

Eerste online-bijeenkomst 2025 van het
Schouder Netwerk Twente

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



1 juli 2025, Saxion Hogeschool Enschede

AGENDA 01-07-2025

- Vanaf 17:45 uur: Inloggen
- 19:00 - 19:30 uur: Opening met mededelingen bestuur (Paul)
Discussie over functioneren SNT
- 19:30 - 20:00 uur: Vakinhoudelijke discussie (Gerard)
Risico op SP bij werpers (2024)
- 20:00 - 20:30 uur: Intro & uitvoeren Menti-vragen (Finn)
- Vanaf 20:30 uur: Afronding, vragen
september: congres, live: di 9 december



**SHOULDER & ELBOW THERAPY
CONGRESS “JOINT GOALS”
SEPT. 18 & 19, 2025
DE DOELEN, ROTTERDAM**

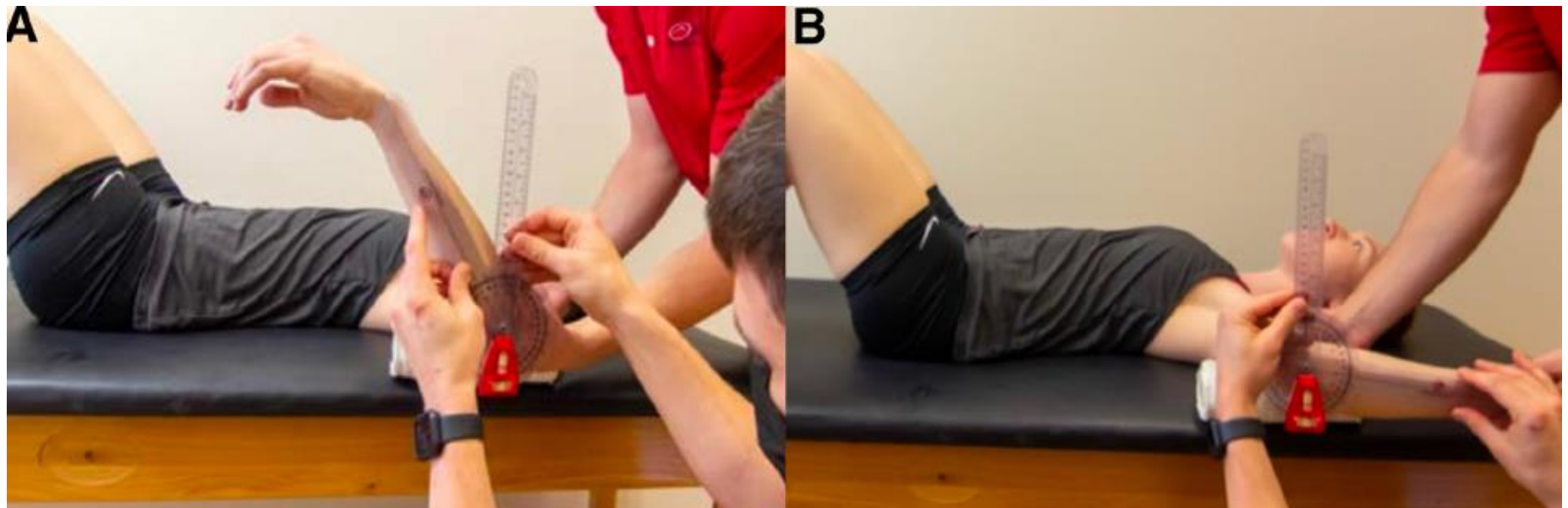


Bovenhandse sporters & SP;
zijn er prognostische factoren;
relevantie voor niet-sportende
SP-patiënten?

- Inhoudelijk deel SNT-bijeenkomst 01-07
- Met HWO als voorbereiding.
- door: Gerard Koel, SNT commissie VI

Risk Factors and Injury Prevention in the Throwing Athlete

Daniel Kline, P.T., D.P.T., S.C.S., Sarah Kate Fischer, P.T., D.P.T., S.C.S.,
Garrett S. Bullock, P.T., D.P.T., D.Phil., Michael J. Kissenberth, M.D.,
Ellen Shanley, P.T., Ph.D., O.C.S., and Charles A. Thigpen, P.T., A.T.C., Ph.D.



Uitdaging artikel (Narratieve review)

- Schouderblessures bij bovenhandse sporters komen veel voor.
- Er zijn veel bovenhandse sporters (werpers, volleybal, tennis, basketbal, zwemmen, rugby etc.)
- Er zijn interne risicofactoren: aanleg, bouw, eerdere blessures, vermoeidheid, ROM, kracht.
- Er zijn externe risicofactoren: intensiteit training, trauma bij sporten, duur/ intensiteit sporten.
- Worden samengevoegd in een DAG (volgende dia)
- Wat zijn de FT-beïnvloedbare risicofactoren!(!?)

DAG: Directed Acyclic Graph

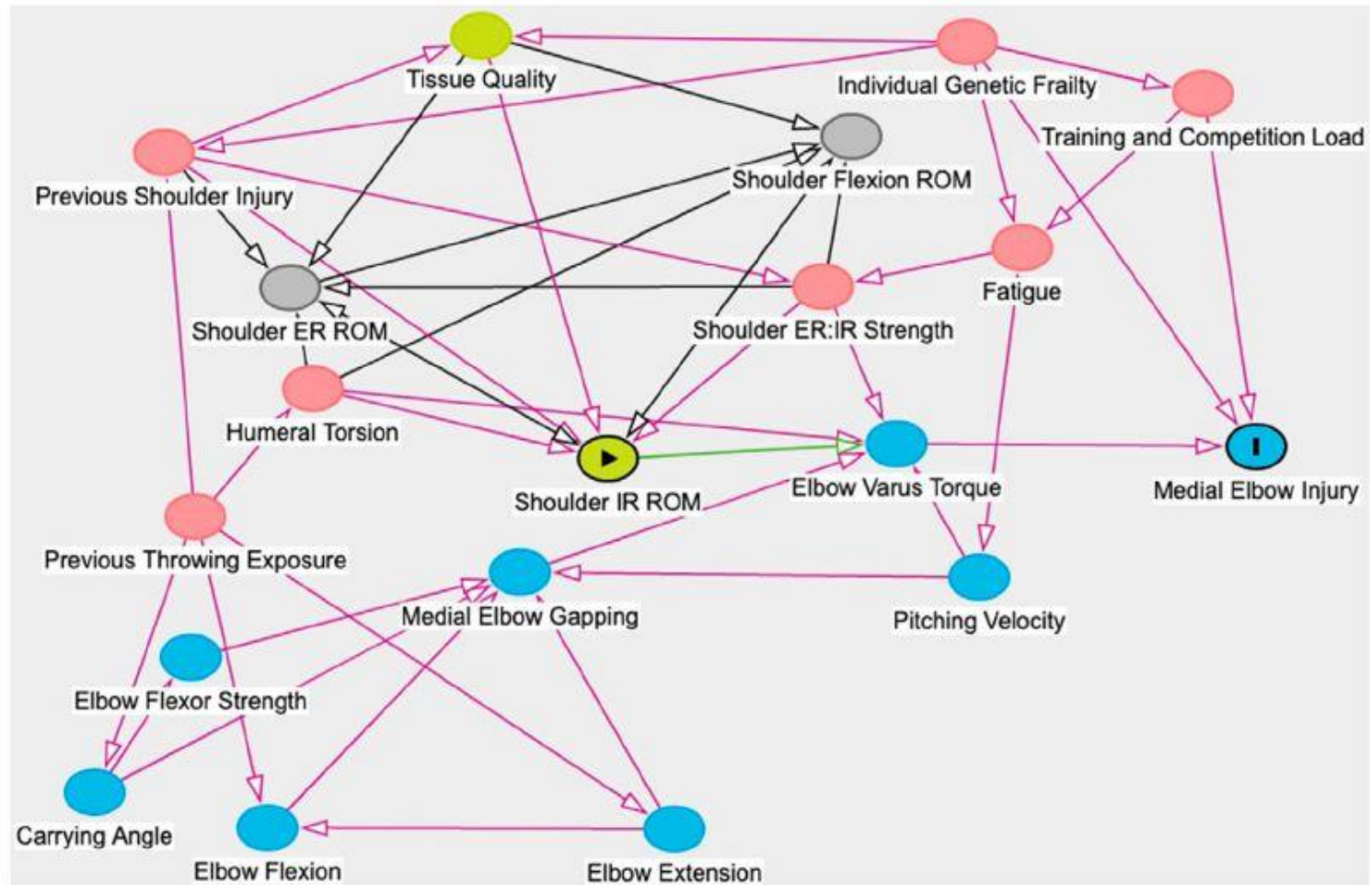


Fig. 1. Directed acyclic graph of medial elbow injury. Reproduced from Bullock et al. "Shoulder Range of Motion Measurements and Baseball Elbow Injuries: Ambiguity in Scientific Models, Approach, and Execution is Hurting Overhead Athlete Health" *Arthrosc Sports Med Rehabil* 2023;5:e297–e304

FT-beïnvloedbare risicofactoren

fiable, while others are not. Modifiable factors include ROM, strength, and workload, while nonmodifiable factors include components, such as genetics, tissue quality, and bony morphology. While the non-modifiable risk factors are important when considering an athlete's injury risk, this article will focus on modifiable risk factors of upper extremity injury and discuss strategies to reduce injury.²³

FT-beïnvloedbare risicofactoren

- ROM, TARC, external and internal rotation.
Ook: Humeral torsion, maximale anteflexie.
- Kracht, relatie ER: IR
- Analyse van blessures in het verleden;
zowel schouder als elders.
- Kinetische keten
- Uitmondend in een 'shoulder injury reduction'
programma;
deels toepasbaar voor andere SP-patiënten?

Conclusions

Reducing the risk of upper extremity injury in the throwing athlete is a difficult process due to the multiple factors at play. These risk factors are extensively intertwined with both causative and correlative effects between them.²³ Familiarity with ROM, strength expectations, and normative values can help to identify deficits requiring interventions. Following appropriate guidelines set by Major League Baseball's Pitch Smart Program can assist athletes, parents, and coaches to manage and modify throwing load. Understanding injury history and its effects on the kinetic chain can guide proper interventions to offset faulty mechanics. Combining awareness of all these risk factors with appropriate education and interventions can help providers reduce the risk of upper extremity injury in throwing athletes.

Alle 100 artikelen zijn aanklikbaar, top!

- [paoli-surveys-archive/, 2020. Accessed December 12, 2024.](#)
3. Meron AM, Saint-Phard DM. Track and field throwing sports: Injuries and prevention. *Curr Sports Med Rep* 2017;16:391-396.
 4. Radel LC, Kobelski GP, O'Brien MJ, Meehan WP 3rd, Sugimoto D. Youth American football quarterback injuries: A descriptive study of 15 years of retrospective data. *Phys Sportsmed* 2020;48:463-468.
 5. Shanley E, Rauh MJ, Michener LA, Ellenbecker TS, Garrison JC, Thigpen CA. Shoulder range of motion measures as risk factors for shoulder and elbow injuries in high school softball and baseball players. *Am J Sports Med* 2011;39:1997-2006.
 6. Conte S, Camp CL, Dines JS. Injury trends in Major League Baseball over 18 seasons: 1998–2015. *Am J Orthop* 2016;45:116-123.
 7. Camp CL, Dines JS, van der List JP, et al. Summative report on time out of play for major and minor league baseball: An analysis of 49,955 injuries from 2011 through 2016. *Am J Sports Med* 2018;46:1727-1732.
 8. Wasserman EB, Sauers EL, Register-Mihalik JK, et al. The first decade of Web-based sports injury surveillance: descriptive epidemiology of injuries in US high school boys' baseball (2005–2006 through 2013–2014) and National Collegiate Athletic Association Men's Baseball (2004–2005 Through 2013–2014). *J Athl Train* 2019;54:198-211.
 9. Saper MG, Pierpoint LA, Liu W, Comstock RD, Polousky JD, Andrews JR. Epidemiology of shoulder and elbow injuries among United States high school baseball players: School years 2005–2006 through 2014–2015. *Am J Sports Med* 2018;46:37-43.
 10. Laudner K, Sipes R. The incidence of shoulder injury among collegiate overhead athletes. *J Intercol Sports* 2009;2:260-268.
 11. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of elbow injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1733-1739.
 12. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of shoulder injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1740-1747.
 13. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of elbow injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1733-1739.
 14. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of shoulder injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1740-1747.
 15. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of elbow injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1733-1739.
 16. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of shoulder injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1740-1747.
 17. Pytiak AV, Kraeutler MJ, Currie DW, McCarty EC, Comstock RD. An epidemiological comparison of elbow injuries among United States high school baseball and softball players, 2005–2006 through 2013–2014. *Am J Sports Med* 2018;46:1733-1739.
 18. Shanley E, Kissenberth MJ, Thigpen CA, et al. Preseason shoulder range of motion screening as a predictor of injury among youth and adolescent baseball pitchers. *J Shoulder Elbow Surg* 2015;24:1005-1013.
 19. Bullock GS, Nicholson KF, Waterman BR, et al. Health conditions, substance use, physical activity, and quality of life in current and former baseball players. *Orthop J Sports Med* 2021;9:23259671211056645.
 20. Sauers EL, Dykstra DL, Bay RC, Bliven KCH, Synder AR. Upper extremity injury history, current pain rating, and health-related quality of life in female softball pitchers. *J Sports Rehabil* 2011;20:100-114.
 21. Shanley E, Rauh MJ, Michener L, Ellenbecker T. Incidence of injuries in high school softball and baseball players. *J Athl Train* 2011;46:648-654.
 22. Dick RW, Sauers EL, Agel J, et al. Descriptive epidemiology of collegiate men's baseball injuries: National Collegiate Athletic Association Injury Surveillance System, 1988–1989 through 2003–2004. *J Athl Train* 2007;42:183-193.
 23. Bullock GS, Thigpen CA, Martin CL, et al. Shoulder range of motion measurements and baseball elbow injuries: Ambiguity in scientific models, approach, and execution is hurting overhead athlete health. *Arthrosc Sports Med Rehabil* 2023;5:e297-e304.
 24. Wilk KE, Macrina LC, Fleisig GS, et al. Correlation of glenohumeral internal rotation deficit and total rotational motion to shoulder injuries in professional baseball pitchers. *Am J Sports Med* 2011;39:329-335.
 25. Wilk KE, Macrina LC, Fleisig GS, et al. Deficits in glenohumeral passive range of motion increase risk of shoulder injury in professional baseball pitchers: A prospective study. *Am J Sports Med* 2015;43:2379-2385.
 26. Reinold MM, Wilk KE, Macrina LC, et al. Changes in shoulder and elbow passive range of motion after pitching in professional baseball players. *Am J Sports Med* 2008;36:523-527.
 27. Reinold MM, Wilk KE, Macrina LC, et al. Changes in shoulder and elbow passive range of motion after pitching in professional baseball players. *Am J Sports Med* 2008;36:523-527.

Vraag 1. Geef kort aan wat de 'normale' TROM is en welk aandeel de interne & externe rotatie hebben in die range:

	Exorotatie	Endorotatie	TROM
90° abductie 90° flexie elleboog dominante zijde			
90° abductie 90° flexie elleboog niet-dominante zijde			
90° anteflexie 90° flexie elleboog dominante zijde			

Vraag 1. Geef kort aan wat de 'normale' TROM is en welk aandeel de interne & externe rotatie hebben in die range:

	Exorotatie	Endorotatie	TROM
90° abductie 90° flexie elleboog dominante zijde	110	70	180
90° abductie 90° flexie elleboog niet-dominante zijde	100	80	180 (182)
90° anteflexie 90° flexie elleboog dominante zijde	120	40	160

Vraag 2. Je onderzoekt een bovenhandse sporter en stelt vast dat de passieve ROM in de exorotatie aan de dominante zijde 3° groter is dan aan de niet-dominante zijde.

Wat is je inschatting en heeft dat consequenties voor je aanpak.

- Wat is het normale verschil in pROM exorotatie tussen dominante & niet-dominante zijde?
- Wat is het verschil bij een bovenhandse sporter?



The Shoulder at Risk: Scapular Dyskinesis and Altered Glenohumeral Rotation

William Benjamin Kibler MD, Aaron Sciascia MS, ATC, PES  

Fourth, recent studies have shown that GER can also be dynamically altered in response to throwing.^{76,82} GER is a key factor in optimal cocking. Data suggest that if the dominant arm shows less than 5° greater GER than the nondominant arm, then there is increased risk of injury.⁷⁶ Also, early findings

 Restricted access | Research article | First published online August 13, 2015

Deficits in Glenohumeral Passive Range of Motion Increase Risk of Shoulder Injury in Professional Baseball I Prospective Study

[Kevin E. Wilk, PT, DPT, FAPTA](#) , [Leonard C. Macrina, MSPT, SCS, CSCS](#), [...], and [James R. Andrews, MD](#)  [View all authors and affiliations](#)

[Volume 43, Issue 10](#) | <https://doi.org/10.1177/0363546515594380>

Results:

Highly significant side-to-side differences were noted within subjects for each range of motion measurement. There were 75 shoulder injuries and 20 surgeries recorded among 51 pitchers, resulting in 5570 total days on the disabled list. Glenohumeral internal rotation deficit, total rotation deficit, and flexion deficit were not significantly related to shoulder injury or surgery. **Pitchers with insufficient external rotation (<5° greater external rotation in the throwing shoulder) were 2.2 times more likely to be placed on the disabled list for a shoulder injury ($P = .014$; 95% CI, 1.2-4.1) and were 4.0 times more likely to require shoulder surgery ($P = .009$; 95% CI, 1.5-12.6).**



OPEN ACCESS

Preseason shoulder range of motion screening and in-season risk of shoulder and elbow injuries in overhead athletes: systematic review and meta-analysis

Federico Pozzi ,^{1,2} Hillary A Plummer ,³ Ellen Shanley,⁴ Charles A Thigpen ,⁴ Chase Bauer,⁵ Melissa L Wilson ,⁶ Lori A Michener²

What are the new findings

- ▶ Professional baseball pitchers whose external rotation ROM in the throwing arm is not at least 5° greater than the non-throwing arm were twice as likely to sustain in-season shoulder or elbow injuries
- ▶ Limited evidence: swimmers with external rotation of less than 93° or greater than 100° may be at higher risk of shoulder injuries than swimmers whose ROM is between those limits.
- ▶ Limited evidence: ROM screening may not be effective to identify handball, softball, volleyball and tennis players at risk of shoulder and elbow injuries.

Vraag 3. Welke 3 tests gebruik je om vast te stellen of sprake is van een verkorting van de dorsale GH-kapselband apparaat? Wanneer vind je die verschillen klinisch relevant?

- Metingen in 90° abductie; 90° anteflexie; beide in ruglig en horizontale adductie, liefst in zijlig.
- Gaat om de balans TROM, GIRD en GERG.

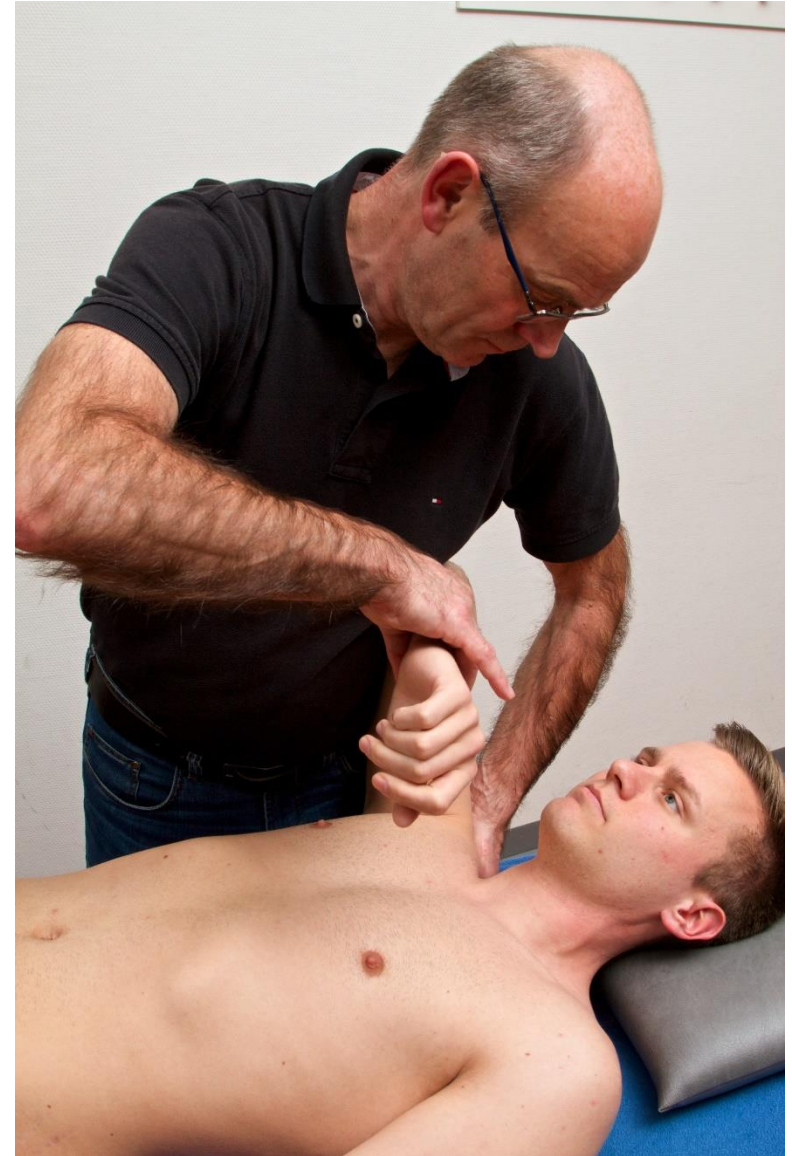
Uit SCH-combi cursus: GIRD TEST



GIRD TEST :

- **Uitgangspositie:**
ruglig, arm in 90° abductie en neutrale rotatie met 90° gebogen elleboog.
- **Uitvoering:**
ft fixeert schoudergordel en endoroteert arm;
voer test aan beide zijden uit.
- **Positief:**
indien endorotatie mobiliteit aan aangedane zijde minstens 20° kleiner is; normale mobiliteit $\pm 70^\circ$; totale range exo – endo normaal $\pm 180^\circ$.
GIRD = Glenohumeral Internal Rotation Deficit.

Endorotatie mobiliteit in 90° anteflexie :



GIRD TEST in 90° anteflexie :

- **Uitgangspositie:**
ruglig, arm in 90° anteflexie en neutrale rotatie met 90° gebogen elleboog; elleboog gestabiliseerd in flank FT; SCHgordel stabiliseren.
- **Uitvoering:**
ft fixeert schoudergordel en endoroteert arm; voer test aan beide zijden uit.
- **Positief:**
indien endorotatie mobiliteit aan aangedane zijde minstens kleiner/ pijnlijker is; normale endorotatie mogelijkheid is 30 - 40° (de Wilde).

TEST LENGTE DORSALE KAPSEL



Test Lengte Dorsale Kapsel/band

- **Uitgangspositie:**
zijlig, arm in 90° abductie en neutrale rotatie met 90° gebogen elleboog.
- **Uitvoering:**
ft brengt schoudergordel in retractie en fixeert die positie; voer vervolgens horizontale adductie uit. Vergelijk met andere zijde.
- **Positief:**
beperkte amplitude met evt. korter eindgevoel dan aan 'gezonde' zijde. Kwantificeer door de afstand mediale condyl tot de bank te meten.

Vraag 4. Wat is het gevolg van een dergelijke verkorting voor de positie van de HH?
Voor werpers: HT (Humeral Torsion) bepaalt deels de GIRD, is HT gunstig/ ongunstig?

Vraag 4. Wat is het gevolg van een dergelijke verkorting voor de positie van de HH?
Voor werpers: HT (Humeral Torsion) bepaalt deels de GIRD, is HT gunstig/ ongunstig?

- Bij een contractuur verschuift de as van rotatie naar achteren en de amplitude/ translatie HH naar voren/ boven.
- HT is te beschouwen als een functionele aanpassing en reduceert de kans op blessures.

Vraag 5. Je meet m.b.v. je MicroFet de kracht van de endorotatoren (zie figuur 4B) met als resultaat 80 N. Vervolgens meet je de kracht van de exorotatoren (zie figuur 4A); resultaat 45 N. Mag deze patiënt weer sporten c.q. zijn werk hervatten?

- Hoeveel schouder-gespecialiseerde fysio's gebruiken de MicroFet?



Vraag 5. Je meet m.b.v. je MicroFet de kracht van de endorotatoren (zie figuur 4B) met als resultaat 80 N. Vervolgens meet je de kracht van de exorotatoren (zie figuur 4A); resultaat 45 N. Mag deze patiënt weer sporten c.q. zijn werk hervatten?

- Hoeveel schouder-gespecialiseerde fysio's gebruiken de MicroFet?
- ER/ IR: $45: 80 = 0,56$
Norm: tussen 0,66 en 0,78
Dus niet sporten, eventueel wel werken.

Vraag 6. Welke factor wordt in de paragraaf over de kinetische keten maar kort beschreven? Klik artikel 83 eens aan en lees hun abstract. Wat vind je daarvan?



Operative Techniques in Sports Medicine

Volume 24, Issue 3, September 2016, Pages 162-169



The Shoulder at Risk: Scapular Dyskinesis and Altered Glenohumeral Rotation

William Benjamin Kibler MD, Aaron Sciascia MS, ATC, PES  

The shoulder at risk is a concept that describes alterations in the kinetic chain (the sequential coordinated and task-specific development of force) and shoulder that produce an impairment of optimum function. The glenohumeral (GH) structures may be susceptible to injury when exposed to the inherent high demands of throwing, creating the disabled throwing shoulder. Although multiple factors can lead to a shoulder at risk, the 2 most common factors are scapular dyskinesis and alterations in GH motion. Dyskinesis represents an alteration of static scapular position or dynamic scapular motion in coordination with arm motion and is best considered an impairment of optimum shoulder function, with potential harmful effects on the anatomical structures. Altered GH rotation creates a shoulder at risk by decreasing the rotation and increasing the amount of translation. Both impairments are capable of altering shoulder motions and loads and should be considered contributors to the shoulder at risk of injury. A focalized physical examination should be utilized to not only initially assess for the presence or absence of these impairments but also periodically assess throughout training or competition as both impairments can develop overtime even in the absence of injury.

Oper Tech Sports Med 24:162-169 © 2016 Published by Elsevier Inc.



Original Research

Is it Time to Normalize Scapular Dyskinesis? The Incidence of Scapular Dyskinesis in Those With and Without Symptoms: a Systematic Review of the Literature

Paul A. Salamh¹⁰, William J. Hanney^{10a}, Trey Boles, Daniel Holmes, Alex McMillan, Austin Wagner, Morey J. Kolber

Keywords: shoulder pain, scapular dyskinesis, overhead sports, scapular translation, symptomatic, asymptomatic

<https://doi.org/10.26603/001c.74388>

International Journal of Sports Physical Therapy

Vol. V18, Issue 3, 2023

Results

The search resulted in 11,619 after duplicates were removed with 34 studies ultimately retained for analysis after three were removed due to low quality. A total of 2,365 individuals were studied. Within the studies for the symptomatic athletic and general orthopedic population there were 81% and 57% individuals with SD, respectively, and a total of 60% among both symptomatic groups (sport and general orthopedic population). Within the studies for the asymptomatic athletic and general population there were 42% and 59% individuals with SD, respectively, and a total of 48% among both asymptomatic groups (sport and general orthopedic population).

Conclusion

A considerable number of individuals with shoulder symptoms do not present with SD. More revealing is the number of asymptomatic individuals who do present with SD, suggesting that SD may be a normal finding among nearly half of the asymptomatic population.

Vraag 7. Bekijk figuur 5 met de 9 oefeningen en de bijhorende doseringsparameters. Hoeveel van die 9 oefeningen gebruik jij ook in de praktijk? Streef je ook naar 3 sets van 30 hh?

Wanneer heb je voor het laatst een foamroller gebruikt?



Sleeper Stretch: $\frac{3}{4}$ side lying; upper arm position 60-90° of Abduction; forearm at 90° to upper arm



Hand Taps: Start with arms just wider than your shoulders. Press blades apart then move hands side to side. Goal is 45 to 30 secs.



Low ER: Squeeze blades down & back, then pull cord across your body keeping your elbow at your side and elbow bent



Cross Body Stretch: $\frac{3}{4}$ side lying; upper arm position 60-90° of abduction; pull across body



Prone Robbers: Elbows bent at 90°; shoulder blades down & back; then rotate the forearm out to side while keeping elbow at 90°



High ER: Do not shrug shoulders. Squeeze blades down & back, then pull cord back like throwing



Lat Stretch: Shoulder blade back & down with + Upper Quarter position



Prone Superman: Arms above head; thumbs point skyward; first, pull shoulder blades down, then raise arms



Lower Trap: Keep arms straight by the side; palms up, thumbs pointed out; keep hands in front of body at all times



Foam Roll Stretch: $\frac{3}{4}$ side lying; upper arm position 60-90° of Abduction; forearm at 90° to upper arm IR/ER rotate arm; 2nd stretching overhead



Prone T's: Arms raised even with shoulders; thumbs skyward; first, pull shoulder blades down & back, then raise arms



Band ER @ 45°: Elbows bent at 90°; shoulder blades down & back; rotate the forearm out to side while keeping elbow at 90°

Opbouw/ dosering oefentherapie





This continuum indicates three things:

1. Low repetitions (1–5) with heavy loads (roughly 80–100% of a load you can lift for one rep) is optimal for developing strength
2. Moderate repetitions (8–12) with loads ranging from 60–80% of a load you can lift for one rep is optimal for building muscle
3. High repetitions (15+) with loads below 60% of a load you can lift for one rep is optimal for developing muscular endurance

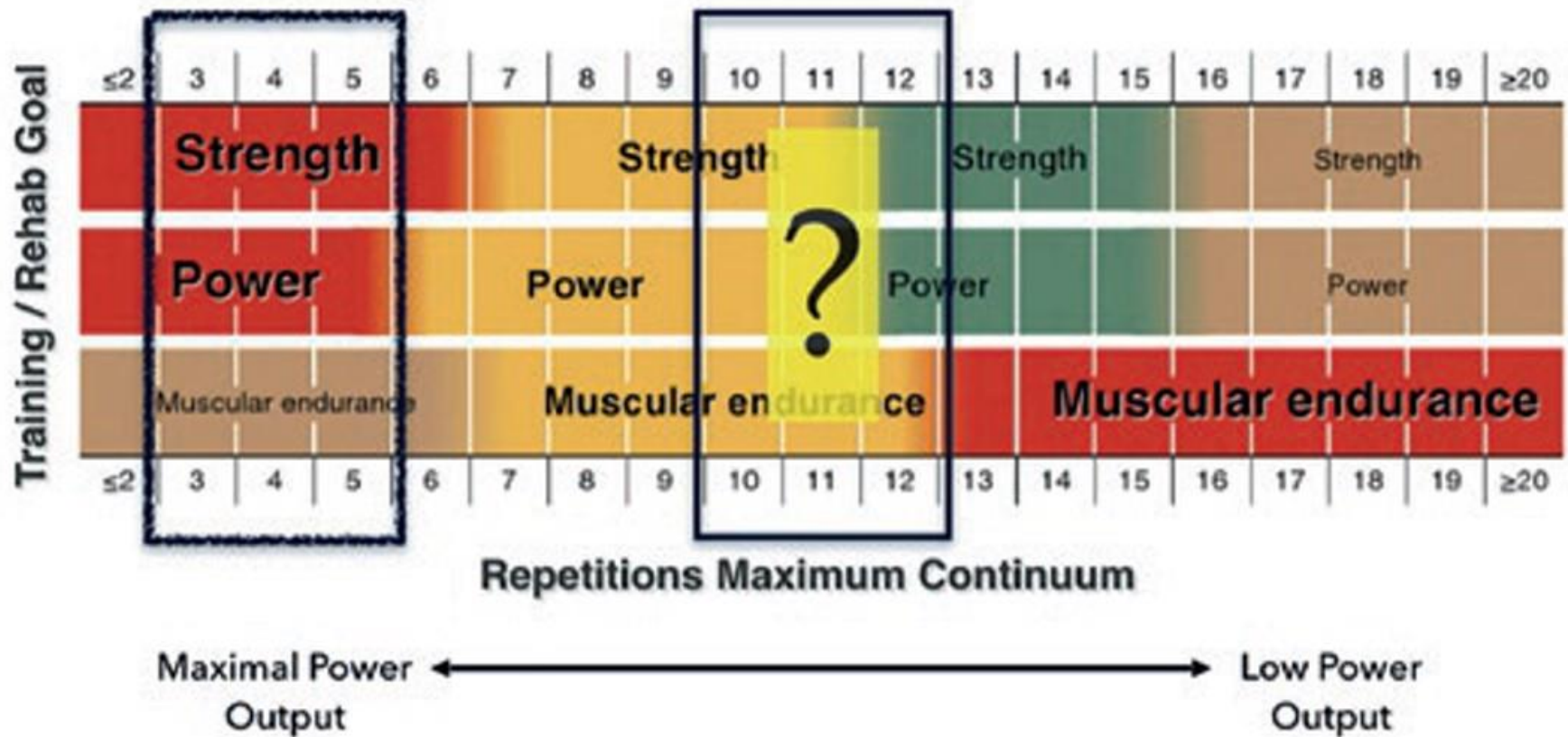
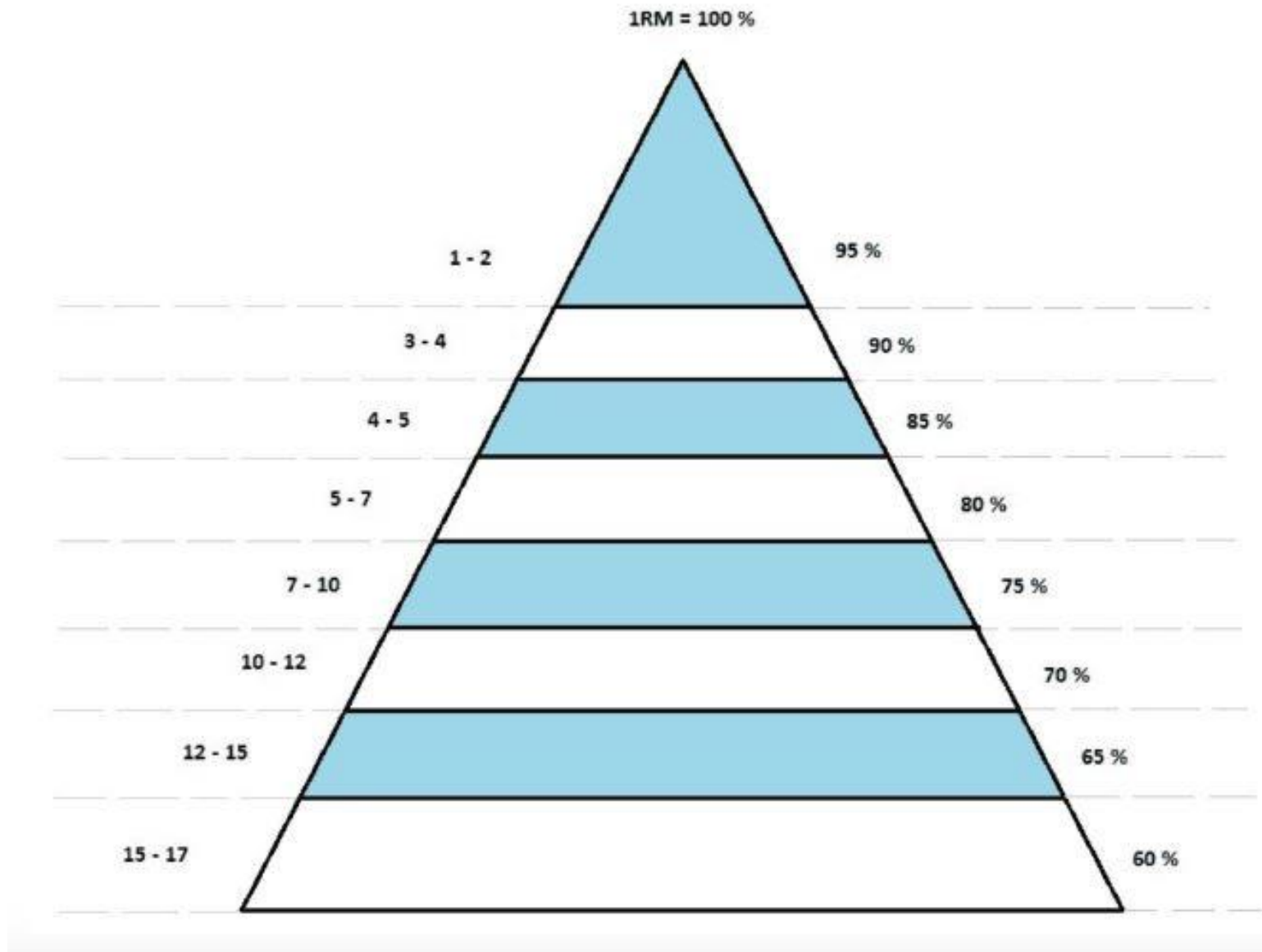


FIGURE 1: The repetitions maximum continuum. The larger size text indicates the larger stimulus for adaptation. Adapted from Baechle & Earle (2008) and Fleck & Kraemer (2014)

Is 3 series 10 hh altijd optimaal?



Holten diagram

1RM = 100 %

1 - 2

95 %

3 - 4

90 %

4 - 5

85 %

5 - 7

80 %

7 - 10

75 %

10 - 12

70 %

12 - 15

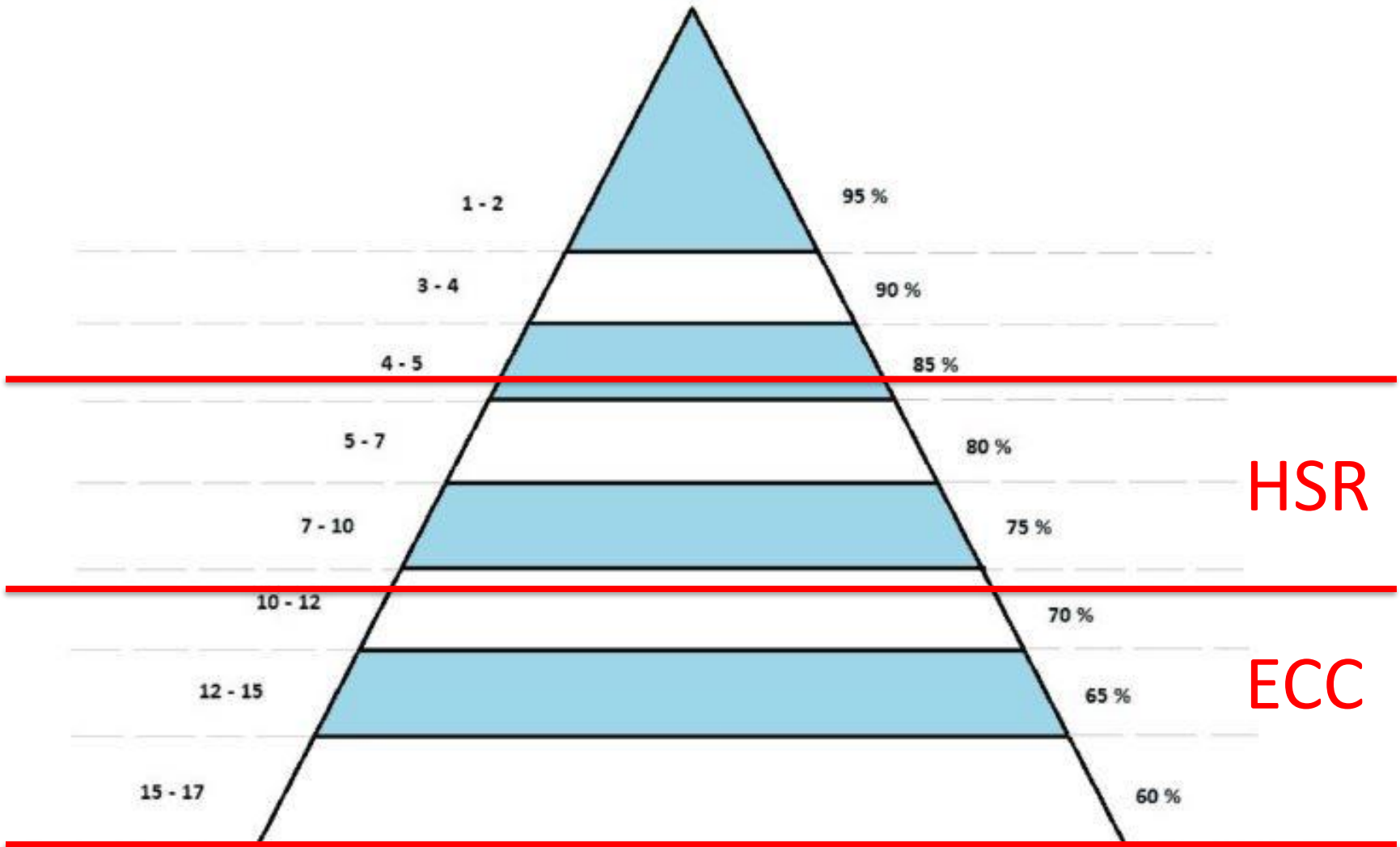
65 %

15 - 17

60 %

HSR

ECC



Borg-schaal voor het inschatten van inspanning



0	Rust
1	Heel Licht
2	Licht
3	Redelijk
4	Pittig
5	Zwaar
6	Zwaar
7	Heel Zwaar
8	Heel Zwaar
9	Heel Heel Zwaar
10	Maximaal

Borg schaal 0-10

of: RPE 0-10

(Rating of
Perceived
Exertion)

Borg-schaal voor het inschatten van inspanning



0	Rust
1	Heel Licht
2	Licht
3	Redelijk
4	Pittig
5	Zwaar
6	Zwaar
7	Heel Zwaar
8	Heel Zwaar
9	Heel Heel Zwaar
10	Maximaal

Borg schaal 0-10
of: RPE 0-10

(Rating of Percieved
Exertion)

Ecc oef

HSR

Toepassing oefenprogramma's bij primaire RCR-SP

Model SchouderNetwerk Twente



responsiviteit peesletsel, verlaagde belastbaarheid (10=laagst)

10
5
0

dag 1

maand 3-4

- 1: Isometrisch oefenen
- 2: Excentrisch oefenen
- 3: Concentrisch & excentr.
- 4: Heavy Slow Resistance
- 5: Functioneel, ADL, RtW
- 6: Plyometrie
- 7: Return to Sport

Vraag 8. Welke frequent voorkomende schouder aandoening bij 'normale' SP-patiënten is te relateren aan de inhoud van dit artikel over SP bij werpers?

Hoe frequent (%) is die aandoening present in jouw populatie SP-patiënten?

Vraag 8. Welke frequent voorkomende schouder aandoening bij 'normale' SP-patiënten is te relateren aan de inhoud van dit artikel over SP bij werpers?

Hoe frequent (%) is die aandoening present in jouw populatie SP-patiënten?

- PSI: PosteroSuperieur Impingement
- 20 – 25% van de SAPS/ RCRSP-patiënten;
10 – 15% van alle SP-patiënten!

Vraag 9: Druk je mening over de relevantie van het artikel over preventie en risicofactoren voor schouderblessures uit in een cijfer tussen 0 ('helemaal niet relevant') en 10 ('bijzonder relevant') in de volgende kolom:

6 - 7?

Vraag 10. Het uitvoeren van deze opdracht (lezen, interpreteren, antwoorden) koste mij het **aantal minuten** dat ik in de volgende kolom noteer:

60 – 120
minuten

MENTI openen



- Ga naar www.menti.com
- Vul in: **8700 0441**

Menti-vragen voor SNT 01-07-2025:

Over het schoudercongres in september in Rotterdam:

- ik heb me al opgegeven.
- ik ga me voor 2 dagen opgeven.
- ik ga me voor 1 dag opgeven.
- ik ga dit keer niet, en voldoe dus niet aan de vakinhoudelijke criteria.

SNT bestaat 15 jaar (vanaf 2008) en beoogt het profiel en positie van de schouderfysiotherapeut te faciliteren. Op dit moment vind ik (3 opties):

- dat een terecht doel, en blijft SNT een waardevolle organisatie,
- dat SNT dat doel onvoldoende realiseert, dat moet anders,
- dat inmiddels een gepasseerd doel en ga ik lidmaatschap binnenkort opzeggen

Ik betaal 200 euro lidmaatschap en krijg daarvoor een enthousiasmerende vereniging, een aantal vakinhoudelijke presentaties, een netwerk met gelijkgestemde collega's en 2 – 6 accreditatiepunten per jaar.

- Ben daar tevreden mee, level 1 tot en met 4, en blijf gewoon lid.
- Ben daar niet meer tevreden mee, bij dit level van functioneren, ga ik stoppen.

Bij uitbreiden van het level van functioneren van SNT, pleit ik voor:

- Level 5: intensiveren regionale samenwerking.
- Level 6: stimuleren verwijzers om gericht te verwijzen.
- Level 7: starten met een echte specialisatie schouderfysiotherapeut.

SNT bestaat 15 jaar maar is de laatste jaren verandert in een wat passieve vereniging met te weinig actieve participatie. Om de beleving en sfeer te verbeteren moeten we naar een kleinere vereniging. Niet voldoen c.q. niet actief: lidmaatschap beëindigen.

- Mee eens, liever met minder (< 50) maar dan actief.
- Oneens, ruim 100 leden in Twente is prima.

Als ik de populatie SP-patiënten in mijn praktijk overzie, komen die, percentage per decimaal, via DTF binnen:

- scoren van 0 tot 100%

Als ik de populatie SP-patiënten in mijn praktijk overzie, komen die, percentage per decimaal, via HA/ POH'er (via de eerste lijn) binnen: Scoren van 0 tot 100%

Als ik de populatie SP-patiënten in mijn praktijk overzie, komen die, percentage per decimaal, via de schouderorthopeed binnen:

- scoren van 0 tot 100%

Op instigatie van de orthopeden van OCON is inmiddels Umooove van start gegaan. Een initiatief dat zij uiteraard mogen uitvoeren. Mijn mening luidt als volgt:

- Umooove en SNT kunnen prima naast elkaar bestaan, samenwerken is aan te bevelen.
- Door Umooove wordt samenwerken met de orthopeden lastiger, dat betreurt ik.

9
vragen

op naar
Menti

site

Bedankt voor je presentie & participatie.

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



Congres op 18 en 19 september in Rotterdam

Volgende live SNT bijeenkomst op di 04-11-2025