnende FS komt vaak bij de fysiotherapeut binnen met het beeld van een subacromiaal pijnsyndroom (zoals een rotatorcuff tendinopathie en/of een bursitis), glenohumerale instabiliteit, een cervicaal syndroom, een cervicobrachiaal syndroom of combinaties daarvan. Daarom dient de fysiotherapeut in de eerste lijn in sommige gevallen een (gecorrigeerde) verwijfsbrief met terugwerkende kracht aan de arts te vragen om aan de eisen van de verzekeraar te kunnen voldoen. De richtlijn verklaart en legitimeert deze voor huisartsen, op het eerste gezicht, vreemde gang van zaken. Het is dan ook van groot belang dat deze kennis wordt meegenomen in de nieuwe NHG standaard schouderklachten die binnenkort zal worden gepubliceerd.

Ook de verzekeraars kregen in het verleden te maken met een vergelijkbare vreemde gang van zaken vanwege de herziene diagnose na enkele maanden.

Zij begrijpen nu dankzij deze richtlijn beter dat krediatie van de reeds gedeclareerde behandelingen onder code 9 diende plaats te vinden. De behandelingen dienden vervolgens opnieuw – maar nu onder code 8 met een verwijfsbrief voor FS en code 1 vanaf de 21^{ste} zitting – te worden gedeclareerd.

Vele patiënten met een FS zijn helaas onvoldoende aanvullend verzekerd om de kloof naar de basisverzekering van 20 zittingen te kunnen overbruggen en kunnen daarom niet adequaat door de fysiotherapeut worden begeleid. Dit kan leiden tot ongewenst langdurige trajecten, onnodige operaties en onnodig ziekteverzuim.

De toekomstige oplossing - FS in het basispakket van de zorgverzekering

Hopelijk komt de behandeling van de patiënt met een frozen shoulder, mede dankzij de onderbouwing in deze richtlijn, binnenkort voor volledige vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering in aanmerking *gedurende het gehele noodzakelijke behandeltraject en zonder dat de eigen bijdrage hoeft te worden aangesproken*. Slechts indien aan deze voorwaarden wordt voldaan kan de voorgestelde conservatieve aanpak van de FS effectief en doelmatig door de fysiotherapeut in goede banen worden geleid en zullen alle tot nu toe noodzakelijke noodoplossingen hopelijk snel tot het verleden behoren.

Donald van der Burg en Ruud Schuitemaker,
eerstelijns fysiotherapeuten en leden expertgroep