



**SchouderNetwerk**  
**Twente**

# Betekenis van NHG standaard voor fysiotherapeuten

door:  
**Gerard Koel**

FYSIO  
THERAPIE  
W●OLDER  
STEEN

**SAXION**

# Inhoud presentatie



1. Inleiding, totstandkoming.
2. Waar gaat NHG M08 over?
3. Verschillen HA / FT bij SP patiënten  
voorkomen / onderzoek / behandelen
4. Oefentherapie als kern-interventie
5. Wel of geen manuele therapie?
6. Afronding, conclusies voor 1<sup>e</sup> lijn.

# 1. Inleiding, totstandkoming



- Intentie, onderzoekvraag: update versie 2008
- Samenstellen werkgroep
- Van oktober 2016 >> najaar 2019; ruim 3 jaar
- Producten:
  - Standaard M08
  - Noten / Details met uitleg
  - GRADE document met verantwoording  
in tekst en in tabellen
- Implementatietraject

Formulate question

Select outcomes

Rate importance

Outcomes across studies

Create evidence profile with GRADEpro

Rate quality of evidence for each outcome

P  
I  
C  
O

Outcome Critical

Outcome Critical

Outcome Important

Outcome Not important



Study	Outcome	Risk of bias		Summary of findings
		Low	High	
1	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.85 (95% CI 0.75-0.95)
2	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.90 (95% CI 0.80-1.00)
3	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.88 (95% CI 0.78-0.98)
4	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.86 (95% CI 0.76-0.96)
5	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.84 (95% CI 0.74-0.94)
6	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.82 (95% CI 0.72-0.92)
7	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.80 (95% CI 0.70-0.90)
8	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.78 (95% CI 0.68-0.88)
9	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.76 (95% CI 0.66-0.86)
10	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.74 (95% CI 0.64-0.84)
11	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.72 (95% CI 0.62-0.82)
12	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.70 (95% CI 0.60-0.80)
13	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.68 (95% CI 0.58-0.78)
14	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.66 (95% CI 0.56-0.76)
15	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.64 (95% CI 0.54-0.74)
16	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.62 (95% CI 0.52-0.72)
17	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.60 (95% CI 0.50-0.70)
18	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.58 (95% CI 0.48-0.68)
19	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.56 (95% CI 0.46-0.66)
20	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.54 (95% CI 0.44-0.64)
21	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.52 (95% CI 0.42-0.62)
22	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.50 (95% CI 0.40-0.60)
23	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.48 (95% CI 0.38-0.58)
24	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.46 (95% CI 0.36-0.56)
25	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.44 (95% CI 0.34-0.54)
26	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.42 (95% CI 0.32-0.52)
27	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.40 (95% CI 0.30-0.50)
28	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.38 (95% CI 0.28-0.48)
29	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.36 (95% CI 0.26-0.46)
30	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.34 (95% CI 0.24-0.44)
31	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.32 (95% CI 0.22-0.42)
32	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.30 (95% CI 0.20-0.40)
33	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.28 (95% CI 0.18-0.38)
34	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.26 (95% CI 0.16-0.36)
35	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.24 (95% CI 0.14-0.34)
36	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.22 (95% CI 0.12-0.32)
37	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.20 (95% CI 0.10-0.30)
38	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.18 (95% CI 0.08-0.28)
39	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.16 (95% CI 0.06-0.26)
40	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.14 (95% CI 0.04-0.24)
41	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.12 (95% CI 0.02-0.22)
42	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.10 (95% CI 0.00-0.20)
43	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.08 (95% CI 0.00-0.18)
44	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.06 (95% CI 0.00-0.16)
45	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.04 (95% CI 0.00-0.14)
46	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.02 (95% CI 0.00-0.12)
47	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.01 (95% CI 0.00-0.10)
48	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.08)
49	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.06)
50	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.04)
51	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.02)
52	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
53	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
54	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
55	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
56	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
57	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
58	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
59	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
60	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
61	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
62	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
63	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
64	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
65	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
66	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
67	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
68	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
69	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
70	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
71	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
72	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
73	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
74	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
75	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
76	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
77	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
78	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
79	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
80	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
81	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
82	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
83	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
84	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
85	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
86	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
87	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
88	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
89	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
90	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
91	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
92	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
93	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
94	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
95	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
96	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
97	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
98	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
99	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)
100	Outcome 1	Low	High	Relative risk 0.00 (95% CI 0.00-0.00)

Summary of findings & estimate of effect for each outcome

High

Moderate

Low

Very low

Grade down

Grade up

RCT start high, obs. data start low

1. Risk of bias
  2. Inconsistency
  3. Indirectness
  4. Imprecision
  5. Publication bias
1. Large effect
  2. Dose response
  3. Confounders

### Systematic review

### Guideline development

Formulate recommendations:

- For or against (direction)
- Strong or weak (strength)

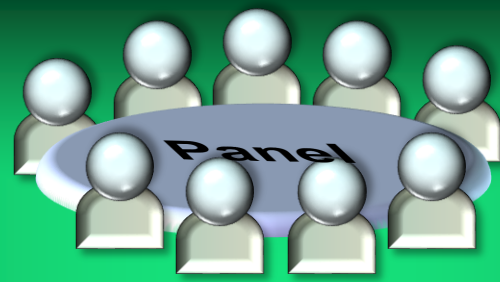
By considering:

- Quality of evidence
- Balance benefits/harms
- Values and preferences



Revise if necessary by considering:

- Resource use (cost)



Rate overall quality of evidence across outcomes based on lowest quality of **critical** outcomes



- "We recommend using..."
- "We suggest using..."
- "We recommend against using..."
- "We suggest against using..."

## Hoe komen we tot de beste externe onderbouwing?

1. Het formuleren van een goede onderzoek vraag (PICO)
2. Het verzamelen / selecteren van de klinische studies (observationeel & liefst: experimenteel)
3. Het graderen / klasseren van die onderbouwing in 4 categorieën: de kwaliteit = 'high – moderate – low – very low'
4. Upgraden of downgraden van de studies
5. Uiteindelijk bepaalt de laagste kwaliteit de 'overall quality'
6. Bespreek in een panel een aantal praktische factoren: balans voor- / nadelen; waarde & voorkeur; kosten.
7. Formuleer de aanbeveling:  
'Er is sterk / zwak bewijs voor / tegen de toepassing van deze interventie

## Van bewijs naar aanbeveling



Weeg de volgende factoren:

1. kwaliteit van bewijs
2. balans tussen voor- en nadelen van de interventies
3. waarden en voorkeuren (waaronder de wensen en voorkeuren van patiënten)
4. beschikbare middelen (kosten)
5. aanvaardbaarheid van de interventie
6. haalbaarheid van de implementatie van de interventie

M08

# NHG-Standaard Schouderklachten (derde herziening)

## Totstandkoming, methoden en GRADE-profielen

NHG-Standaard Schouderklachten (M08)

### **Beloop**

Schouderklachten hebben dikwijls een recidiverend en langdurig beloop, en kunnen vooral in de acute fase nadelige gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren en de nachtrust. De mate waarin de klachten het dagelijks functioneren beperken, hangt vooral samen met de ernst van de pijn bij bewegen en met nachtelijke pijn. Van alle patiënten die in verband met schouderklachten de huisarts bezoeken, geeft na 6 weken ongeveer 30% aan hersteld te zijn, oplopend tot 50% na 6 maanden en 60% na een jaar. Ongeveer de helft van patiënten met schouderklachten bezoekt de huisarts maar één keer voor deze klacht (zie Details).

[Zie ook: Detail nr. 3 Beloop](#)

### **Etiologie**

Er bestaat nog onduidelijkheid over de oorsprong van schouderklachten. Zie voor de meest gangbare theorieën hierover Details).

[Zie ook: Detail nr. 4 Etiologie](#)

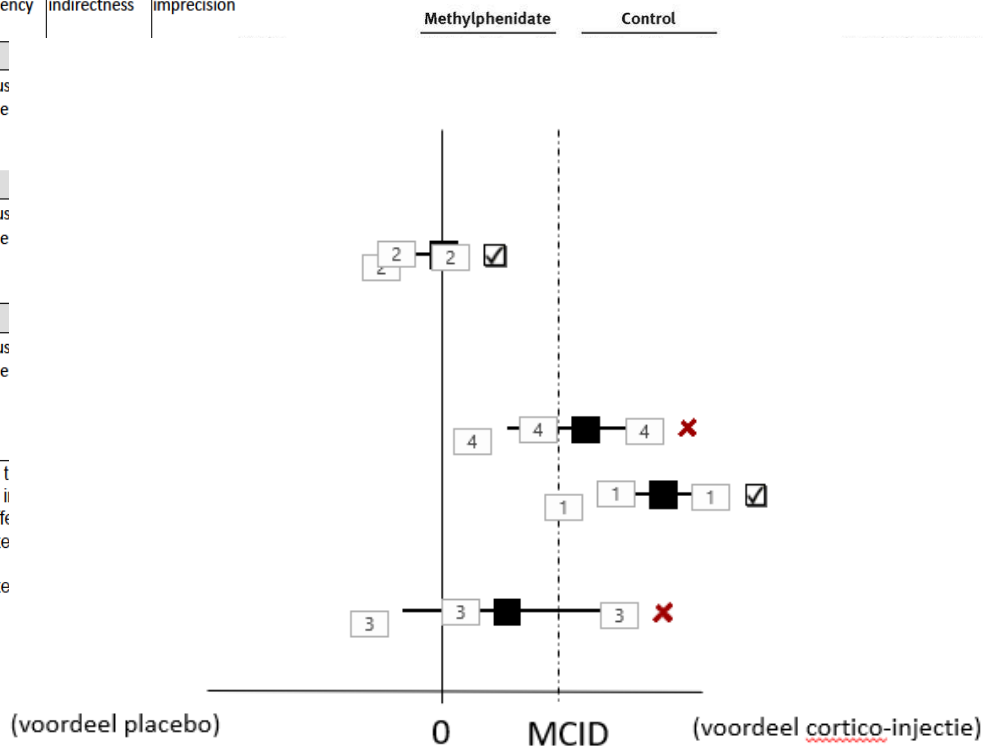
Author(s): Elie Akl & Holger Schunemann Date: 2008-09-11

Question: Should parenteral anticoagulation be used in prolonging survival of patients with cancer? Settings: Outpatient

Bibliography: EA Akl, FF van Doormaal, M Barba, G Kamath, SY Kim, S Künzler, S Middeldorp, V Yasovic, H Dickinson, H J Schunemann. Parenteral anticoagulation for prolonging survival in patients with cancer who have

Quality assessment					
No of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision
<b>Survival at 12 months (study follow up)</b>					
5	randomised trials	no serious limitations <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness <sup>2</sup>	no serious imprecision
<b>Survival (overall - study follow up at 24 to 84 months)</b>					
5	randomised trials	no serious limitations <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision
<b>DVT</b>					
2	randomised trials	no serious limitations <sup>1</sup>	no serious inconsistency		
<b>Major bleeding</b>					
3	randomised trials	no serious limitations <sup>1</sup>	no serious inconsistency		
<b>Minor bleeding</b>					
3	randomised trials	no serious limitations <sup>1</sup>	no serious inconsistency		

<sup>1</sup> Unclear concealment in one of the five t  
<sup>2</sup> The studies used different LMWHs but i  
<sup>3</sup> The 95% CI includes both negligible eff  
<sup>4</sup> Out of 5 included studies, only 2 reporte  
provide further information.  
<sup>5</sup> Out of 5 included studies, only 3 reporte  
did not provide further information.



Bijvoorbeeld  
MCID= SMD >0,5

✗ 1 nivo afwaarderen voor onnauwkeurigheid

MCID= minimaal klinisch relevant verschil

sequence generation (selection bias)  
concealment (selection bias)  
of participants and personnel (performance bias)  
of outcome assessment (detection bias)  
ite outcome data (attrition bias)  
: reporting (reporting bias)  
interest bias





## 2. Inhoud NHG standaard



- Over welke SP syndromen gaat het?  
Vergelijking met SNN KR model SP patiënten
- Gaat het over SP syndromen of over patiënten met SP?
- Hoeveel SP patiënten zijn er eigenlijk?

# Globaal overzicht KR schema SNN

Niveau	Doelgroep	Onderzoek	Klazering container 1	Klazering container 2	Klazering container 3	Klazering container 4	Klazering container 5
Level 1	Uzpraken	indicatie FT? Anamnese Overlegmedicus	Rode vlaggen? Infectie+ tumor/Co+ neuralgie+ fractuur+ viraal Abnormaal beloop? Muirarts: algemeen ziek, acute borst, pancreas	Niet phix geval? Orthopedie: acute RO ruptuur, labrum letsel, bittig letsel	Neuralgie: NA, entrapment, borstadiëne zenuw, radiculopathie OWK	Ruimtelijke (mana) artritis	
Level 2	Wolke: DH container: Initiale klazering Functie/verzorging	5.5GH container	1. SAPS schouder / RO letsel	2. Bepaalde schouder	3. Instabiele schouder	4. Posttraumatische schouder	5. Rasterend schouder
Level 3	Eerste categorie	Twee klazen	1.1 Primaire SAPS/RO 1.2 Secundaire SAPS/RO	2.1. Onconcentrisch beperkt 2.2. Unidirectioneel beperkt	3.1. Glenohumeral 3.2. Scapulohoracel	4.1. GHAC letsel/pezen 4.2. GHAC labrum/kraskeken	5.1. Myofasciale keten 5.2. Andere reden SP
Level 4	Tweede categorie	Chloroterapie	Alle schouder MSU Indien letsel no effect Indien letsel no effect Drop arm test no effect Genereren kracht in arde 1.1.1. SP knie RO letsel (SS/MSFS) 1.2.2. SAPS bij GH instabiliteit (zie kolom 3) Anders bij veel pijn 1.1.2. SP knie met calcificatie Of bij verlies kracht 1.1.3. SP gaat RO letsel Tijdig consult orthopedie vaak samen cuff orthopedie	Indien GIRD (2) + dorsale kopel tot paritief Indien NPRS > 7 Indien vldg voor bij PROM Indien NBT paritief bij dorsale kopel 2.1.1. FS Fav 1: 10mm metie 2.2.2. Ovoidale kopel contractuur Indien GIRD (2) + dorsale kopel 2.2.3. Dorsale kopel contractuur	Indien vldg in e.d.d. beperkt 2.2.1. Post-OT, contractuur Indien NBT paritief bij dorsale kopel Indien instabiliteit naar voren 2.1.2. Ventrals actieve GH instabiliteit Indien instabiliteit naar achteren 3.1.2. Posttrauma actieve GH instabiliteit Indien jonge patiënten met SAPS beeld bij pijn schouder. Oortgevoert + (app. relectie 45 graden abductie) 3.1.4. MSI, meestal ventrales axiale kuudant	3.2. Scapula dysparitief Scapula dysparitief SAT / SRT paritief Betroft vooral actieve ST instabiliteit bij patiënten onder trauma met lastiteit vaak meter central forafunctie problematiek Betroft vooral actieve ST instabiliteit bij patiënten onder trauma met lastiteit vaak meter central forafunctie problematiek Indien vldg in de arde met sprak 3.2.1. Inefficiënte mancrater anterior 3.2.2. Inefficiënte M met vcractief 3.2.3. Inefficiënte m. trapezius arcand 3.2.4. Dorsale AC gewricht 3.2.5. Schouder met diktinaria III Indien kracht verlies, *Hagerton, ont. 4.1.3. Posttrauma actieve GH instabiliteit 4.1.4. Posttrauma actieve GH instabiliteit 4.1.5. Posttrauma actieve GH instabiliteit	4.1. GHAC letsel/pezen 4.2. GHAC labrum/kraskeken 5.1. Myofasciale keten 5.2. Andere reden SP
Level 5	Feitsoemmerken	3S ligt 3 ricioprofiele	Gelkt voor alle 5 container! 5.1. Lage ricioprofiele (totaal score 5): patiënt informeren en zelf reguleren vervoer, behandelingen programma's en medicatie	5.2. Matig ricioprofiele (totaal score 4, 4 schouder 1 of 2): patiënt frequent behandelen (weeklijks)	5.3. Hoge ricioprofiele (totaal score 4, 4 schouder 3, 4 of 5): patiënt frequent behandelen (weeklijks) met aandacht voor PS factoren		
Level 6	Functie	3 appoeten	Gelkt in principe voor alle containers maar met name voor container 1: SAPS, container 3: instabiele schouder en container 5: Rasterend schouder (Myofasciale).				
Level 7	Mate van activiteit	3 acties	7.1. Hoge reactiviteit: behandelingen met laag (doseringsparameter) 7.2. Matige reactiviteit: behandelingen met gemiddeld (doseringsparameter normaal) 7.3. Lage reactiviteit: behandelingen met hoog (doseringsparameter hoog)				
Level 8	Invalletijd	behandeling	Aantal collen / combinatie van collen viltollen & boussenas en vervoer van viden's mbv HellefprinApp.				

Zie <https://schoudernetwerk.nl/page/snn-kr-model-3s>



# Container indeling SP.

1. SAPS schouder / RC letsel (RCR-SP)
2. Stijve, beperkte schouder
3. Instabiele schouder
4. (Post) Traumatische schouder
5. (Chronisch) Pijnlijke schouder
  - *mate van segmentale / centrale sensitisatie*
  - *myofasciaal syndroom (= segm. sensitisatie)*
  - *hertelbelemmerende mentale / pijneducatie factoren*

## 2.9 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar **aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn**. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

### *Inbreng van de patiënt*

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. **Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen**. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

### **INBRENG VAN DE PATIËNT**

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. **Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen**. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

---

## Detail nr. 1 Scope

---

### Begripsbepaling

In deze standaard is gekozen voor een terminologie en een classificatie van schouderklachten die het best past bij de huisartsenpraktijk. De terminologie in de standaard is analoog aan die van de richtlijnen van de orthopeden, fysiotherapeuten en bedrijfsartsen.<sup>1 2 3 4</sup>

Langdurige en/of recidiverende schouderklachten komen vaak gecombineerd voor met klachten in de nekregio of andere delen van de arm. In deze standaard worden nekklachten besproken voor zover zij een directe relatie hebben met de schouderklacht en met het beleid door de huisarts.

In lijn met de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde wordt in deze standaard onderscheid gemaakt tussen werkgerelateerde klachten (invloed van werk op klachten) en arbeidsrelevante klachten (invloed van klachten op werk).<sup>4</sup> Het is in lijn met de adviezen van de Gezondheidsraad en met de ICF-classificatie van de World Health Organization dat 'functioneren en (arbeids-)participatie' in richtlijnen uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling dienen te zijn.<sup>5 6</sup> Langdurige en recidiverende schouderklachten komen tevens voor zonder dat er sprake is van een specifieke combinatie van symptomen die typisch geacht wordt voor een specifieke schouderaandoening.<sup>7</sup> Voor deze categorie geldt dat een verklaring van de schouderpijn volgens een strikt biomedisch model ontbreekt. In de standaard wordt er conform internationale consensus van uitgegaan dat bij chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat naast biomedische factoren ook gedrags- en/of psychische factoren een rol kunnen spelen.<sup>8 9</sup>

# Level 3 KR schema bestaat uit 5 containers

## 1. SAPS / RCR-SP SCH

• Kenmerken:

- Zeurende pijn bovenarm
- 40-70 jaar
- Bovenhands werk
- Pijnlijke weerstandstests

### Primaire SAPS

### Secundaire SAPS

- Normale GH/ ST mobiliteit
- RC tendinopathie
- RC letsels (degeneratief)
- Cuffartropathie
- PSI: Posterosuperieure impingement

## 2. Beperkte schouder

• Kenmerken:

- Beperkte ROM anamnese
- Beperkte ROM
- Frozen shoulder
- GH/ om-artrosis

## 3. Instabiele schouder

• Kenmerken:

- Pijnscheuten, twinges
- Jongere pt (15-35 jaar)
- Gestoorde AROM
- Geen duidelijk trauma in anamnese
- AMBRI/ AIOS
- MSI: Minor Shoulder Instability

## 4. Posttraumatische schouder

• Kenmerken:

- Anamnese + begin (trauma)/ pijn
- Vaak jongere, sportieve patiënten
- Ook mogelijk 'acuut op chronisch'
- Vaak veel functiestoornissen
- RC-ruptuur
- GH (sub)luxatie/ TUBS/ ALPSA
- AC (sub)luxatie
- Fracturen (+ Bony apprehension test)
- *Consult orthooped meestal wenselijk*

## 5. Chronisch pijnlijke SCH

• Kenmerken:

- Aspecten chronisch pijnsyndroom:
  - mentale disfuncties
  - cognitieve disfuncties
- Myofasciaal beeld, spierketen, rompstabiliteit
- Sensitisatie (segmentaal/ algemeen), distress
- Slechte algemene conditie/ belastbaarheid

# Bronnen / oorzaken voor (aanhoudende) SP.

## Psychosocial Factors

### Referred Pain

- Cervical
- Thoracic
- Abdomen



## Peripheral Sensitization

## Central Sensitization

## Stiff Shoulder

- Frozen Shoulder
- Osteoarthritis
- Locked dislocation
- Osteosarcoma

## Posture

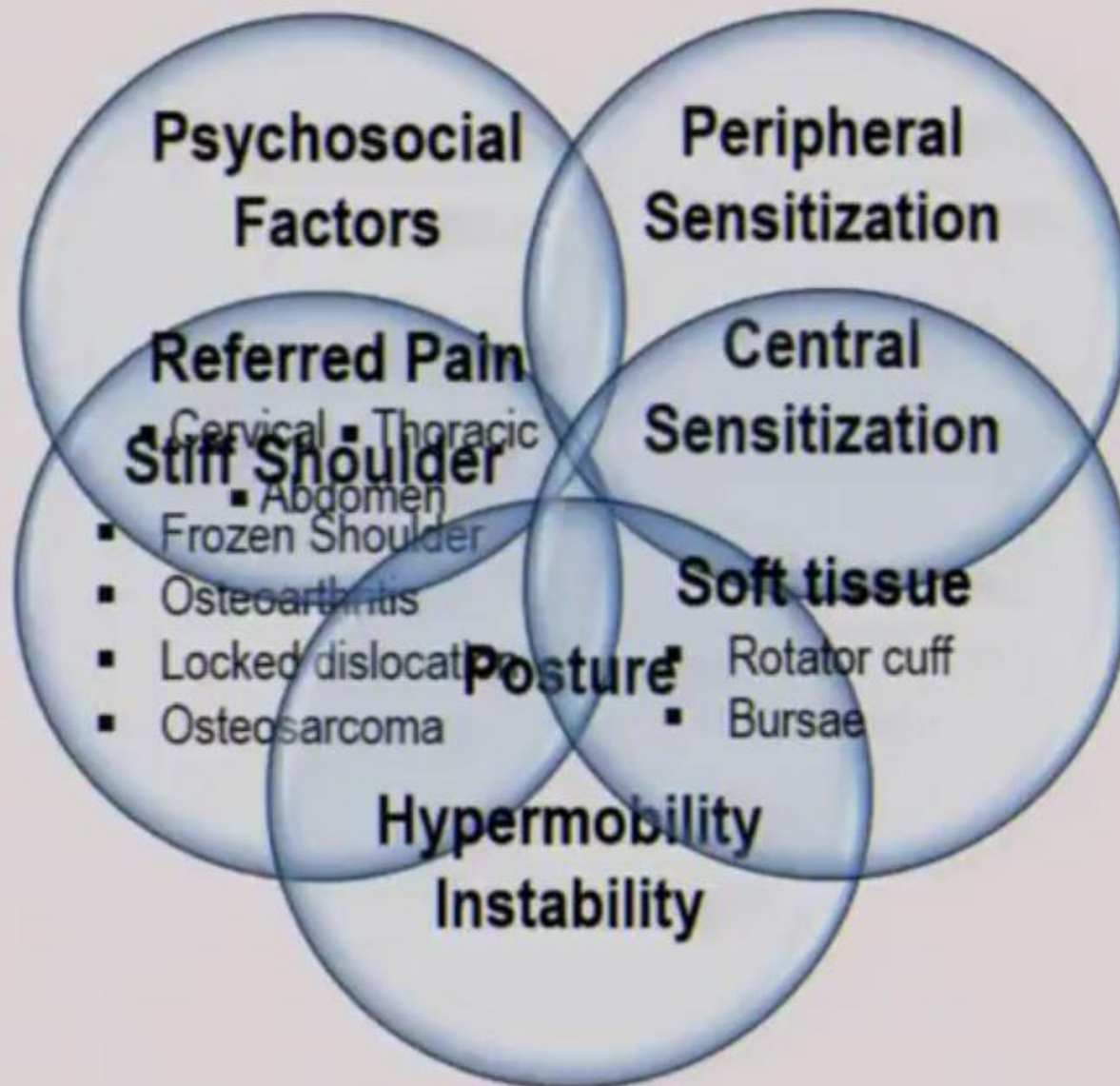
## Hypermobility Instability

## Soft tissue

- Rotator cuff
- Bursae



# Bronnen / oorzaken voor (aanhoudende) SP: IN DE PRAKTIJK ELKAAR NIET UITSLUITEND.





# Physical Therapy: Best Practice for Shoulder Pain patients

Best Practice

=

Daily Practice

≠

External Evidence

# Epidemiologie ??

- 30% van de Nederlanders > 25 jaar jaarprevalentie= 30%
- Dat zijn 10.000.000 mensen
- 3.000.000 Nederlanders hadden vorig jaar een episode met SP

# Epidemiologie ??

- 30% van de Nederlanders > 25 jaar jaarprevalentie= 30%
- Dat zijn 10.000.000 mensen
- 3.000.000 Nederlanders hadden vorig jaar een episode met SP
- Jaarlijkse incidentie HA praktisch 35 per 1000 pat.
- 10.000 HA met een praktisch 2000 patiënten (dus: 70 nieuwe SP patiënten): 70.000 pat.
- 40% consulteert HA: 175.000 SP patiënten.
- 50% slechts 1 keer !!

dewerkers en 41% studenten van twee Nederlandse universiteiten rapporteerden nek- en/of schouderklachten [Bruls 2016].

### *Conclusie*

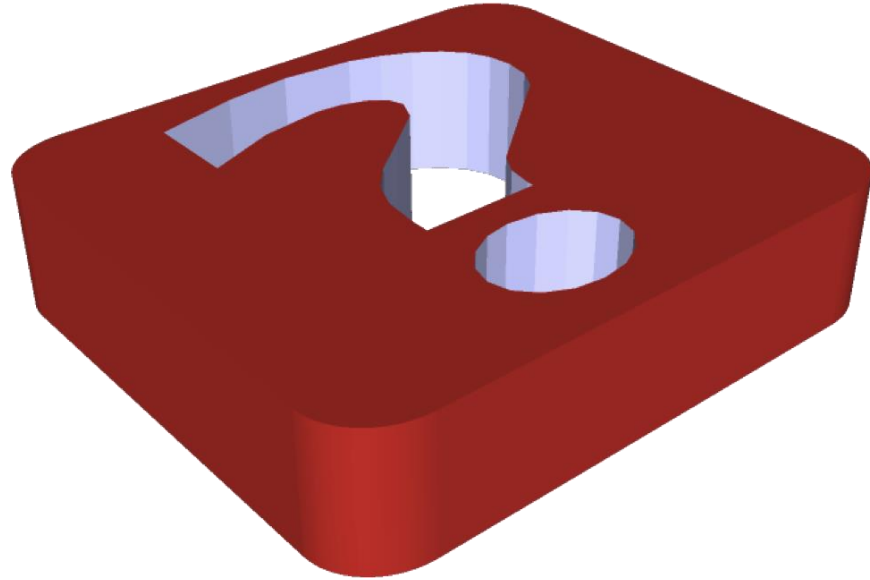
Schouderklachten zijn een frequent voorkomende aandoening van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk.

### **3 Beloop**

Het beloop van schouderklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk is onderzocht in 6 prospectieve cohort



*What's your*  
**PROBLEM**



**Soms kun je een probleem het beste oplossen door er geen probleem meer van te maken.**

**OM  
DENKEN**

*Uit ons boek Huh?! - de techniek van het omdenken*

### 3. Verschillen HA / FT.



- Percentage 'werk' besteed aan het handelen rond SP patiënten:
  - 3,1% van het aantal HA consulten
  - 20 >> 30% van het aantal FT consulten
- Diagnostiek.
- Interventies.



Video ??

NHG diagnostiek



# RICHTLIJNEN BELEID SUBACROMIAAL PIJNSYNDROOM EN GLENOHUMERALE KLACHTEN

De behandeling is voor subacromiaal pijnsyndroom en glenohumerale klachten hetzelfde, tenzij anders aangegeven.



Shoulder Pain Relief and Causes!



How To Fix Shoulder Pain- (The Best Exercises To Strengthen Your Injured Shoulder)



Shoulder Pain Relief Exercises at Home for Women (FAST FIX!)



How Can Breathing Relieve Shoulder Pain?



Swimmer Strength Tech Tip:  
Shoulder Pain



Taping guide for Shoulder Pain -  
Rotator Cuff Strain



Shoulder Pain & Surgery

Why & How "Hanging" STOPS  
Shoulder Pain & Surgery

## TENS/EMS Unit for Shoulder Pain



How to Use a TENS / EMS Unit for  
Shoulder Pain Relief - Ask Doctor Jo



### When Shoulder Pain Leads to Surgery



### Shoulder Pain Relief the RIGHT WAY! (Do This Instead)



### Shoulder Pain



### Best Shoulder Pain Relief Exercises | Rotator Cuff Tendinopathy

# 4. Oefentherapie



- Belangrijkste FT interventie:  
*het gaat vrijwel altijd om (met minder pijn)  
beter actief te kunnen functioneren.*

**Niet-medicamenteuze behandeling**

*Oefentherapie*

Bespreek de mogelijkheid van verwijzing voor oefentherapie bij patiënten met schouderklachten en (dreigend) disfunctioneren.<sup>20,21,22</sup>

# Effectiviteit oefentherapie



- Veel toegepast .....
- Positieve pers / uitstraling .....
- Bewegen / actief zijn, is van groot belang .....
- Dan zal er toch ook wel evidentie zijn voor de gunstige effecten van oefentherapie bij patiënten met RCR-SP .....





**Cochrane  
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Manual therapy and exercise for rotator cuff disease (Review)

Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, Mrocki MA, Buchbinder R

Review

# Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials

M N Haik,<sup>1</sup> F Albuquerque-Sendín,<sup>2,3</sup> R F C Moreira,<sup>4</sup> E D Pires,<sup>1</sup> P R Camargo<sup>1</sup>

# Two SR's in 2016 over oefentherapie bij RCR-SP

- Melina Haik et al, BJSM, 2016
- Haik MN, Albuquerque-Sendín F, Moreira RFC, Pires ED, Camargo PR. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials. Br J Sports Med. september 2016;50(18):1124–34.
- Exercise vs no therapy /placebo:  
5 RCT's:
  - Ludewig et al (2003)
  - Lombardi et al (2008)
  - Brox et al (1999)
  - Brox et al (1993)
  - Kachingwe et al (2008)
- Conclusie: **High evidence that ExT realises pain relief; moderate evidence that ExT increases ROM**
- Matthew Page et al, Cochrane, 2016
- Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, e.a. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease. Cochrane Database Syst Rev. 10 juni 2016;(6):CD012224.
- Exercise vs no therapy /placebo:  
4 RCT's:
  - Ludewig et al (2003)
  - Lombardi et al (2008)
  - Brox et al (1993)
  - Kachingwe et al (2008)
- Conclusie: **Very low evidence in favour of ExT to improve pain and function; clinical relevancy is questionable**

# Effectiviteit oefentherapie vergeleken met .....

## 4.9.1 Oefentherapie versus placebo of geen interventie (subacromiale klachten)

### Resultaat zoekactie

Deze zoekactie leverde 11 SRs op waarin oefentherapie werden vergeleken met placebo of geen interventie {Page, 2016; Haik, 2016; Abdulla, 2015; Marinko, 2011; Littlewood, 2012; Gebremariam, 2014; Gebremariam, 2011; Pedowitz, 201; Kromer, 2009; Dorrestijn, 2009; Coghlan, 2008}.

De meest recente literatuursearch is uitgevoerd door Haik (search tot april 2015). We hebben echter niet voor deze systematische review gekozen omdat zij de GRADE methodiek niet correct hebben toegepast en onduidelijk is hoe ze de effectmaten hebben berekend. Het systematisch literatuuronderzoek van Page (een Cochrane review) vormt de basis voor beantwoording van de uitgangsvraag. In dit systematisch literatuuroverzicht is een search uitgevoerd tot maart 2015. Zie tabel 5 voor de selectiecriteria van Page 2016. Daarnaast is een RCT meegenomen die een specifieke vorm van oefentherapie vergeleek met placebo oefentherapie [Hallgren 2014, Holmgren 2012].

## Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van het bewijs was laag. Er werd afgewaardeerd vanwege het risico op vertekening (in één van de RCT's was de randomisatieprocedure twijfelachtig), indirect bewijs en onnauwkeurigheid van de resultaten (brede betrouwbaarheidsintervallen, kleine aantallen patiënten). Voor het GRADE evidenceprofiel zie [tabel 16].

- **Schouderfunctie:** Oefentherapie lijkt de schouderfunctie bij patiënten met subacromiale schouderpijn enigszins te verbeteren op de korte termijn. Op de langere termijn (1 jaar) lijkt er geen verschil meer te zijn vergeleken met placebo of geen interventie. (kwaliteit van bewijs laag)
  - **Brox 1993:** de schouderfunctie (op de 'Neer clinical testing of function', een 30 puntenschaal, hoger = beter) was bij baseline 21 punten voor de placebo groep en 24 punten voor de oefentherapie groep. Na 3 maanden was er geen verbetering opgetreden bij beide groepen. Na 6 maanden was er nog steeds geen verbetering van schouderfunctie in de oefentherapiegroep (25 punten) maar was de schouderfunctie in de placebogroep verslechterd (15 punten). [Brox 1993]
  - **Lombardi 2008:** Functie (gemeten met de DASH, score 0 (beste score) tot 100 (slechtste score) was bij baseline vergelijkbaar tussen de groepen. Na 2 maanden was de schouderfunctie in de wachtlijstgroep niet verbeterd maar in de oefentherapiegroep wel, dit verschil is significant maar niet klinisch relevant (MD 9,4,  $p < 0,013$ ;  $n = 60$ ; minimaal klinisch relevant verschil = 15 punten). [Lombardi 2008]
  - **Holmgren 2012/ Hallgren, 2014:** Functie (gemeten met de Constant-Murley Score, een gecombineerde score voor schouderfunctie- en pijn, 0-100 punten, hoger = beter) bij baseline vergelijkbaar tussen de groepen. Na 3 maanden was de schouderfunctie in beide groepen verbeterd. Het verschil was 15 punten in het voordeel van de oefentherapiegroep. Dit verschil is klinisch relevant (MD = 15; 95% BI 8,5 tot 20,6; MCID = 15 punten,  $n = 97$ ). Na 1 jaar was er geen verschil meer tussen de groepen (MD 2; 95% BI niet te berekenen). [Hallgren 2014, Holmgren 2012]

## Conclusie

- Oefentherapie lijkt de schouderfunctie bij patienten met subacromiale schouderpijn enigszins te verbeteren op de korte termijn. Op de langere termijn (1 jaar) lijkt er geen verschil meer te zijn vergeleken met placebo of geen interventie.
- Mogelijk vermindert oefentherapie op de korte termijn enigszins de schouderpijn. Op de langere termijn (1 jaar) lijkt er geen verschil meer te zijn vergeleken met placebo of geen interventie.

## **CONSULTATIE EN VERWIJZING**

Lokale omstandigheden en persoonlijke ervaring van huisarts en patiënt zullen richting geven aan het verwijsbeleid.

**Verwijzing voor oefentherapie (door fysiotherapeut of oefentherapeut cesar/mensendieck)**

Overleg met de patiënt de mogelijkheid van verwijzing voor oefentherapie bij (dreigend) disfunctioneren.

# 5. Manuele therapie



- Tekst 2008:  
*‘Bij verwijzing kan de huisarts kiezen voor oefentherapie of voor manuele therapie’.*
- Wat is er sinds 2008 gepubliceerd?
- Dient in de update 2019 die mogelijke voorkeur voor manuele therapie gehandhaafd te blijven?

# Effectiviteit Manuele Therapie (SR's)



- Haik MN, Albuquerque-Sendín F, Moreira RFC, Pires ED, Camargo PR. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* september 2016;50(18):1124–34.
- Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, e.a. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 10 juni 2016;(6):CD012224.
- Shire AR, Stæhr TAB, Overby JB, Bastholm Dahl M, Sandell Jacobsen J, Høyrup Christiansen D. Specific or general exercise strategy for subacromial impingement syndrome-does it matter? A systematic literature review and meta analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 17 april 2017;18(1):158.
- Desjardins-Charbonneau A, Roy J-S, Dionne CE, Frémont P, MacDermid JC, Desmeules F. The efficacy of manual therapy for rotator cuff tendinopathy: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* mei 2015;45(5):330–50.
- Peek AL, Miller C, Heneghan NR. Thoracic manual therapy in the management of non-specific shoulder pain: a systematic review. *J Man Manip Ther.* september 2015;23(4):176–87.

Wat is manuele therapie ?

Wat is de relatie met 'gewone' FT ?

Wat is de relatie met oefentherapie ?

- Ook FT passen mobilisaties toe
- Ook FT werken 'hands – on'
- HVT's en SM's zijn MT in engere zin
- MT kennen ook 'MT in brede zin'



# Conclusie Melina Haik et al (2016) over manuele therapie

- Mobilisations associated with exercises versus exercises only: Five studies compared mobilisations in the shoulder girdle, cervical and thoracic spine associated with exercises to exercises only in a follow-up of 3 – 8 weeks. High evidence was identified for mobilisation associated with exercises when compared with exercises only **to decrease pain** after 6-10 sessions. Moderate evidence was found towards **no additional benefit of adding mobilisations to exercises only to improve function** in the short term.

---

## [ RESEARCH REPORT ]

---

**PAUL E. MINTKEN**, DPT, OCS, FAAOMPT<sup>1,2</sup> • **AMY W. MCDEVITT**, DPT, OCS, FAAOMPT<sup>1,3</sup> • **LORI A. MICHENER**, PT, ATC, PhD, SCS, FAPTA<sup>4</sup>  
**ROBERT E. BOYLES**, PT, DSc, OCS, FAAOMPT<sup>5</sup> • **AMBER R. BEARDSLEE**, DPT<sup>6</sup> • **SCOTT A. BURNS**, DPT, OCS, FAAOMPT<sup>7,8</sup>  
**MATTHEW D. HABERL**, DPT, ATC, OCS, FAAOMPT<sup>9</sup> • **LAUREN A. HINRICHS**, DPT, OCS<sup>10</sup> • **JOSHUA A. CLELAND**, PT, PhD<sup>11</sup>

# Examination of the Validity of a Clinical Prediction Rule to Identify Patients With Shoulder Pain Likely to Benefit From Cervicothoracic Manipulation

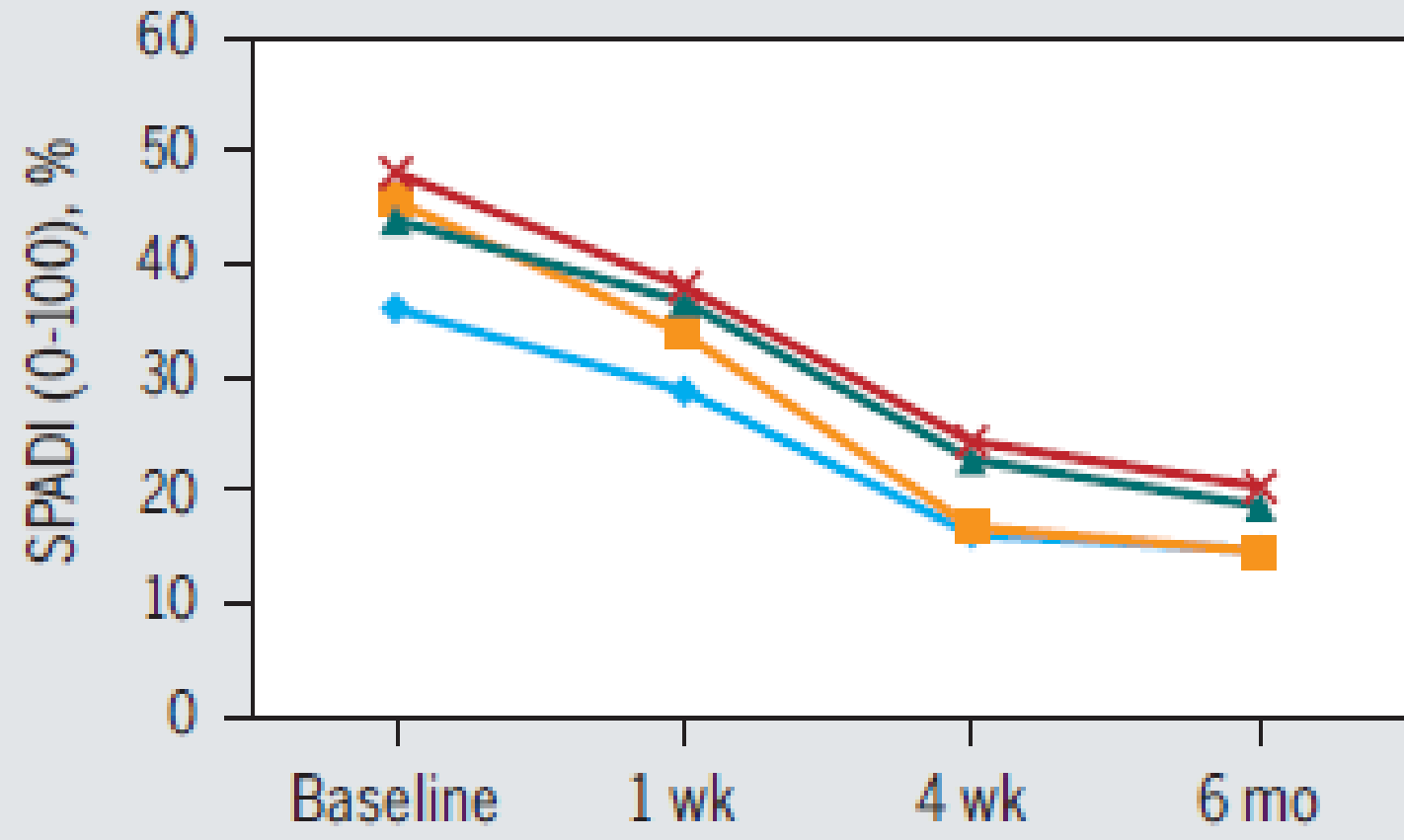


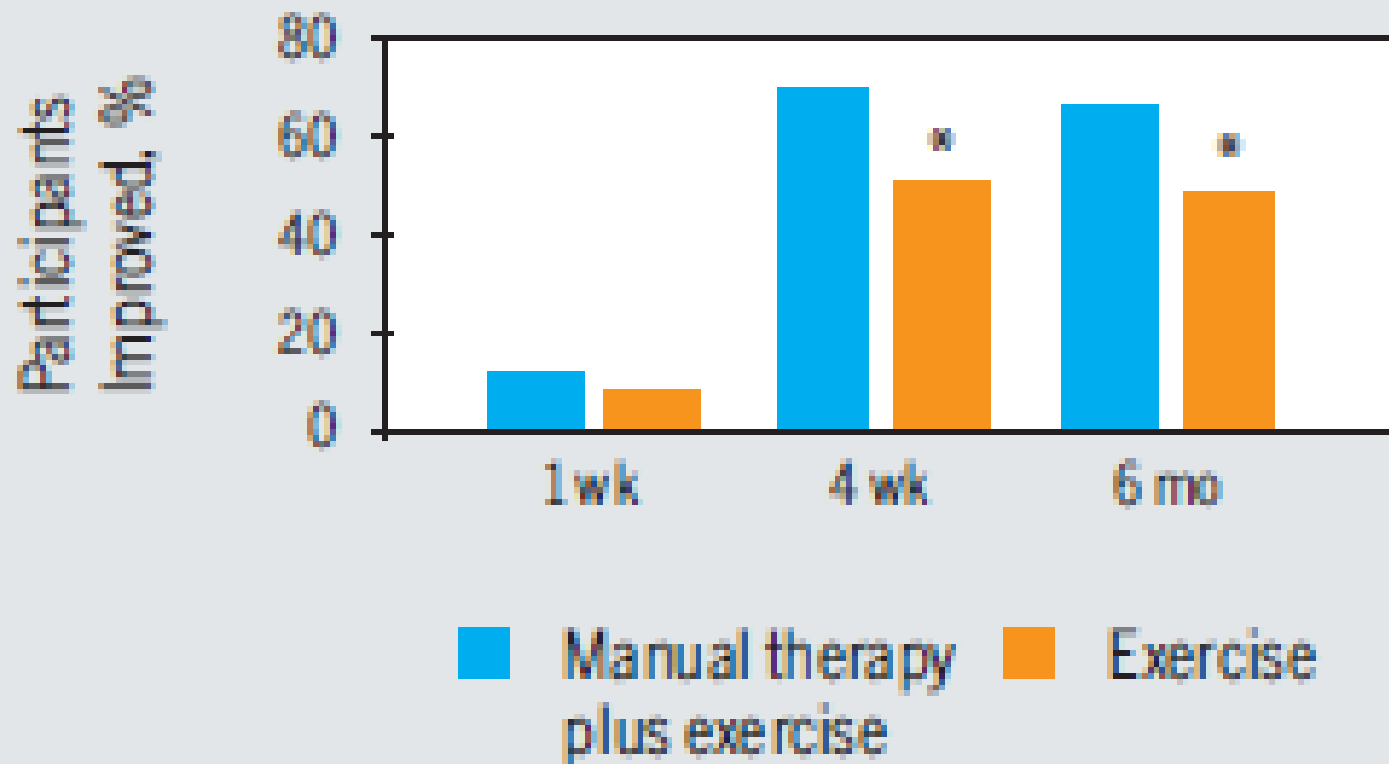
Exercise program both groups !!



# MT in RCT Mintken et al (2017)







**FIGURE 2.** Global rating of change success (+5 or greater) by group and time. \*Statistically significant

Werkgroep is van mening dat de expliciete verwijzing voor manuele therapie iez (= spinale manipulatie) niet wordt gehandhaafd.

### **BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN**

- De indeling in 3 typen schouderklachten is aangepast om aan te sluiten bij de door orthopeden, fysio- en oefentherapeuten gebruikte terminologie [zie driedeling bij kernboodschappen].
- De plaats van echografie van de schouder is verduidelijkt: overweeg echografie bij patiënten met subacromiaal pijnsyndroom, waarbij na 3 maanden nog klachten bestaan, ondanks conservatieve behandeling [analgetica, oefentherapie, corticosteroïdinjectie].
- Manuele therapie voor schouderklachten wordt niet meer geadviseerd.

Werkgroep is van mening dat de expliciete verwijzing voor manuele therapie iez (= spinale manipulatie) niet wordt gehandhaafd.

## NHG-STANDAARD

Mo8 [Versie 4.1](#) oktober 2019

# Schouderklachten

NHG-werkgroep: Damen GJ, Koel G, Kuijpers T, Ottenheijm RP, Schellingerhout JM, Van den Donk M, Winters JC, Wittenberg J

## Belangrijkste wijzigingen

- De indeling in 3 typen schouderklachten is aangepast om aan te sluiten bij de door orthopeden, fysio- en oefentherapeuten gebruikte terminologie (zie driedeling bij kernboodschappen).
- De plaats van echografie van de schouder is verduidelijkt: overweeg echografie bij patiënten met subacromiaal pijnsyndroom, waarbij na 3 maanden nog klachten bestaan, ondanks conservatieve behandeling (analgetica, oefentherapie, corticosteroïdinjectie).



## Geen verwijzing

Verwijs niet voor dry needling, acupunctuur, kinesiotaping, spinale manipulaties of fysiotechnische applicaties. De werkzaamheid hiervan bij schouderklachten is onvoldoende aangetoond. Daarnaast zijn er zeldzame maar ernstige risico's aan verbonden (bijvoorbeeld pneumothorax bij acupunctuur en dry needling of schade aan ruggenwervel en/of ruggenmerg bij spinale manipulaties).

## Zie ook: Detail nr. 20 Geen verwijzing

VOORPUBLICATIE FYSIOPRAXIS MAART 2020

Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut bij  
patiënten met schouderklachten

*NHG-Standaard Schouderklachten herzien*

Auteurs: Gerard Koel en Femke Driehuis



## Beleid huisarts bij schouderklachten

Bij SAPS en Glenohumerale gewrichtsklachten wordt de huisarts geadviseerd stapsgewijs te handelen: starten met voorlichting en advies en zo nodig pijnmedicatie voorschrijven. Indien klachten onvoldoende verminderen, wat bij veel patiënten het geval is, en er sprake is van (dreigend) disfunctioneren, wordt verwijzing voor oefentherapie geadviseerd.

Van additionele behandelinterventies zoals spinale manipulatie, dry needling, kinesiotape en fysiotechnische applicaties is de werkzaamheid onvoldoende aangetoond en wordt door de huisarts niet gericht voor verwezen. Fysiotherapeuten kunnen op basis van hun professioneel klinisch redeneren deze interventies, naast oefentherapie als kerninterventie, wel overwegen en bespreken met de patiënt. |

Willen we echt 80-85%  
van de SP patiënten op  
goede wijze behandelen in  
de eerste lijn?



Elkaar vertrouwen is een belangrijke voorwaarde .....

## ORGANISATIE VAN DE ZORG

### Lokale of regionale afspraken

Bij patiënten met chronische schouderklachten is het belangrijk dat de zorg tussen de verschillende behandelaren wordt afgestemd om te voorkomen dat verschillende behandelingen naast elkaar plaatsvinden of patiënten langdurig uitvallen uit het arbeidsproces. Punten waarover huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten cesar/mensendieck en orthopeden afspraken kunnen maken zijn: diagnostiek en behandeling, werkhervatting, samenwerking en communicatie (bijvoorbeeld over wanneer verwijzen en terugverwijzen, onderlinge informatie-uitwisseling en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten). Gezien de variatie in ervaring met echografie en daarmee de kwaliteit is het aan te bevelen om regionaal afspraken te maken over wie het best de echografie van de schouder kan verrichten.

### Kaderhuisarts, 1,5e-lijns spreekuur en fysiotherapeutische schouder-netwerken

In verschillende regio's bestaat er de mogelijkheid om een kaderhuisarts bewegings-apparaat te consulteren voor (advies over) diagnostiek en behandeling of te verwijzen naar een 1,5<sup>e</sup>-lijns spreekuur met een medisch specialist (bijvoorbeeld sportarts of orthopeed), om patiënten met aanhoudende klachten te bespreken. Ook zijn er fysiotherapeuten die zich hebben aangesloten bij een van de regionale fysiotherapeutische schoudernetwerken (verenigd in Schoudernetwerken Nederland).

# Wat kan de HA van een SNT therapeut verwachten?

- Een FT die gespecialiseerd is in het behandelen van SP patiënten.
- Een FT die (al jaren) voldoet aan SNN criteria voor continuering van scholing.
- Een FT die de mogelijkheden en onmogelijkheden van FT zorg bij SP kan aangeven.
- Een FT die de inhoud van de NHG standaard kent.
- Een FT die in de context van SP patiënten op een 'master' niveau functioneert.

SP patients need a multimodal analysis of their health problem and very often also a multimodal treatment plan.

And indeed...., often they need a shoulder-specialized PT.





## ORGANISATIE VAN DE ZORG

### Lokale of regionale afspraken

Bij patiënten met chronische schouderklachten is het belangrijk dat de zorg tussen de verschillende behandelaren wordt afgestemd om te voorkomen dat verschillende behandelingen naast elkaar plaatsvinden of patiënten langdurig uitvallen uit het arbeidsproces. Punten waarover huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten cesar/mensendieck en orthopeden afspraken kunnen maken zijn: diagnostiek en behandeling, werkhervatting, samenwerking en communicatie [bijvoorbeeld over wanneer verwijzen en terugverwijzen, onderlinge informatie-uitwisseling en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten]. Gezien de variatie in ervaring met echografie en daarmee de kwaliteit is het aan te bevelen om regionaal afspraken te maken over wie het best de echografie van de schouder kan verrichten.

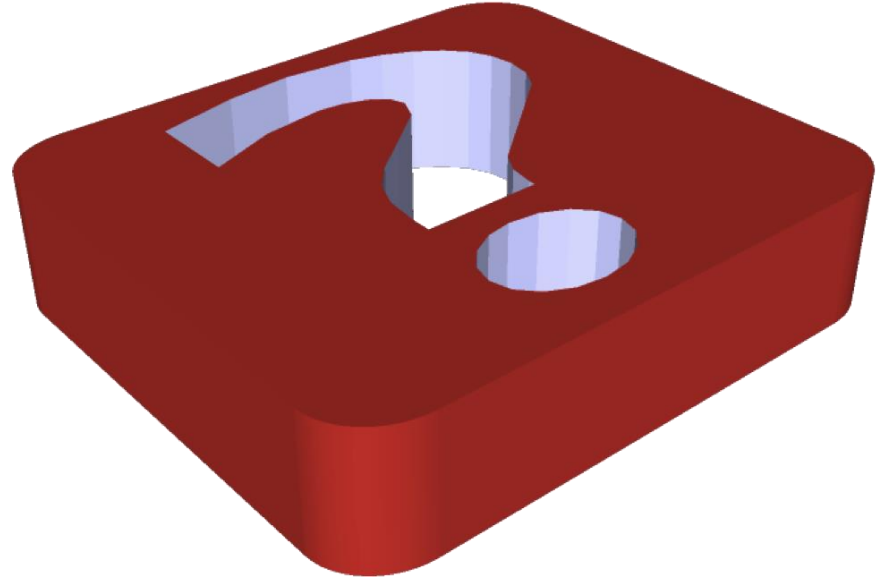
### Kaderhuisarts, 1,5e-lijns spreekuur en fysiotherapeutische schouder-netwerken

In verschillende regio's bestaat er de mogelijkheid om een kaderhuisarts bewegings-apparaat te consulteren voor [advies over] diagnostiek en behandeling of te verwijzen naar een 1,5<sup>e</sup>-lijns spreekuur met een medisch specialist [bijvoorbeeld sportarts of orthopeed], om patiënten met aanhoudende klachten te bespreken. Ook zijn er fysiotherapeuten die zich hebben aangesloten bij een van de regionale fysiotherapeutische schoudernetwerken [verenigd in Schoudernetwerken Nederland].





*What's your*  
**PROBLEM**



# Afronding, 1<sup>e</sup> lijn



- NHG standaard: beleid bij de meest belangrijke SP syndromen vanuit biomedisch perspectief.
- Optie: NHG standaard faciliteert betere samenwerking in de 1<sup>e</sup> lijn.
- Oefentherapie is de FT kern-interventie.
- SNT'ers kennen standaard & + attitude.
- Kans: Verbetering verwijspatroon van SP patiënten in 1<sup>e</sup> en tussen 1<sup>e</sup> / 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup> lijn.