



STATUS SKULDER:

2022

Skuldersmerter 2022: Hvor er vi nå?

Som kliniker møter man pasienter med mange forskjellige problemstillinger i løpet av en vanlig arbeidsdag. Å være oppdatert på alle deler av fagfeltet er umulig, og som en arbeidsmaur på gulvet, er det ofte velkomment med en oversikt over hva som er status på ett enkelt felt. Dette er en slik artikkel.



AV JØRGEN JEVNE
KIROPRAKTOR OG
FYSIOTERAPEUT

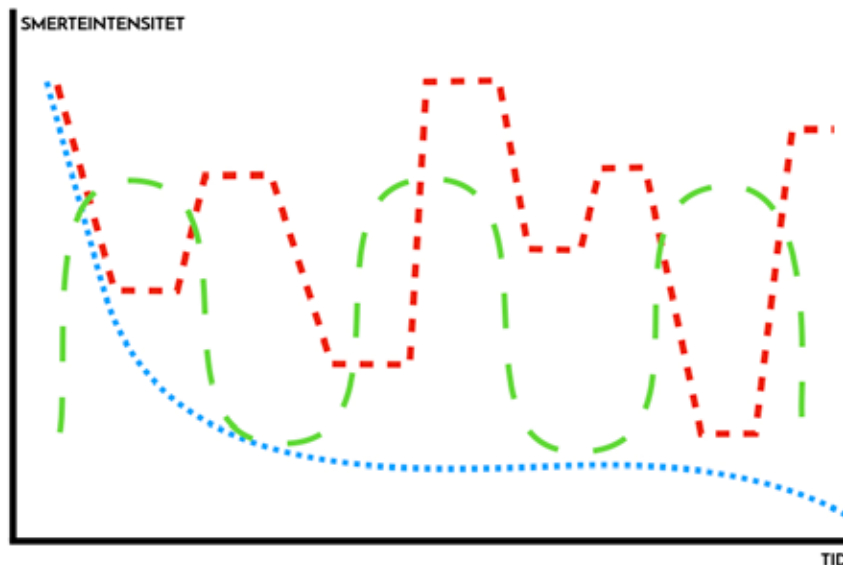
Skuldersmerter er den tredje hyppigste muskelskjelettplagen etter korsryggsplager og nakkesmerter.

De fleste vil oppleve en form for skuldersmerter i løpet av livet, og til en hver tid vil opp til 1/4 av befolkningen rapportere ubehag og/eller smerter fra skulderen. Håndteringen av skulderplager skjer primært i førstelinjen, og skulderen er kjent som et vanskelig område å diagnostisere og håndtere. Tradisjonelt

har man brukt en myriade av mer eller mindre spesifikke diagnoser for å beskrive de ulike presentasjonene av skuldersmerter, men dette representerer samtidig et «spesifisitetparadoks». På det området hvor man har mest forskning (korsryggssmerter), har man godtatt at majoriteten av pasientene presenterer med

ikke-spesifikke problemstillinger (>90% av pasienter med korsryggsplager har ikke en medisinsk forklarlig diagnose). I skulderen, hvor man har vesentlig mindre forskning, har man derimot forsøkt å kategorisere pasientene super-spesifikt med overlappende diagnoser, nomenklatur og forståelse. Dette bidrar antageligvis ytterligere til forvirring og manglende forståelse, som igjen medfører betydelig heterogenitet i behandlingen og oppfølgingen av pasienter med skuldersmerter. I korsryggsforskningen er den rådende modellen en diagnostisk triagering av pasienter i grove diagnostiske bokser (1). Det er derfor overraskende, og ikke minst forvirrende, at vi på skulderområdet omgir oss selv med et kaos av diagnoser og benevnelser som vanskelig lar seg skille fra hverandre, og som ikke guider eller optimaliserer behandlingen av plagen.

Det som også tegner seg tydeligere, om dog mest dokumentert innenfor korsryggs- og nakkeforskning, er at pasienter følger svært fluktuerende forløp gjennom en gitt tidsperiode. Følges pasienter opp over tid (gjærne >12 måneder), ser man at man kan dele pasienter inn i grove kategorier av prognostiske modeller. Noen har høy smerte som raskt går tilbake, andre har sporadiske smertetopper avløst av kortere eller lengre perioder av lite smerter, andre rapporterer jevnt over høy smerteintensitet gjennom perioden med få perioder av smertelette, mens andre igjen rapporterer et jevnt ubehag over tid, med lite smertetopper. Dette gjør at man ved et «øyeblikksfotografi» av pasientens symptomer kan få et feilaktig bilde av hvordan smertene har vært og hvordan de utvikler seg over tid. Med andre ord er det viktig at klinikerer er sitt ansvar bevisst når det kommer til formidlingen av denne kunnskapen, og så godt det lar seg gjøre finner ut hva slags forløp pasienten sannsynligvis vil få. Dette skifter altså fokuset i behandlingen, fra en uttalt målsetting om å bevege seg fra mye til ingen smerte, og fra dårlig til fullgod funksjon, til heller å vurdere dette som et fluktuerende forløp hvor vår rolle er å lære pasienten å håndtere dette best mulig.



Forskning viser at de fleste pasienter følger et predefinert forløp som vil variere i intensitet

Det publiseres en enorm mengde forskning hver eneste dag, og det er utopi å være oppdatert på alt som foregår til en hver tid. Som kliniker er man derfor avhengig av å destillere forskningen ned til anvendelig kunnskap som man kan benytte i møtet med pasienten. Denne gjennomgangen vil ta et fugleperspektiv på skulderforskningen og forsøke å oppsummere hvor vi står i 2022. Den aktuelle artikkelen er i stor grad basert på en lignende fra 2021 med tittelen: «Shoulder pain – where are we now» (2).

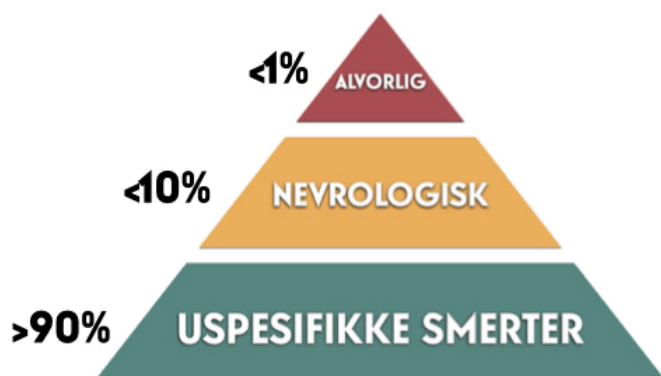
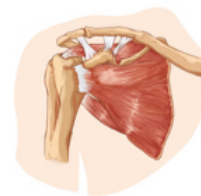
Epidemiologi og risikofaktorer for skuldersmerter

Estimert årlig insidens av skuldersmerter er rapportert mellom 0.9 og 2.5% (3, 4). Punkt prevalensen på et vilkårlig tidspunkt varierer mellom 18 og 26%, med økende prevalens proporsjonalt med alder (5, 6). En lang rekke fysiske, psykiske og sosiale faktorer har blitt beskrevet i litteraturen som betydningsfulle for prognosen hos pasienter med skuldersmerter. Dette inkluderer sosiodemografiske (økende alder, kvinnelig kjønn), medisinske (overvekt, røyking, diabetes mellitus, slag), psykologiske (angst, depresjon, utbrenthet, somatisering) og yrkesmessige (tungt fysisk arbeid, statiske posisjoner, arbeid med skuldrene over hodet, repetitive oppgaver, dårlig arbeidsmiljø). Felles for alle faktorene er at de ser

først ut til å bli viktige når de fungerer i synergi og ikke som enkeltstående faktorer. Med andre ord desto flere risikofaktorer man utsettes for, desto dårligere er prognosen. Klinisk bør det være en tankevekker at Chester sine store kohortestudier fra England (7, 8) viser at psykososiale faktorer er av vesentlig større betydning for pasientens utfall enn de fysiske. De faktorene som viste seg å være tydeligst assosiert med et godt utfall hos pasienter i Chester sin kohorte var: (1) pasientens forventning (2) lite hvilesmerter (3) ingen tidligere kirurgi og (4) unilaterale skuldersmerter. Selv om vi kan jobbe med en del av disse faktorene, er også flere av faktorene ikke-modifiserbare, som understreker hvorfor det er viktig å finne ut hvem pasienten med skuldersmerter er, i større grad enn å vurdere skulderen isolert.

Diagnostikk og differensialdiagnostikk

Skulderleddet har gjennom historien vært ansett som en kompleks og vanskelig del av muskelskjelettfaget. Men det begynner også å tegne seg et bilde av at vi har gjort leddet unødvendig komplisert når det kommer til overordnet forståelse og diagnostikk av plager i denne regionen. Mange har tatt til orde for å simplificere hvordan vi ser på skuldersmerter i moderne tid. Spesielt de siste årene har det kommet



	Bicepstendinitt	
GIRD	Bursitt	Rotatorcuff tendinopati
		Instabilitet
Adhessiv kapsulitt		Impingement
	Kalsifisert tendinopati	
Labrum		Rotatorcuff tendinopati
		AC-ledd

Korsryggsplager forstås enkelt ut i fra en diagnostisk modell. Hvorfor skal skulderen være så kompleks?

flere artikler som peker på at mange pasienter har lignende psykososial profil, uavhengig av hvor smerten sitter. Man har med andre ord en del fellestrekk i sykehistorien til pasienter med muskelskjelettsmerter, uavhengig av om vi snakker om kne-, skulder- eller korsryggssmerter (9, 10). Klinikerne anbefales derfor å bruke god tid på å bli kjent med personen med skuldersmertene, og stille konkrete spørsmål for å kartlegge psykososiale problemstillinger som kan være barrierer i rehabiliteringen. Risikoprofilering gjennom spørreskjemaer, for eksempel STarT Back MSK eller Örebro Screening Questionnaire, er også anbefalt. På tross av at majoriteten av pasienter presenterer seg med en uspesifikk tilstand, betyr ikke det at det ikke finnes spesifikke smerter i skulder. For å sette dette i riktig kontekst, behøver derfor klinikere grove diagnostiske kategorier innenfor skuldersmerter, som fortsatt tillater stor grad av individualisering og klinisk resonnering omkring den enkelte pasient og vår håndtering av dennes plager. Nylig har man i Norge fått en nasjonal retningslinje for håndtering av atraumatiske skuldersmerter i primærhelsetjenesten (11). Videre ble det i 2019 publisert en konsensrapport fra England som samsvarer med anbefalingene i den

norske retningslinjen (12). Sammen med best-practice artikler fra USA (3), England (13) og fra anerkjente klinikere (14-18), ser man tydelige fellestrekk og kan komme med noen klare anbefalinger.

På samme måte som i diagnostisk triagering av ryggpasienten, så vil formålet med å kategorisere skulderpasienten være å utelukke alvorlige og/eller ikke-skulderrelaterte problemstillinger, samt kategorisere – om mulig – de spesifikke årsakene først. Alvorlige årsaker til skuldersmerter er, på samme måte som hos ryggpasienter, svært sjeldent. Det kan allikevel forekomme og er glimrende illustrert i en case-report fra Tidsskriftet for Den Norske Legeforening (19). Det kan også være verdt å merke seg at hos pasienter med spondylatrofi rapporter majoriteten ledsagende symptomer i skuldre og hofter, og en case-report beskriver hvordan en pasient med underliggende spondylatrofi behandles som en frossen skulder og dermed bidrar til diagnoseforsinkelse (20). Nakkerelaterte skuldersmerter kan defineres som en type skuldersmerte som egentlig stammer fra et nakkeproblem. Her rådes leseren til å lese artikkelen «Nakkerelaterte skuldersmerter» i en tidligere utgave av dette bladet

(Fysioterapi i Privat praksis nr. 3 (2020)). Disse to hovedkategoriene; alvorlige årsaker og nakkerelaterte skuldersmerter, kan anses som toppen av pyramiden i trekanten vår.

I midtre del av trekanten tar man for seg de spesifikke skulderkategoriene. Her kan man overordnet vurdere om det foreligger leddpåvirkning enten i form av AC-leddsplager eller stiv skulder. Stive skuldre kan defineres som en smertefull skulder med lik begrensning i aktiv og passivt bevegelsesutslag. De vanligste her er frossen skulder (21, 22) og artrose (23). Man kan også få en klinisk stiv skulder etter en akutt kalkbrist, som er sjeldnere. En annen spesifikk skulderlidelse er skulderinstabilitet. Instabilitet er som oftest et resultat av traume, og klinikere har nok historisk sett overdiagnostisert atraumatisk skulderinstabilitet i fysioterapi praksis. I henhold til litteraturen er majoriteten (>90%) av skulderinstabilitetspasienter traumatisk betinget (24-26), og litteraturen peker på at mange har diagnostisert atraumatisk instabilitet hos pasienter som i realiteten har en uspesifikk skuldersmerte. Cuffrupturer er også betraktet som en spesifikk skuldersmerte, selv om det også her er stor grad av usikkerhet i forhold til rupturtype og

sammenhengen mellom rupturer og symptomer. Cuffrupturer er et stort og omfattende område vi har belyst i flere artikler tidligere i dette bladet – spesielt vil jeg anbefale leseren artikkelen «Beslutningstaking: cuffruptur» i dette bladet (nr. 2 (2018)).

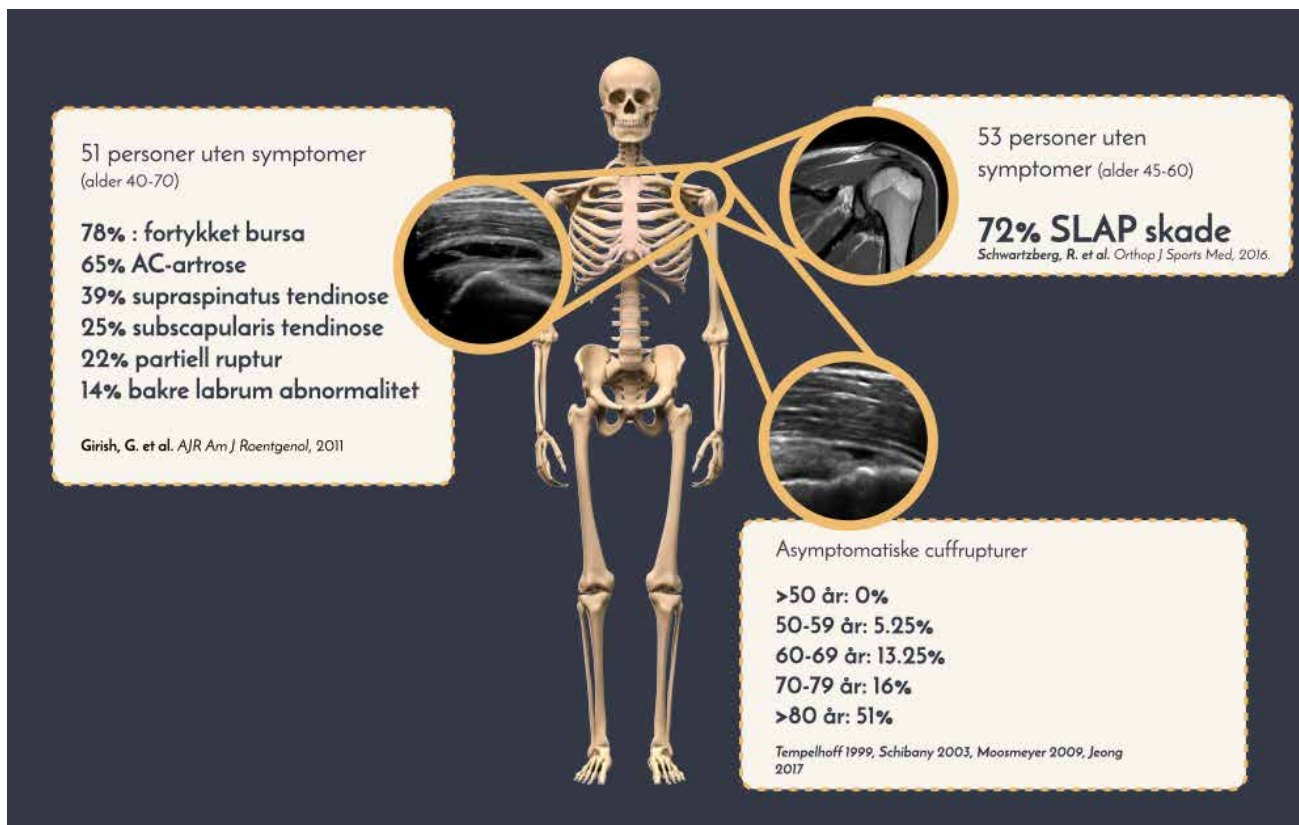
Fundamentet i trekanten består av en rekke smertetilstander i skulderen som har relativt like kliniske karakteristika, og felles er at de er følsomme for belastning: smertene er altså belastningsrelaterte. Historisk sett har vi ikke hatt for vane å omtale skuldersmerter som uspesifikke, men heller skapt en myriade av mer eller mindre (u)spesifikke diagnoser som overlapper hverandre i nomenklatur og beskrivelser og som har vist seg notorisk vanskelig å skille fra hverandre. Man kan se for seg at uspesifikke smerter egentlig vil være et paraplybegrep for tilstander som inneklemming, bursitt, kalsifisert tendinopati, biceps tendinopati, cuffdegenerasjon, cufftendinopati og partiell cuff ruptur. Denne paraplyen har i praksis vært brukt i en årrekke, men man har kalt det subakromielt smertesyndrom (13).

Men subakromielt smertesyndrom er i realiteten ikke særlig forskjellig fra 'uspesifikke korsryggssmerter', og på samme måte er 'patellofemoralt smertesyndrom' også et uttrykk for uspesifikke smerter rundt kneet. I skulderen kan vi overordnet si at pasienten får vondt når de bruker skulderen – altså en belastningsrelatert skuldersmerter. Viktig her er at passiv leddbevegelse er bevart, at skulderen ikke fremstår stiv, instabil eller at man har mistanke om alvorlige eller spesifikke årsaker til smerten. Følgelig vil skulderundersøkelsen i stor grad ligne på ryggundersøkelsen. Man resonnerer rundt 'det verste først' og gjør en sannsynlighetsberegning i forhold til funnene i sykehistorie og klinisk undersøkelse, hvor man plasserer pasienten i trekanten.

Bilddiagnostikk og skuldersmerter

Bilddiagnostikkens inntog i muskelskjelettfeltet skulle for mange representere svaret på mange av spørsmålene man hadde. Når man endelig kunne «se under huden», ville man ikke lenger være i tvil om hva det var som feilet pasienten.

Når man nå hadde denne «fasiten», ville man enkelt kunne argumentere for at en strukturert sykehistorie, objektiv undersøkelse og påfølgende resonnering var overflødig, da man uansett ville kunne få det endelige patoanatomiske svaret på et røntgenbilde, via en ultralydskanning, eller gjennom et MR-bilde. Bilddiagnostikken har også i mange tilfeller vært brukt som en «gullstandard», hvor resultatene fra bilddiagnostikken har blitt brukt for å evaluere hvor god en klinisk test er (les «Hva er en god test» i nr. 1 (2020) i dette bladet). Men dette er en diskutabel gullstandard, da det finnes en myriade av studier som påpeker den dårlige korrelasjonen mellom bildefunn og kliniske symptomer (27-30) og variabiliteten i tolkningen av bildefunn fra person til person (31, 32). Det tegner seg derfor et tydeligere bilde av at bilddiagnostikken aldri vil kunne forklare hele symptombildet for alle pasienter. Betydningen av bilddiagnostikk er i mange tilfeller åpenbar, spesielt ved akutte skader. Hurtig og effektiv diagnostikk er naturligvis nødvendig ved for eksempel mis-



På samme måte som i korsrygg og nakke, vil det finnes en myriade av «funn» i skuldrene hos personer uten smerter

tanke om traumatisk skulderinstabilitet eller akutt cuffruptur. Bruken av ultralyd for å diagnostisere kalsifisert tendinopati i rotatorcuffen, kan i mange tilfeller forandre behandlingsveien og således representere effektiv pasientbehandling. Men i langvarige, komplekse og uspesifikke tilstander, er bildediagnostikkens rolle svært usikker.

Skuldersmerter, komorbiditet og hjernen

Dagens forståelse av muskelskjelett-plager er i større grad enn tidligere farget av personen med plagen, og ikke plagen i seg selv. Følgelig må klinikerne også omfavne hele personen, inkludert personens komorbiditet og øvrige smertebilde. Det har vært normalt å utarbeide skulderstudier som ekskluderer pasienter med betydelig komorbiditet. Dette gjør at mye av litteraturen ikke nødvendigvis er relevante for klinikerne, som i mange tilfeller har en pasientbase med skulderpasienter som absolutt ikke har isolerte plager, hvor i stedet skulderen representerer én av mange plager og/eller komorbiditeter. Dette er spesielt relevant da pasienter med flere simultane

smerteområder typisk har både dårligere prognose og rapporterer dårligere respons (effekt) av forskjellige typer behandling. Ikke overraskende, vil økende grad av kompleks smertehistorikk, utbredelse av symptomer, smerteintensitet og øvrig komorbiditet (eksempelvis diabetes, stoffskifteproblematikk, irritabelt tarmsyndrom, fibromyalgi, ME/CFS), typisk også medføre dårligere utfall og forløp. Langvarige plager vil i de fleste tilfeller medføre endringer i sentral smerteprosesering, som sannsynligvis påvirkes av en rekke andre faktorer herunder forventninger/misoppfatninger, somatisering, søvn, arbeidsforhold, samliv, økonomi og en lang rekke andre faktorer. Disse faktorene vil veves sammen i et intrikat system som gjør at individet med smerten vil representere et unikt klinisk bilde, som på tross av overlappende symptomer med andre pasienter, vil behøve vidt forskjellig tilnærming, både i forhold til interagering med klinikerne og i forhold til forskjellige behandlingsveier.

Behandlingen av skuldersmerter
En myriade av forskjellige behand-

lingsalternativer er beskrevet for pasienter med skuldersmerter. De siste 15 årene har man gradvist blitt eksponert for kirurgiens manglende behandlingseffekt på mange av de tradisjonelle lidelsene. Dette gjelder også på skulderområdet (33), men da i hovedsak ved snakk om subakromielle smerter – eller «inneklemming» som det også blir kalt i mange av studiene. I en tidligere utgave av bladet har vi diskutert behandlingsveier for subakromielle plager («Behandlingsvalg ved skuldersmerter», nr. 2 (2020)). Her var treningsterapi og manuellterapi (i kombinasjon med treningsterapi) de eneste tiltakene som fikk «sterk anbefaling» (34). Treningsterapi seiler derfor frem som det soleklare førstevalget i håndteringen av subakromielle plager. Men selv om man kommer med en ‘sterk anbefaling’ rundt treningsterapi for subakromielle skuldersmerter, vet fortsatt klinikerne lite til ingenting om hva denne tilnærmingen bør inneholde. Klinikerne som står med pasienten foran seg er fortsatt avhengig av en god dose klinisk resonnering rundt valget av øvelser, antall repetisjoner og sett, frekvens, intensitet og



Forfatteren foreslår at en lignende diagnostisk modell som kjent fra korsryggsplager brukes også hos pasienter med skulderplager



Subakromielle plager er et paraplybegrep som dekker over en mengde forskjellige kategorier innenfor skulderplager.

restitusjon. Det bør også være et tankekors at studiene inkluderer en myriade av forskjellige treningsprotokoller som peker i samme retning; treningsterapi er effektivt for håndtering av skulderplagene. Dette må bety at det ikke finnes ett enkeltstående effektivt treningsprogram som omfavner alle pasienter med subakromielle plager, og man kan i stedet bruke evidensen som et mulighetsrom for å skape gode relasjoner til pasienten og iverksette treningsprotokoller som er tilpasset den enkelte og dennes hverdag.

Den prominente skulderforskeren Chris Littlewood har drøftet forskernes 'sterke anbefaling' rundt treningsterapi kombinert med manuellterapi. I studien har de konkludert med sin sterke anbefaling basert på studiene med høy eller moderat evidensstyrke. På tross av dette finner man svært beskjedne

effektstørrelser, og enkelte systematiske gjennomganger er ikke en gang disse oppgitt, når man leser fulltekstartiklene. Dette, kombinert med at konfidensintervallene er brede, indikerer en stor grad av usikkerhet rundt denne anbefalingen. Den 'sterke anbefalingen' rundt manuellterapi i kombinasjon med trening fremstår derfor feilaktig, basert på den nåværende litteraturen. Det er viktig at leseren forstår at evidensstyrken og 'styrken bak anbefalingen' ikke forteller noe om hvor effektivt tiltaket er. Det forklarer kun at tiltaket har effekt. Det er derfor også forskernes ansvar å tydeliggjøre at en sterk anbefaling av treningsterapi for subakromielle plager er basert på at man har god evidens for å si at treningsterapi fungerer.

Litteraturen peker i en tydelig retning: majoriteten av skulderpasienter skal ikke opereres. Majoriteten

av skulderpasienter har nemlig en uspesifikk smertetilstand som bør og skal betraktes i en biopsykososial ramme, hvor forskningen tydeliggjør at hovedvekten av pasientens prognose, forløp og endelige utfall hviler i de psykososiale domenenene. Følgelig blir rollen til klinikerens også å bevege seg fra å «fikse plagene», til å hjelpe pasienten å håndtere plagene best mulig. Gjennom en triagering vil man allikevel kunne få pasienter som bør tilbys annen behandling grunnet en spesifikk diagnose.

En nakkerelatert skulderplage (øverst i trekanten) som isolert entitet er uvanlig, men veldig mange pasienter har nakkeplager i synergi med en primærplage i skulderen. For mange av disse vil manuellterapi være et godt alternativ for å gi smertelindring og/eller muliggjøre aktive tiltak. En stiv skulder kan



	Artroskopisk Bankartoperasjon	Ikke-operativ behandling
Antallet reluksasjoner	29 av 299 (9.7%)	182 av 270 (67,5%)
Antallet pasienter som senere krever kirurgi	11 av 185 (5.9%)	84 av 180 (46.7%)
Antallet pasienter som returnerer til idrett	142 av 153 (92.8%)	126 av 156 (80.8%)

Tabellen viser reluksasjonsraten hos pasienter med førstegangsluksasjon i skulder

være enten glenohumeral artrose, skulderkapsulitt eller kalkbrist, alle med vidt forskjellige behandlingsveier. En GH-artrose bør håndteres på linje med underekstremitetsartrose, hvor rådgivning, ergonomi og farmakologisk smertelindring står sentralt. Opprettholdelse av bevegelse og funksjon er klinikerens fremste oppgave. Protesekirurgi i skulder er sjelden indikert, og håndteringen av en skulderartrose er ofte en oppgave pasienten får ut livet. De fleste av disse pasientene er eldre med komorbiditet, og massive cuffrupturer er ikke uvanlig. Dette gjør at rehabiliteringen av disse pasientene kan være svært krevende, og bør foregå i en god tverrfaglig setting. Skulderkapsulitt har hos >90% god prognose innenfor 1-2 år, og er en selvlimiterende tilstand. Mange pasienter vil ha betydelig utbytte av kortisoninjeksjon(er) i den tidligere smertefasen, men dette har ingen effekt på prognose eller utfall. Aktiv treningsterapi har som hovedmål å opprettholde funksjon ved å unngå for mye atrofi og unødvendig funksjonstap (35). En kalkbrist kan forekomme spontant eller ved traume. Mange pasienter vet ikke at de har kalsifisert rotatorcufftendinopati før kalken brister. Hos noen vil bristen skape en massiv bursareaksjon som gir så sterke smerter at de mistolkes som en akutt skulderkapsulitt. Disse kan oftest skilles ved at en kapsulitt blir progressivt dårligere over en lengre periode, mens en akutt kalkbrist oftest forekommer i løpet av svært kort tid. Her vil ultralyd være et godt verktøy til diagnosestilling. Ved en massiv bursareaksjon kan en ultralydveiledet kortisoninjeksjon

medføre betydelig bedring på kort tid og er et veldig godt behandlingsvalg for denne pasientgruppen.

AC-leddsplager må betraktes som en spesifikk skuldersmerter. Allikevel har AC-leddsplager mange likheter med subakromielle smerter, spesielt når det gjelder håndtering. De aller fleste, spesielt traumatiske AC-leddsplager, går over av seg selv og behøver minimal oppfølging og behandling. Noen pasienter vil oppleve at AC-leddet blir instabilt, uavhengig av skadegraden. Klinikeren bør være obs på disse pasientene og anbefales å lese artikkelen «Veien tilbake etter traumatisk AC-skade», nr 5 (2021) i dette bladet. Hos noen, spesielt eldre pasienter, kan AC-leddsartrose være smertefull og funksjonsnedsettende. Her kan ulike typer injeksjoner vurderes, dersom modifisering av trening/belastning og ergonomi ikke fører frem. Hos enkelte kan operasjon med clavicularreseksjon være et godt alternativ.

Måten vi vurderer skulderinstabilitet på har sett en vesentlig endring i tilnærming de senere årene. Etter at det ble kjent at en stor andel av traumatiske skulderlaksasjoner relukserer innenfor to år, har mange forfattere tatt til orde for at disse bør vurderes som alvorlige, ortopediske hendelser allerede etter førstegangslaksasjonen (36-39). Tabellen viser at sannsynligheten for reluksasjon etter førstegangslaksasjon er 7 ganger høyere i gruppen som ikke blir operert, sammenlignet med de som gjør kirurgi allerede etter første laksasjon. Leseren anbefales for øvrig å lese «Traumatisk skulderluk-

sasjon: operasjon eller ikke?» i nr. 5 (2020) i dette bladet.

Juryen er fortsatt ute på behandlingen av cuffrupturer. Rupturer i rotatorcuffen må allikevel betraktes som en spesifikk skulderlidelse i midtre del av trekanten. Det må nevnes at det fortsatt er stor usikkerhet rundt hvilke rupturer som er mest relevante, sammenhengen mellom rupturer og symptomer, prognose etter cuffruptur og hvordan rupturer bør behandles best mulig. For en oversikt over dette komplekse temaet, anbefales leseren å lese «Beslutningstaking: cuffruptur» i dette bladet (nr. 2 (2018)).

Konklusjon

Det er ikke vanskelig å argumentere for at vår nåværende tilnærming til skuldersmerter er begrenset i sin suksess. Dette er et vanlig, kostbart problem som øker i omfang og er spesielt økende med alder. Ettersom befolkningen også øker i alder, vil skuldersmerter føre til ytterligere funksjonsnedsettelse og smerter hos pasienter. I de aller fleste tilfellene behøver skulderpasienter en enklere, pasientsentrert og individualisert tilnærming som vektlegger demedikalisering, selvhjelpsstrategier og håndtering i et (bio)psykososialt perspektiv. Disse strategiene er allment akseptert som «beste praksis» innenfor andre, langvarige og uspesifikke muskelskjelettilstander (som for eksempel nakke og koryggssmerter). Det er ingen grunn til at skulderleddet skal håndteres på noen annen måte.

Se referanser/kilder side 32.