

Derde online-bijeenkomst 2025 van het
Schouder Netwerk Twente

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



4 november 2025, online Zoom.

AGENDA 04-11-2025

- Vanaf 18:45 uur: Inloggen
- 19:00 - 19:40 uur: Opening met mededelingen bestuur (Paul)
Menti-vragen juli'25 over functioneren SNT
met ondertussen:
Kennisplatform website SNN & TME (Finn)
- 19:40 - 20:50 uur: Vakinhoudelijke discussie (Gerard)
Eerst ECS-schouder/ daarna FT bij FS
- Vanaf 20:50 uur: Afronding, vragen
Volgende live bijeenkomst 10 maart 2026



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

Uitloggen

SNN-leden ▾

Community ▾

Kennisplatform ▾

SNN SchouderCongres 2025

SNN SchouderCongres 2023

Download Pagina Regionale SN

Congresverslag Liverpool 2022

Congres 2022



Congres 2019

Nieuwspagina leden

Inventarisatie Schouder Zorg Substitutie Initiatieven

Zie presentaties op:

<https://www.schoudernetwerk.nl/snn-schoudercongres-18-19-september-2025/>

Deze ochtend
(04-11)
aangeboden
op TME:

TrustMe

Ed

TENDINOPATHY ADAPTATION PRINCIPLES AND NEW CLINICAL FRAMEWORK



PROF. PETER MALLIARAS

Physio (Hons), PhD, Professor

TrustMe

Ed

New lecture by Prof. Peter Malliaras, Physio (Hons), PhD, Professor at Monash University.

In this lecture, you will learn how tendons adapt to load, what drives changes in stiffness, why strain thresholds are important, and how muscle–tendon unit properties influence performance and injury risk.



Over het ECS-schouder project.

- door: Gerard Koel, SNT commissie VI

ECS-schouder project 2017 - 2025

Pilot stepped care

Schouderkliniek Twente houdt patiënten in de eerste lijn

Een groot deel van de patiënten met schouderpijn die een orthopedisch chirurg te verbeten? In Enschede loopt een experiment gebaseerd op huisartsen patiënten met complexe schouderpijn naar Schouderkliniek Twente. De fysiotherapeuten vast of de patiënt beter in de eerste lijn kan worden verwezen. Zorgverzekeraar Menzis ondersteunt dit project.



Fysiotherapeut Donald van der Burg



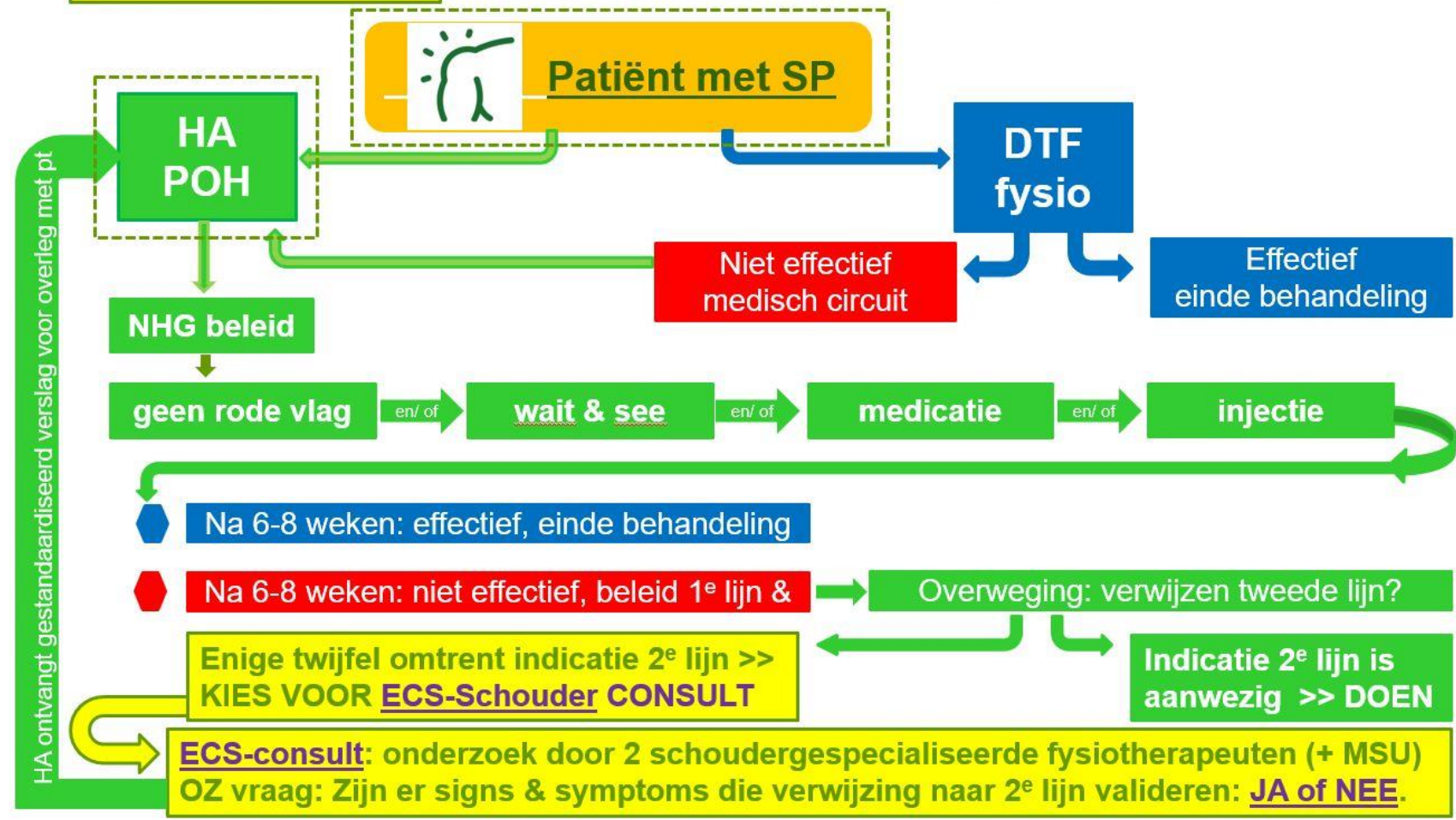
SchouderNetwerken
Nederland



hij onderzocht door twee schoudertherapeuten. Het vierogenprincipe heeft een meerwaarde bij het stellen van de juiste diagnose. Het onderzoek bestaat uit een functioneel bewegingsonderzoek.

13 februari 2020

Plaats **ECS-Schouder** als optie in het klinisch proces bij SP-patiënten



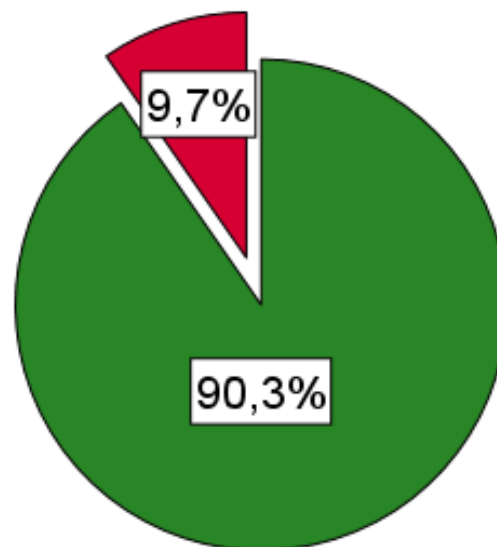
Beter verwijzen bij schouderpijn

Veel patiënten met schouderpijn worden onnodig verwezen naar de tweede lijn. Een eenmalig consult bij een gespecialiseerde ECS-schouderpoli van negen van de tien geeft



Uitslag ECS-consult: verwijzen naar 2e lijn c.q. verder beleid in 1e lijn (n= 207)

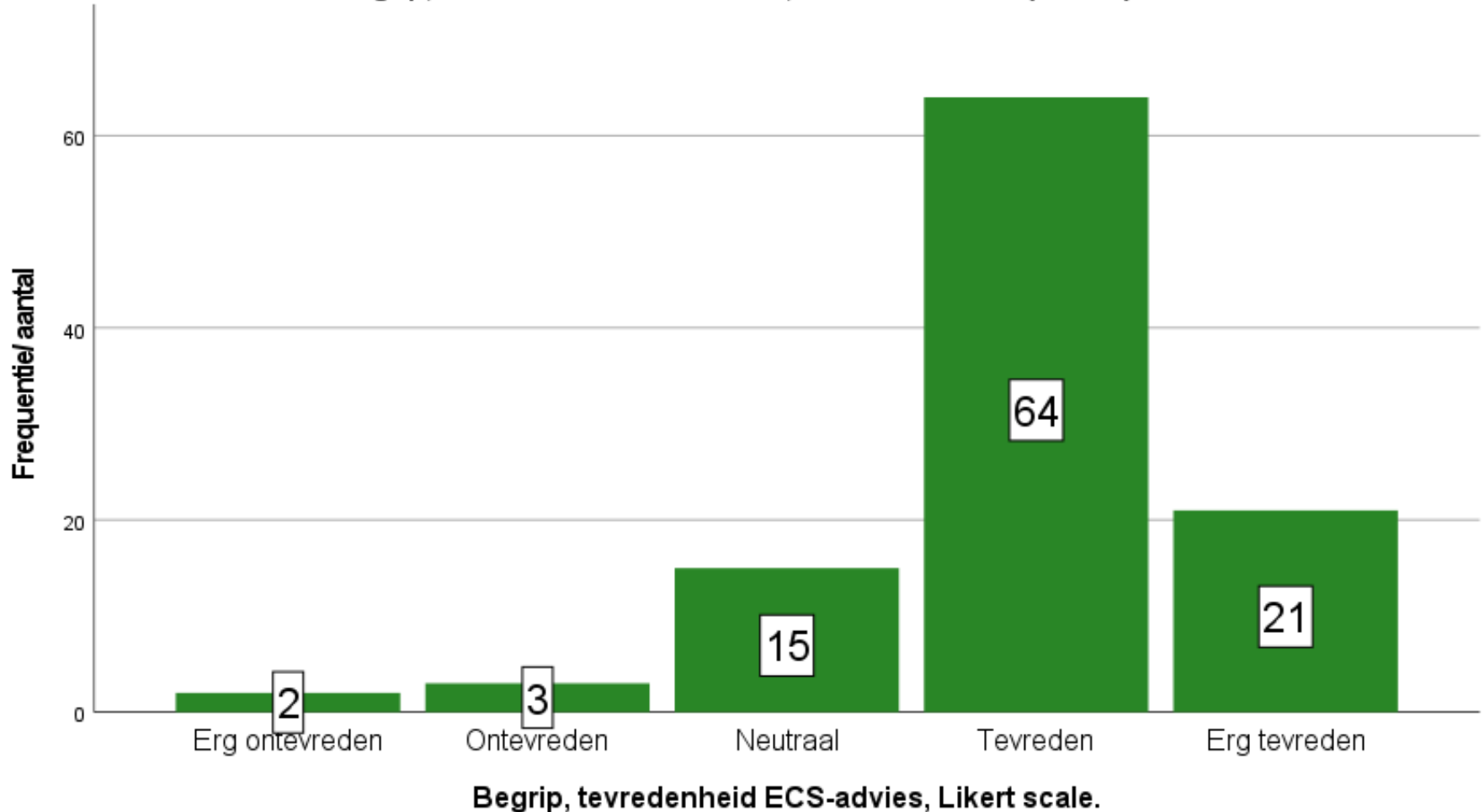
Schouderpijn is een veelvoorkomende klacht. In Nederland heeft zo'n twintig procent van de 25-plussers hier last van, met een jaarprevalentie van dertig procent.¹ Het herstel verloopt vaak traag: slechts de helft is binnen zes maanden hersteld, en na een jaar heeft veertig procent opnieuw of nog steeds klachten.²⁻³ Bij aanhoudende schouderpijn spelen ook niet-somatische disfuncties, zoals verminderde zelfredzaamheid en onjuiste percepties een rol.⁴ Deze factoren beïnvloeden de pijnbeleving, het functioneren en het behandelresultaat.⁵⁻⁸ Een goede diagnostiek vraagt dan ook om een multimodale analyse: welke disfuncties zijn aanwezig, wat zijn de doelen en welk behandelplan past hierbij?^{9,10}



■ eerste lijn
■ tweede lijn

Kenmerk	N totaal	Eenheid	Score totaal	Score advies eerste lijn (n= 187)	Score advies tweede lijn (n= 20)
Leeftijd	232	Mn (SD)	56,6 (15,2)	56,5 (14,8)	57,4 (15,1)
Geslacht (% vrouwen)	228	%	55,7	56,2	55,0
Klachtenduur (maanden)	203	Mn (SD)	14,2 (27,7)	12,9 (25,8)	13,4 (27,8)
Kan wel werken ondanks SP	158	%	79,7	79,9	77,9
Doet aan sport	132	%	79,5	77,9	88,8
Kan wel sporten ondanks SP	114	%	64,9	60,4	75,0
Gebruikt medicatie voor SP	232	%	48,3	50,5	55,0
Eerder fysiotherapie voor SP	232	%	44,4	44,0	60,0
Eerder injectie vanwege SP	232	%	23,3	22,5	35,0
Eerder geopereerd deze schouder	232	%	5,2	5,3	5,0
3S lijst (0-10; hoger= ongunstiger))	127	Mn (SD)	4,1 (1,9)	4,1 (2,0)	4,2 (1,3)
NPRS (0-10; hoger= ongunstiger)	191	Mn (SD)	6,5 (1,6)	6,5 (1,5)	5,8 (1,7)
PSEQ (0-60; hoger= beter)	126	Mn (SD)	40,8 (12,2)	40,6 (12,4)	43,5 (10,4)
SPADI-pijn (0-100; hoger= slechter)	125	Mn (SD)	58,6 (17,8)	58,6 (17,9)	64,5 (14,5)
SPADI-functie (0-100; hoger= slechter)	125	Mn (SD)	44,7 (20,3)	44,6 (20,2)	51,5 (20,7)
Sprake van biomechanisch beloop	219	%	52,5	55,5	47,0
Positieve MSU-bevindingen (letsel)	222	%	58,1	58,9	57,8

Begrip, tevredenheid ECS-advies, Likert scale 1 - 5 (n= 105).



Resultaten na follow-up (mediaan 7 maanden).

SchouderNetwerk
Twente

Introduction/ objective

Objective of the ECS-shoulder project was to realize a better referral of SP-patients, leading to less unnecessary referrals with preservation of quality of healthcare, a win – win – win situation (patient – professional – society).

Method/ practical setting

To evaluate satisfaction and meaningfulness also on a longer term, a post-ECS survey with 16 questions is offered after a follow-up of at least 4 months.

Results: inclusion at baseline (n=232), ECS-advise (n=207) and ECS-Follow-up (n= 106)

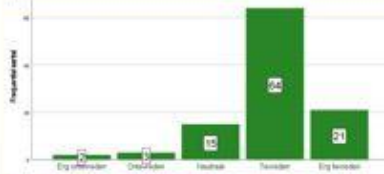
Characteristics baseline	N total	Unit	Score total	Score first line (n=183)	Score second line (n=20)
Age	232	M (SD)	56.6 (15.2)	56.5 (16.8)	57.4 (15.5)
Gender (% female)	228	%	55.7	56.2	55.0
Duration: Shoulder or Pain (SP) in months	203	M (SD)	14.2 (27.7)	12.9 (25.8)	13.4 (27.8)
Able to work or engage Shoulder or Pain (SP)	158	%	79.7	79.9	77.9
Active involved with sport	132	%	79.5	77.9	88.8
Able to perform sport despite SP	114	%	64.0	60.4	75.0
Using medication for SP	232	%	48.3	50.5	55.0
Earlier Physio because of the SP	232	%	44.4	44.0	60.0
Earlier injections (CSI) because of SP	232	%	23.3	22.5	35.0
Earlier surgery on this shoulder	232	%	5.2	5.8	5.0
IS-Net (8-10; higher unfavourable)	127	M (SD)	4.1 (1.9)	4.3 (2.0)	4.2 (1.9)
NPES (0-10; higher unfavourable)	193	M (SD)	6.5 (1.6)	6.5 (1.5)	5.8 (1.7)
PSIQ (0-60; higher favourable)	126	M (SD)	40.8 (12.2)	40.6 (12.4)	43.5 (10.4)
SPMDI-pain (8-10; higher unfavourable)	125	M (SD)	58.6 (17.8)	58.6 (17.9)	58.5 (18.8)
SPMDI-function (higher unfavourable)	125	M (SD)	44.7 (20.3)	44.6 (20.2)	51.5 (20.7)
Present biochemical SP-course	229	%	52.5	55.5	47.0
Positive findings in MRI (femora)	202	%	58.1	58.0	57.8

Results ECS-shoulder polyclinic.

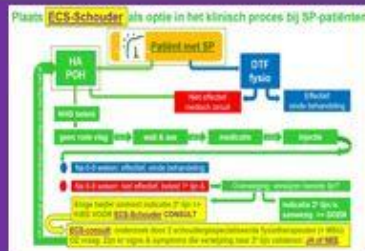
Of the included 207 patients referred by GPs: **187 patients (90.3%)** got the advice to stay in the first line for evaluation and treatment and **20 patients (9.7%)** had signs and symptoms validating a referral to the second line (most of the time an orthopedic surgeon).



Understanding & satisfaction with ECS and advice (Likert scale 1-5; n= 106)



85 of 106 patients in FU (81%, median FU: 7 months) were [very] satisfied



Conclusion/ value for shoulder-physios

The intended win – win – win situation is realized. It's advisable for shoulder specialized physios to get this role.

Thank you to:



5 ECS-shoulder polyclinics in Twente

[illegible]

Poster
op SECEC/ SNN
schoudercongres
Rotterdam,
18 &19 -09 -2025.

patient **samen** besloten wordt wat zijn zorgpad wordt en dat er persoonsgerichte zorg wordt geleverd. Ook afstemming tussen de zorgverleners is hierbij van groot belang.

[k5] Haalbaarheid

Volgens het Integraal Zorg Akkoord (IZA) en de Visie Eerstelijnszorg 2030 krijgen individuele zorgverleners steeds meer randzaken ~~neventaken~~ en minder tijd voor directe zorg. Lokale en regionale samenwerking kan beter, waardoor onderling contact tussen zorgverleners verbetert. De werkgroep deelt deze ervaring. Het laagdrempeling inschakelen van een meer ervaren fysio- of oefentherapeut (intercollegiaal contact) met kennis- en vaardigheden op het gebied van SAPS gebeurt volgens de werkgroep nog te weinig, wat kan leiden tot een onnodig langere behandeltime voor patiënten. ~~Hook~~ het afstemmen met ervaren de zorgverleners op lokaal of regionaal niveau wordt door de werkgroep in de praktijk nog als een belangrijk aandachtspunt gezien. Zo worden veel patiënten met schouderpijn onnodig verwezen naar de tweede lijn, waarbij uit onderzoek is gebleken dat een eenmalig consult bij een gespecialiseerd fysiotherapeut in negen van de tien gevallen doorverwijzing voorkomt (Koel, Niemeijer-Blokvoort, & Van der Burg, 2025). En blijkt dat een sterke samenwerking tussen fysiotherapeuten, huisartsen en orthopeden in de praktijk bevordelijk is voor de kwaliteit van zorg (Kleyngeld, 2025).

Aangezien deze bevindingen niet aandoeningsspecifiek zijn, worden ze niet in deze richtlijn verwerkt. Verbetering van deze samenwerking is nader uitgewerkt in het IZA en de Visie Eerstelijnszorg 2030.

Hierin wordt gewerkt aan het verminderen van tijd die besteedt moet worden aan randzaken. Tijd die ten goede komt aan het verlenen van zorg. Er wordt gewerkt aan een sterkere organisatie van de eerstelijns door het vergroten van de mogelijkheden voor duurzame samenwerking, waarbij waar nodig de focus op concurrentie wordt beperkt.

Wel deelt de werkgroep het advies vanuit de NHG-standaard om goed af te stemmen wie er op lokaal of regionaal niveau in staat is om de echografie uit te voeren. Aangezien dit SAPS-specifiek is, is hier wel een aanbeveling voor deze richtlijn in opgenomen.

[k5] 10. Eventuele additionele overwegingen

Naar verwezen in de nieuwe KNGF SAPS-richtlijn.

Hoytema Stichting laat een ton na aan Universiteitsfonds

01 / 11 / 2024 | Redactie

De Hoytema Stichting, die begin dit jaar ophield te bestaan, schenkt zo'n honderdduizend euro aan het Universiteitsfonds, meldt het fonds. Het gaat om een zogeheten geormerkte schenking, die nog in kas zat bij de stichting.



In kas zat nog ruim honderdduizend euro en die hevelt de stichting middels een geormerkte schenking over naar de Stichting Universiteitsfonds Twente. Het bedrag blijft beschikbaar voor de oorspronkelijke doelstelling van de stichting: voor het ontwikkelen en/of uitvoeren van HBO+ cursussen die bijdragen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. De schenkingsovereenkomst werd op donderdag 7 november getekend.



Vanaf 2025: eens per jaar een prijs,
uitgereikt op UT TechMed dag, 06-11-2025.

JOIN THE EVENT
ON **NOVEMBER 6**

GET YOUR TICKET

16.10 - 16.30: AWARD CEREMONY

The closing plenary session of the TechMed Event begins with the Award Ceremony, celebrating excellence and innovation. Two prestigious prizes will be presented, honouring outstanding contributions that push the boundaries of medical technology. This inspiring moment sets the stage for the final keynote, leaving you energised for the future of healthcare.

16.30 - 17.15: KEYNOTE TALK: FEMKE NIJBOER

HOW TO WRECK YOUR HEALTH AND BE HAPPY

Femke Nijboer from the University of Twente takes the stage to close the conference with wit, wisdom, and a refreshing dose of irreverence. Illness can happen to anyone, but how can you cause your own disease? In a country anxious about ageing and collapsing healthcare systems, psychologist and author Femke offers an alternative: don't strive for a long life — go for a good one. As a self-declared “general”, she trains you to look at your organs with awe... and then wreck them with flair. Her bestselling book on the topic sparked so much enthusiasm that she's now a columnist for *Tubantia* and a sought-after speaker across the country.

[Read more about the keynote talk](#)



Over het ECS-schouder project

- Voorbereiding vanaf 2017 >> Schouderkliniek FYON
- Medio 2023: Thoon zoekt contact met SNT
- SNT is positief en 13 SNT'ers werken samen een diagnostische strategie uit voor 5 schouderpoli's.
- Maart 2022 – maart 2024: Uitvoering ECS-project
- Medio 2024: beëindigen ECS-schouder project
SNT betreurt dat, maar begrijpt het wel (zie krant)
- In 2025: 'wetenschappelijke' publicaties over ECS & toekenning Hoytema/ UT fonds prijs
- Hoe bruikbare aspecten ECS-project te behouden?

Te weinig patiënten voor project schouderklachten

Succesvolle zorgproef dreigt te stranden

Zorgverzekeraars kunnen substantieel geld besparen op ziekenhuiskosten in Twente. Dat blijkt uit een proefproject, waarbij patiënten niet naar de orthopeed, maar naar de fysiotherapeut gaan. Het werkt prima, toch zou Menzis willen stoppen met de proef.

Josien Kodde

Enschede

Het project richt zich op patiënten met schouderpijn. Als de klachten blijven sturen veel huisartsen de patiënt door naar de orthopeed in het ziekenhuis. Bij de proef in de regio Enschede, Hengelo en Oldenzaal gebeurt dat juist niet.

De patiënt gaat naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. Negen op de tien patiënten zijn er op het juiste adres. Slechts 10 procent moet alsnog naar het ziekenhuis, zegt Gerard Koel, fysiotherapeut uit Hengelo en bestuurslid van het



We moeten huisartsen helpen omgaan met deze klachten

– Jurjen Been,
OCON,
Orthopedische
kliniek

SchouderNetwerk Twente. Hij vreest dat de proef stopt. Reden: er doen maar 33 huisartsenpraktijken mee. „De besparing is te gering voor Menzis omdat te weinig patiënten meedoen.”

Declaraties

Een fysioconsult levert een declaratie op van 125 euro bij de verzekeraar. De rekening van de orthopeed bedraagt 500 euro. Omdat tijdens de proef slechts 250 patiënten naar de fysiotherapeut gingen en 8000 patiënten naar de orthopeed, is de kostenbesparing voor Menzis gering. „Zo jammer”, vindt Koel. Alsnog gingen duizenden verzekerden naar de orthopeed. Terwijl het een kansrijk project is, zegt ook Jurjen Been, die er namens de OCON Orthopedische Kliniek bij betrokken is. OCON doet de orthopedische zorg voor ziekenhuis ZGT. Ook MST doet mee.

„Het klopt dat behandeling van schouderklachten grotendeels buiten het ziekenhuis kan”, zegt Been. „80 procent van de patiënten zie je maar één keer, een operatie is niet nodig. We moeten huisartsen helpen omgaan met deze klacht.”

Koel zegt dat orthopeden vaak een injectie in de schouder zetten, zodat de patiënt tijdelijk minder pijn heeft. Dat neemt de oorzaak van de klacht niet weg. Koel: „Als pijn langer aanhoudt, zie je vaak dat mensen bewegingsangst ontwikkelen. Ze gaan op meer plekken pijn voelen. Fysiotherapeuten kunnen dat prima behandelen.”

Koel hoopt dat de huisartsen en Menzis op 22 mei, bij de evaluatie het project alsnog een kans gunnen.

Menzis zegt in een reactie dat ze gaat evalueren na de officiële projectresultaten. Volgens Koel liet de verzekeraar informeel weten dat het project stopt in deze vorm.

Over het ECS-schouder project

- Voorbereiding vanaf 2017 >> Schouderkliniek FYON
- Medio 2023: Thoon zoekt contact met SNT
- SNT is positief en 13 SNT'ers werken samen een diagnostische strategie uit voor 5 schouderpoli's.
- Maart 2022 – maart 2024: Uitvoering ECS-project
- Medio 2024: beëindigen ECS-schouder project
SNT betreurt dat, maar begrijpt het wel (zie krant)
- In 2025: 'wetenschappelijke' publicaties over ECS & toekenning Hoytema/ UT fonds prijs
- Hoe bruikbare aspecten ECS-project te behouden?



Eenmalig Consult Specialist Schouder

Van maart 2022 tot en met maart 2024 waren er 5 poli's binnen Twente opgericht met als doel om huisartsen te ondersteunen in de vraag of er bij bepaalde schouderpijnpatiënten sprake is van een indicatie voor verwijzing naar de 2e lijn. Deze zogenoemde Eenmalig Consult Schouder-poli's was onderdeel van een tweejarige pilot van THOON en Menzis, uitgevoerd door het SNT.

Uitgelicht



Punten voor Keurmerk
register

SNT

Op initiatief van SHT-THOON is het ECS-schouder project ontwikkeld; doel van dat project was de huisarts een service te bieden in het (beter) vaststellen van het verwijzen van patiënten met aanhoudende schouderpijn (SP) naar de tweede lijn. De huisarts kan daartoe een nieuwe verwijsoptie kiezen door die patiënt te verwijzen naar een eerstelijns ECS-schouderpoli waarin 2 SNT-schouderfysiotherapeuten de SP-patiënt in een eenmalig consult onderzoeken met als primaire onderzoeksvraag: 'Heeft deze patiënt kenmerken die een verwijzing naar de tweede lijn valideert?'. Het project functioneerde van maart 2022 tot maart 2024 en 90% van de verwezen SP-patiënten (n= 233) kregen het advies dat onderzoek en behandeling in de eerste lijn diende plaats te vinden. De tevredenheid van de SP-patiënten over ECS-schouder was op korte (aansluitend aan het consult) en op lange termijn (mediaan: 7 maanden) hoog.

Voor meer informatie over het ECS-project, kun je verder lezen in deze documenten.

Klik op de links voor meer informatie:

- [Uitvoering van het fysiotherapeutisch klinisch onderzoek](#)
- [Uitvoering van MSU tijdens ECS-schouder project](#)
- [Verslag met terugblik op deelname aan het ECS-schouder project](#)

Klik op de links voor meer informatie:

- [ArtikelFP.sept2025](#)
- [ArtikelFP.uitgebreideversie.sept2025](#)
- [Poster.2](#)

HWO: Is toevoegen manuele mobilisaties zinvol als (extra) interventie voor FS-patiënten?

- Inhoudelijk deel SNT-bijeenkomst 04-11
- Met HWO als voorbereiding.
- door: Gerard Koel, SNT commissie VI

FS algemeen

- Prevalentie 2% in een open populatie
- Zelden voor 40^e; piek tussen 40 – 60 jaar
- Aan 1 kant; 20% krijgen < 5 jaar ook een FS aan de andere zijde
- Aparte groep: Diabetische FS (hogere prevalentie, 10 – 20% van de diabetici 'krijgt' een FS, ernstiger beeld)
- Meestal is sprake van een idiopatische (primaire) FS
- Pathoanatomisch: eerst inflammatoir, daarna fibrosering (inclusief rol myofibroblasten) leidend tot een afname van de gewrichtsruimte, met name ventrale kapsel
- Histologisch / biochemisch: cytokines / groeifactoren activeren fibroblasten tot productie type III collageen leidend tot fibrosering
- **Belangrijk: Is sprake van een stijve schouder contractuurvorming (PROM beperkt) of is (ook) sprake van een pijnlijke schouder (AROM beperkt); combinatie?**

Maximale passieve abductie 'awake'.



Maximale passieve abductie 'under GA'.



RESEARCH ARTICLE

Efficacy of MRI and clinical findings of Lidocaine injection combined with manual therapy in frozen shoulder—A prospective, randomized, single-blinded, sham-controlled trial

Gopal Nambi^{1*}, Mshari Alghadler¹, Elturabi Elsayed Ebrahim², Mudathir Mohamedahmed Eltayeb², Dena Eltabey Sobeh², Osama R. Aldhafian³, Shahul Hameed Pakkir Mohamed^{4,5}, Naif Nwihadh Alshahrani⁶, Faizan Z. Kashoo⁷, Hariraja Muthusamy^{5,7}, Radhakrishnan Unnikrishnan^{5,7}, Alaa Jameel A. Albarakati⁸

Conclusion

Lidocaine injection with active manual therapy consists of scapula mobilization and posterior capsular stretching was superior to placebo group for improving pain, ROM, functional disability, and quality of life in people with frozen shoulder.

Kenmerken HW-artikel

- Betreft een RCT, n= 60, zie tabel 1 (49 jr, 6 maand)
- Standaard interventie: IAL/ CSI & HW oefenschema
- Te testen interventie (week na injectie):
manuele mobilisaties vs sham mobilisaties
gedurende 4 weken, 4 x pw, 30 – 40 min (16 beh.)
- Sham mobilisaties? *Wel hands-on maar geen mechanische effecten, met + info, blijft lastig.....*
- Subjectieve Pijn) & objectieve (MRI) uitkomstmaten
plus een aantal vragenlijsten, tevens QoLife;
welke uitkomstmaat wordt node gemist?

Enrollment

Assessed for Eligibility
N = 118

Excluded:

Previous physical therapy interventions = 12
Other systemic problems = 14
Shoulder joint problems = 7
Undergone surgeries = 7
Not willing to participate = 18

Allocation

Measured baseline primary and secondary outcome variables

Random Sampling n = 60

Active group

(n = 30)

5cc of 1% lidocaine HCl (xylocain) and 2cc (80 mg) methylprednisolone acetate (depomedrol) with manual therapy (scapular mobilization and manual posterior capsule stretching exercises - four sessions a week for 4 weeks.

Placebo group

(n = 30)

5cc of 1% lidocaine HCl (xylocain) and 2cc (80 mg) methylprednisolone acetate (depomedrol) with placebo manual therapy (simple passive range of motion exercises) four sessions a week for 4 weeks.

4 weeks

n = 30

4 weeks

n = 30

8 weeks

n = 28

(Personal reason = 2)

8 weeks

n = 29

(Time restriction = 1)

6 months

n = 27

(Time restriction = 1)

6 months

n = 27

(Personal reason = 2)

Analysis

Vraag 1. Dikte CHL-ligament wordt gebruikt als een secundaire uitkomstmaat, zinvol?

Is een uitkomstmaat met beeldvorming (MSU) zinvol voor een SNT-fysiotherapeut?

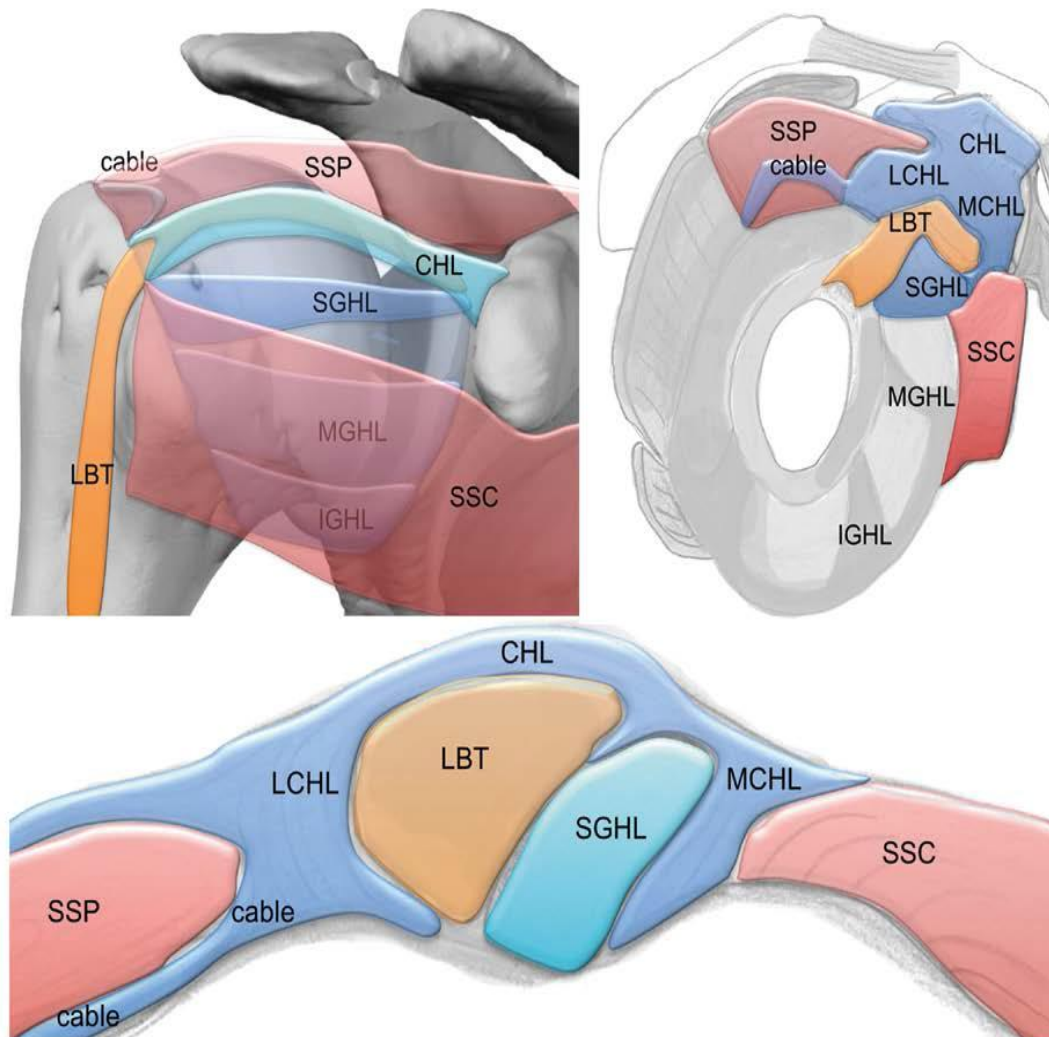
Voorafgaande vraag: Is Capsulitis Adhesiva een goed synoniem voor FS?

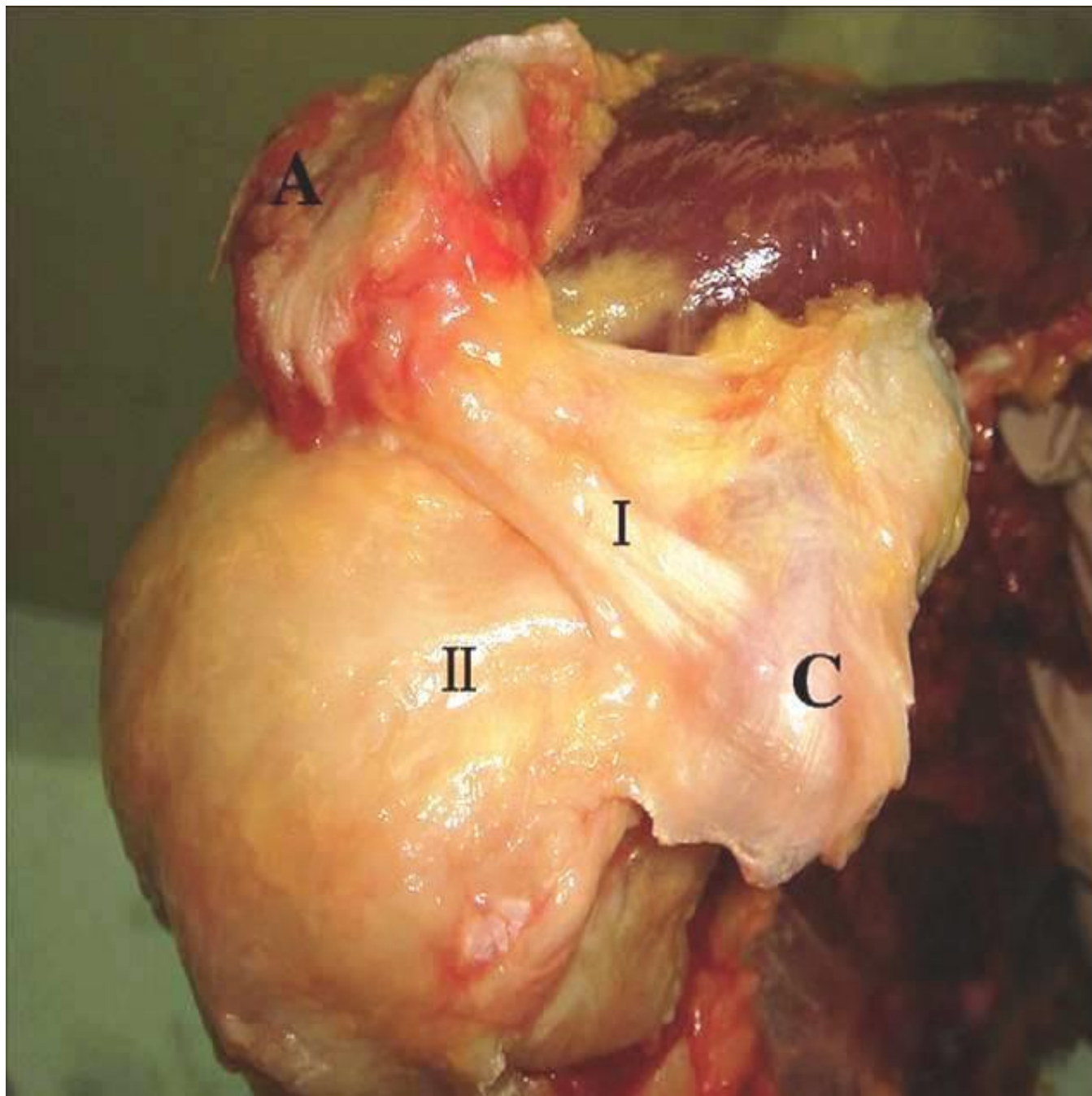
Voorafgaande vraag: Is Capsulitis Adhesiva een goed synoniem voor FS?

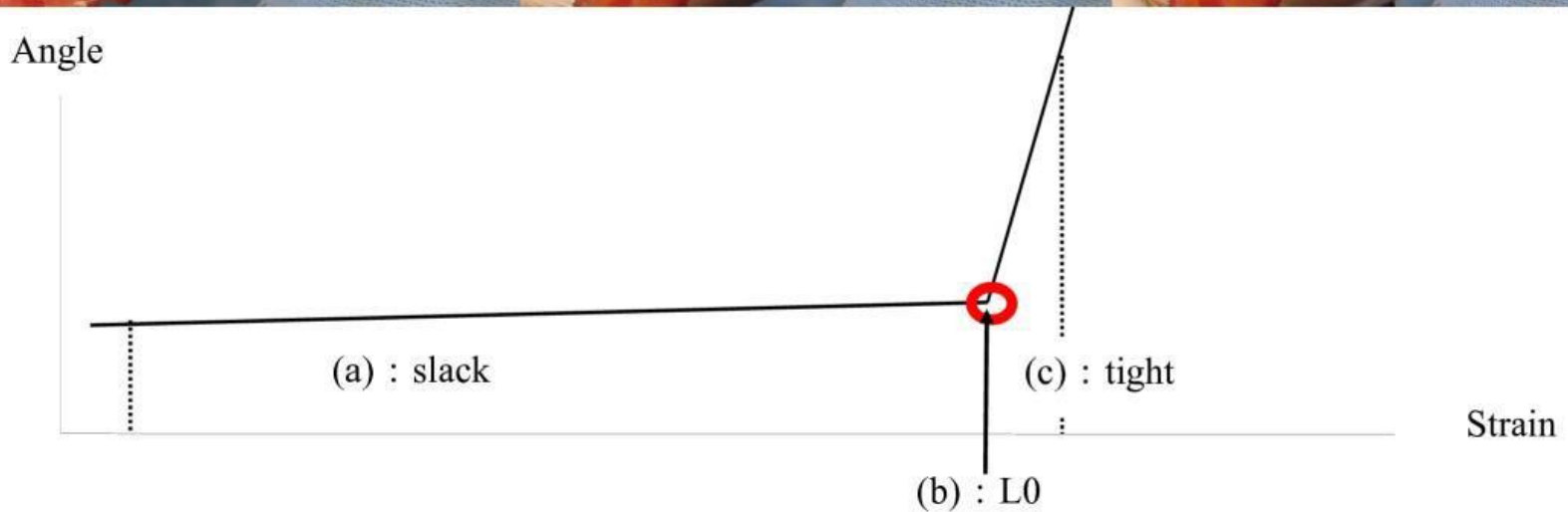
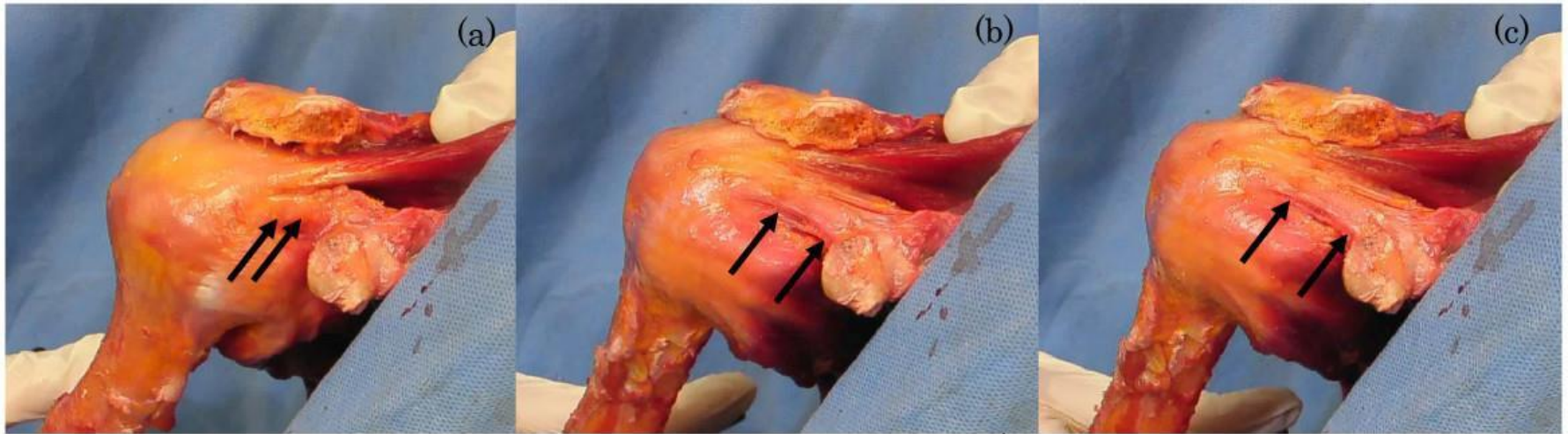
- Het GH-gewrichtskapsel zit niet verkleefd aan omliggende weefsels (geen adhesies dus).
- Het betreft een fibrosering/
verdikking van het GH-kapsel met een verminderd intra-articulair volume tot gevolg.



Vraag 1. Dikte CHL-ligament wordt gebruikt als een secundaire uitkomstmaat, zinvol?







Gedrag RCI (CHL + SGHL) bij exorotatie (0° abd.)



Intensief: in zijlig ventraal transleren, rek op CHL / SGHL.

Vraag 2. Over het nut van de 6 HW oefeningen?

Exercise 1 Strengthening: Resisted Flexion

Hold tubing with right arm at side. Pull forward and up. Move shoulder through pain-free range of motion.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.



Exercise 2

Strengthening: Resisted Extension

Hold tubing in right hand, arm forward. Pull arm back, elbow straight.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.



Strengthening: Resisted External Rotation

Exercise 3

Hold tubing in right hand, elbow at side and forearm across body. Rotate forearm out.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.

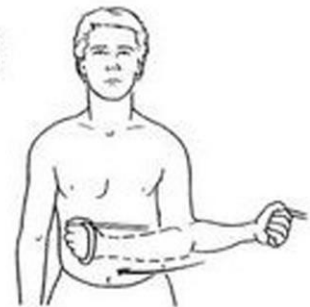


Strengthening: Resisted Internal Rotation

Exercise 4

Hold tubing in right hand, elbow at side and forearm out. Rotate forearm in across body.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.



Strengthening: Resisted Abduction

Exercise 5

Hold tubing with right arm across body. Pull up and away from side. Move through pain-free range of motion.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.



Strengthening: Resisted Adduction

Exercise 6

Hold tubing in right hand, arm out. Pull arm toward opposite hip. Do not twist or rotate trunk.

Repeat 10 times per set.
Do 3 sets per session.
Do 1 sessions per day.



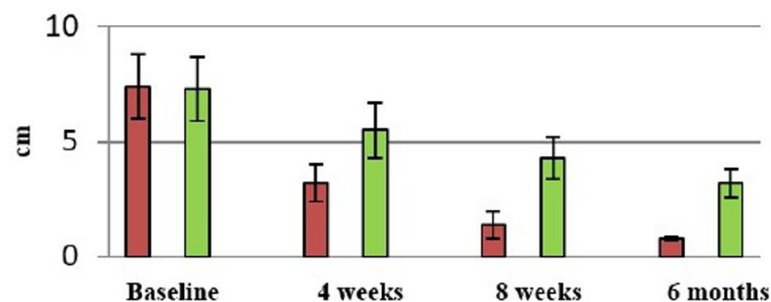
Vraag 2. Over het nut van de 6 HW oefeningen?

- Gericht op strengthening?
Kan soms relevant zijn.
- Pijnvrij bewegen; dus geen rek, laat staan TERT (N.B. mogelijk in deze RCT zinvol).
- Behoorlijk saai.
- Ook saaie doseringsparameters.
- Weinig relatie met de aandoening/ klachten pt.

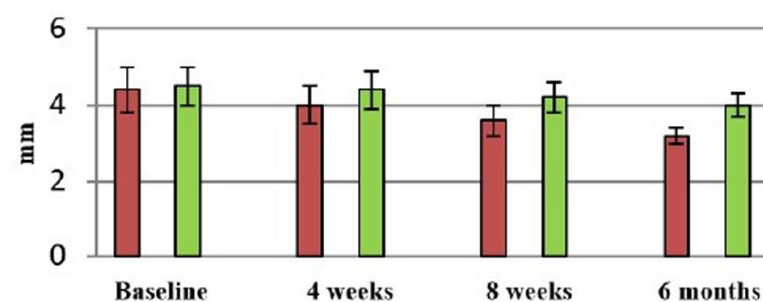
***Vraag 3. Bekijk de resultaten in figuur 5 en tabel 4 (meest rechtse kolom).
Statistisch significant? Klinisch relevant?***

Variables	Month 6 minus Baseline
	Active – Sham
Pain intensity	2.5 (2.18 to 2.81)
MRI T2	0.7 (0.56 to 0.83)
Fun. disability	19.1 (17.49 to 20.70)
Kinesiophobia	9.5 (8.46 to 10.53)
Depression	4.3 (3.91 to 4.68)
Quality of life	0.9 (0.74 to 1.05)

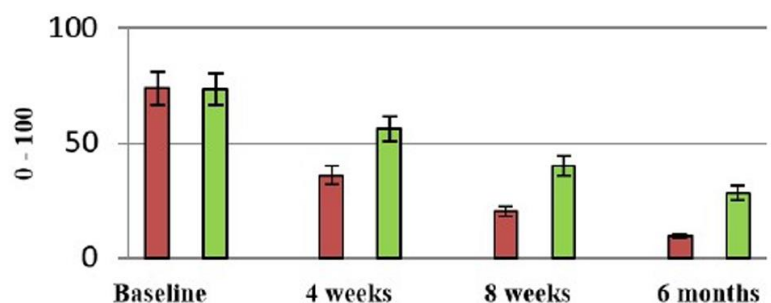
Pain intensity



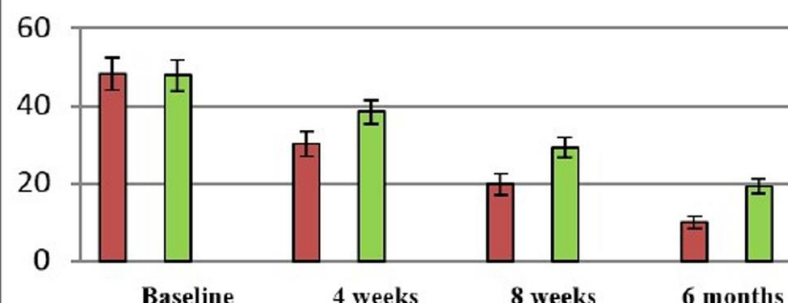
MRI T2 Sagittal section



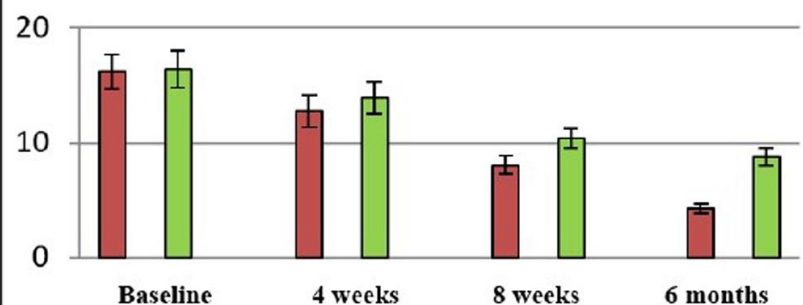
Functional disability



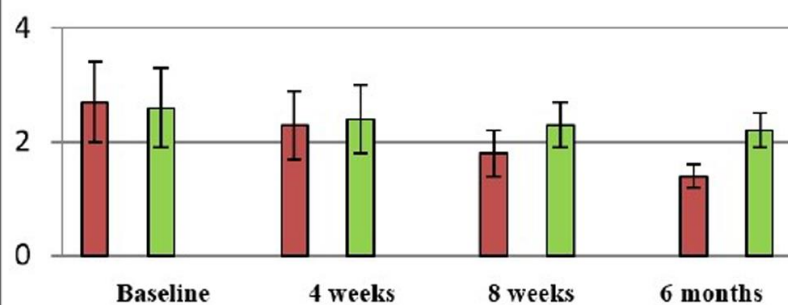
Kinesiophobia



Depression



Quality of life



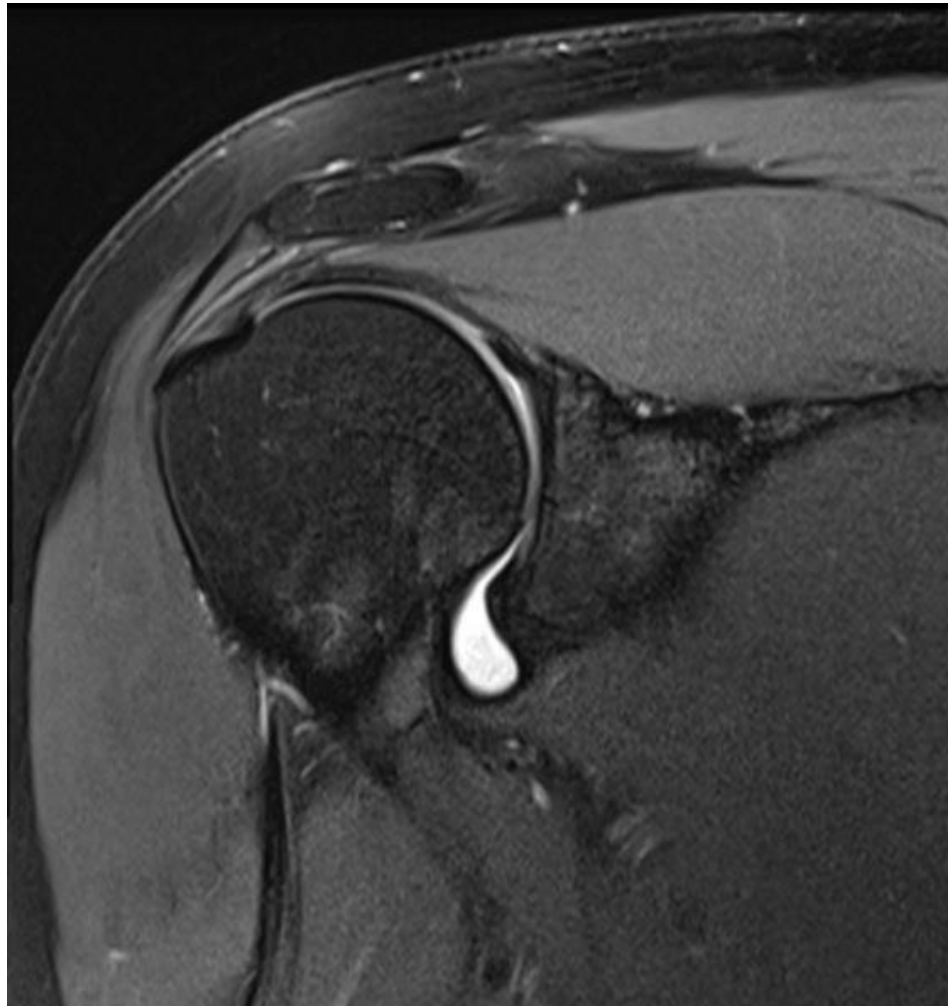
■ Active group ■ Placebo group

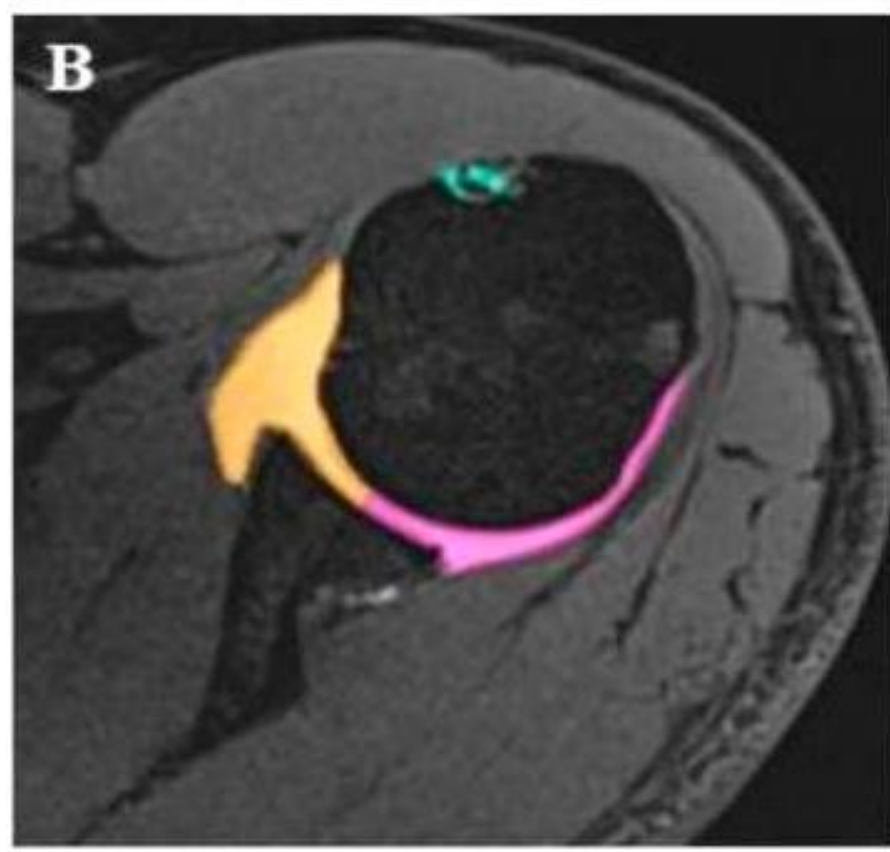
***Vraag 3. Bekijk de resultaten in figuur 5 en tabel 4 (meest rechtse kolom).
Statistisch significant? Klinisch relevant?***

Variables	Month 6 minus Baseline	Relevant?
	Active – Sham	
Pain intensity	2.5 (2.18 to 2.81)	Ja
MRI T2	0.7 (0.56 to 0.83)	0,7 mm: Ja
Fun. disability	19.1 (17.49 to 20.70)	QDASH: Ja
Kinesiophobia	9.5 (8.46 to 10.53)	Tampa: Ja
Depression	4.3 (3.91 to 4.68)	HADS: Ja?
Quality of life	0.9 (0.74 to 1.05)	EuroQ.: Ja?

Vraag 4. Distensie of ook Hydrodilatatatie met een injectie?

Weet jij het normale GH-gewrichtsvolume in cm³?





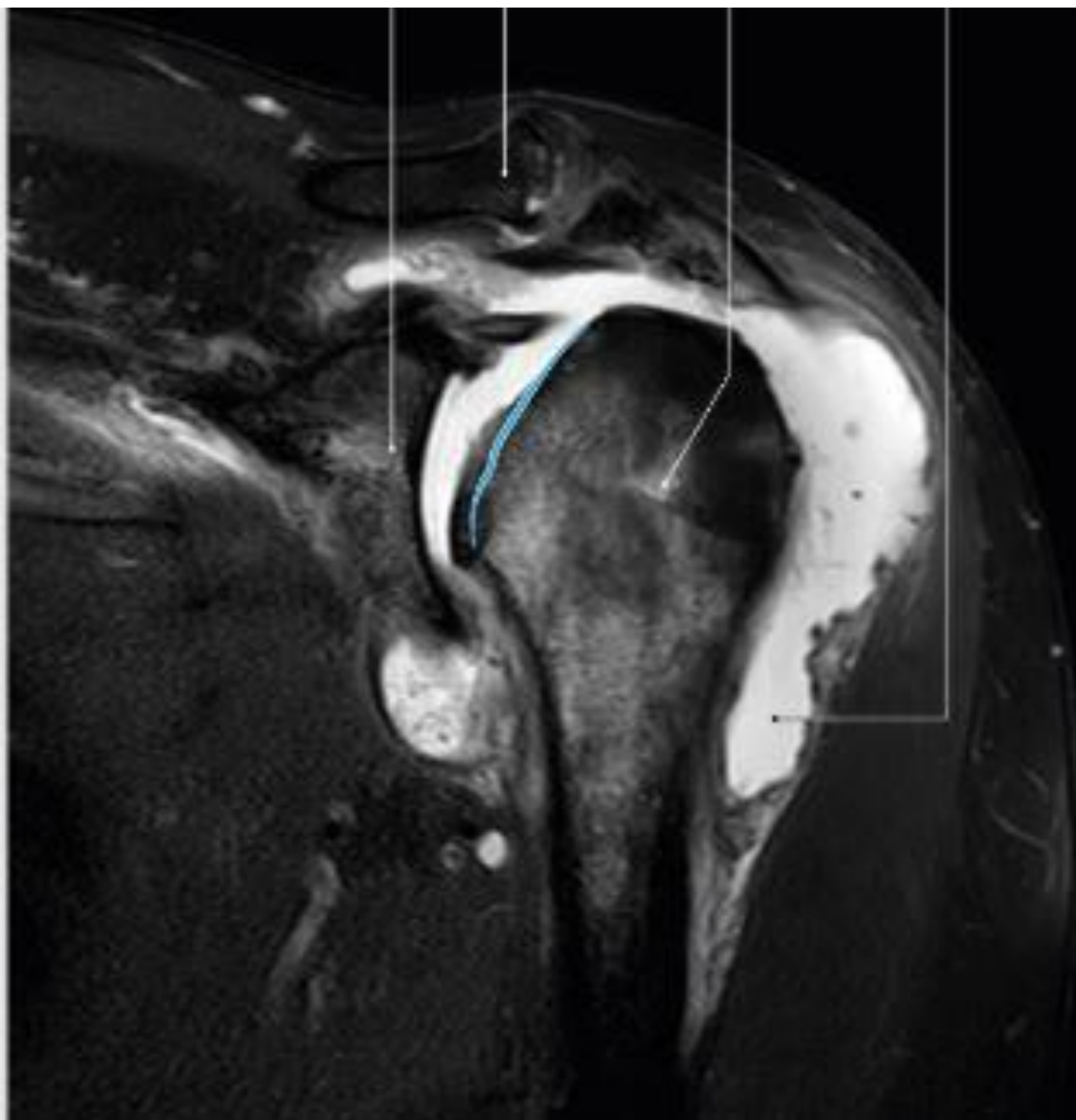
Normal

Normal axillary recess

Frozen Shoulder

Absent Axillary recess





Vraag 4. Distensie of ook Hydrodilataatie met een injectie?

Weet jij de normale GH-gewrichtsvolume in cm³?

- Normaal in GH-gewricht: 15 – 25 ml/ cm³ volume
- Bij FS: volume < 12 ml/ cm³
- Bij instabiliteit: volume wordt wel 30 ml/ cm³
- IAL/ CSI injectie is 7 ml/ cm³.

Zou dat distensie kunnen geven?

***Vraag 5. 'Participants in the active intervention group received manual therapy techniques comprising scapular mobilization and posterior capsule stretching.'
Zijn dat passende rationales?***

*Vraag 5. 'Participants in the active intervention group received manual therapy techniques comprising scapular mobilization and posterior capsule stretching.'
Zijn dat passende rationales?*

- Rol scapula-thoracale gewricht bij FS-patiënten?
- Is bij FS de posterieure GH-kapsel het meest in contractuur?

Vraag 6 +7. Wat lijkt er te gebeuren op de foto's? Klopt dat met de rationale & de tekst?

2.3.3 Manual therapy. Participants in the active intervention group received manual therapy techniques comprising scapular mobilization and posterior capsule stretching, performed by a licensed physiotherapist with expertise in musculoskeletal rehabilitation. Scapular mobilization was carried out with participants positioned in a lateral decubitus (side-lying) posture on the unaffected side, with the affected arm supported at 90 degrees of shoulder flexion in the scapular plane. The physiotherapist manually stabilized the scapula using one hand to prevent compensatory movement, while the other hand guided the scapula through controlled mobilization techniques. These included medio-lateral (side-to-side glides), supero-inferior (up-and-down glides), and circumduction (gentle circular movements), each performed ten times. A rest interval of 30 seconds was allowed between sets to avoid fatigue and allow for neuromuscular relaxation (Fig 3).

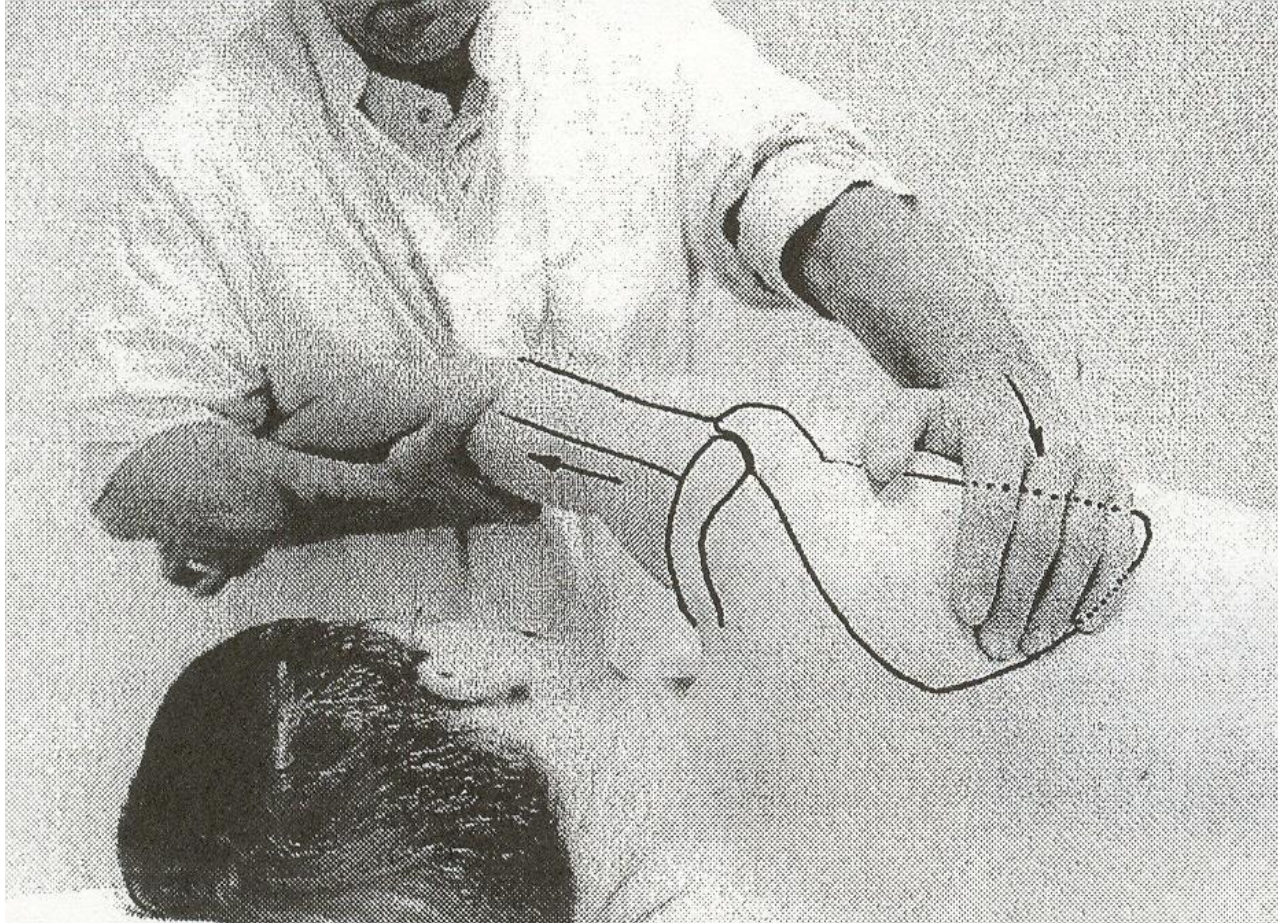
Posterior capsule stretching was similarly conducted in the side-lying position with the affected shoulder on top. The scapula was stabilized laterally by the physiotherapist to isolate the glenohumeral joint. The arm was maintained at 90 degrees of flexion and gently horizontally adducted, while a sustained posteriorly directed force was applied at the elbow to stretch the posterior capsule of the shoulder joint. Each stretch was held for 20 seconds and repeated 10 times, with a 30-second rest between repetitions. This technique was specifically aimed at improving posterior shoulder mobility and reducing capsular tightness, which are common impairments associated with subacromial impingement. Throughout both interventions, care was taken to ensure patient comfort and avoid any provocation of pain, and all procedures were performed within the participant's pain-free range of motion (Fig 4) [19].



Lijkt op indirect GH mobiliseren via ST-gewricht (Stenvers).



Is dit rek van de dorsale GH-kapsel?



**Erik
Vermeulen
(2000,
blok 4,3),
EMT bij
frozen
shoulder;
o.a.
reversed
distraction.**

Lijkt nogal op figuur 4 in artikel.

6b. Rekken van de P-IGHL: INTENSIEF.



Vraag 8. Vakinhoudelijk dus relevante tegenstrijdigheden, maar de klinische resultaten zijn prima (zelfs de objectieve CHL-dikte!).

Wat nu? Heb je een verklaring? + voor FT/ SNT?



Vraag 8. Heb je een verklaring?

20th of February 2024
Force-NET Winter Symposium

**Understanding Contextual Factors
and how these can influence clinical
and mechanistic outcomes**

Dr Giacomo Rossettini

PhD, MSc, OMPT, PT



 giacomo.rossettini@gmail.com

 @GiacomoRoss86

 **Universidad
Europea**

Exercise for rotator cuff tendinopathy: Proposed mechanisms of recovery

Oscar Vila-Diequez¹ , Matthew D. Heindel¹, Daniel Awokuse¹
Kornelia Kulig^{1,*}, and Lori A. Michener^{1,*}

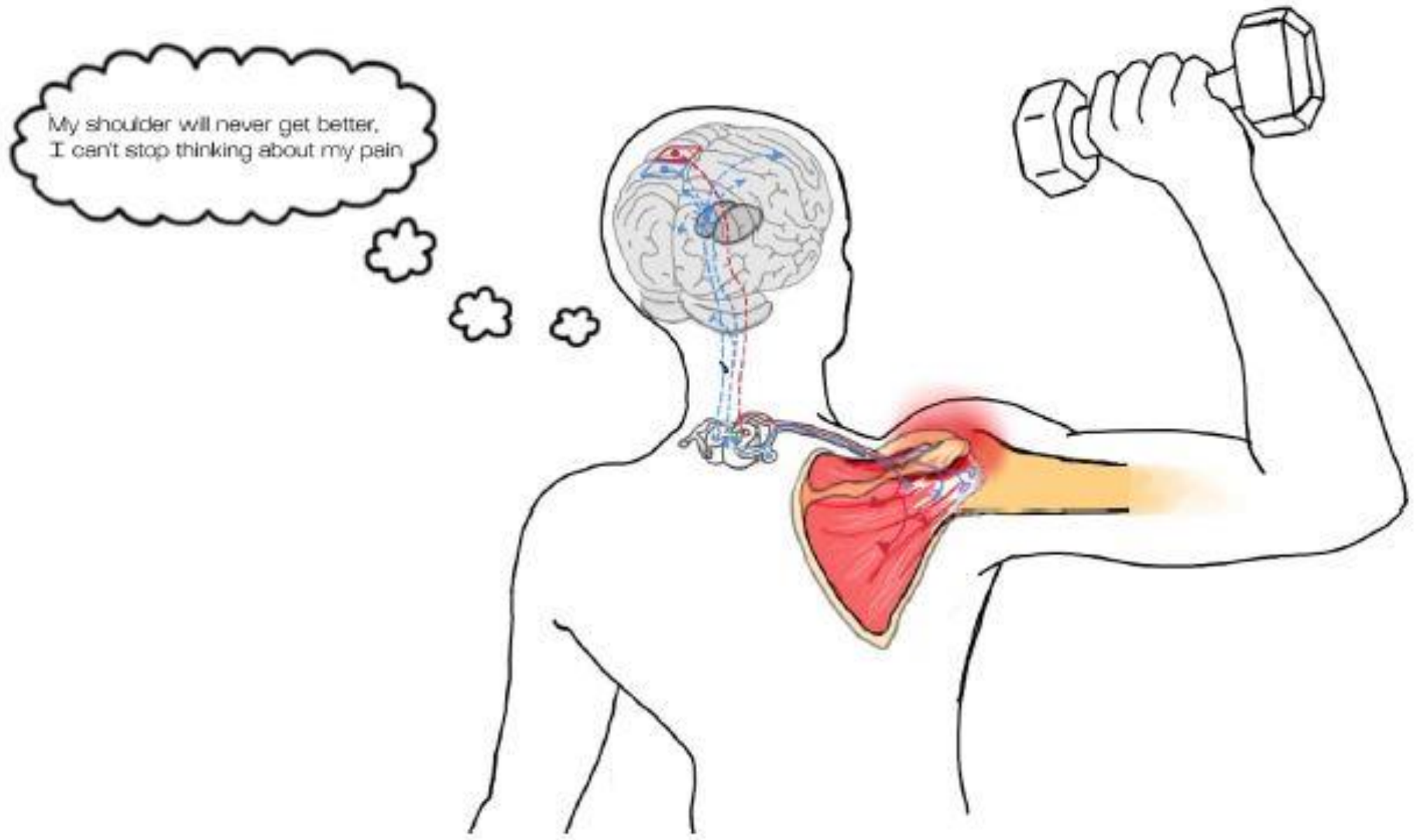
Shoulder & Elbow
2023, Vol. 0(0) 1–17
© The Author(s) 2023
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/17585732231172166
journals.sagepub.com/home/sel



Abstract

Rotator cuff (RC) tendinopathy is a common recurrent cause of shoulder pain, and resistance exercise is the first-line recommended intervention. Proposed causal mechanisms of resistance exercise for patients with RC tendinopathy consist of **four domains: tendon structure, neuromuscular factors, pain and sensorimotor processing, and psychosocial factors.** Tendon structure plays a role in RC tendinopathy, with decreased stiffness, increased thickness, and collagen disorganization. Neuromuscular performance deficits of altered kinematics, muscle activation, and force are present in RC tendinopathy, but advanced methods of assessing muscle performance are needed to fully assess these factors.

Vier domeinen voor fysiotherapie.



Effect FT behandeling

Specifieke effecten

Passend bij rationale/ verklaringsmodel van de interventie; vb.: spierfunctie/ mobiliteit/ coördinatie/ fitheid verbeteren; herstel actief ADL/ werk/ sport functioneren

Contextuele effecten

Treden op/ na te steven door positieve effecten van communicatie/ samenwerking bij FT behandelen; vb.: beter ziekte inzicht, positief verwachtingspatroon, herstel van zelfvertrouwen, verminderen bewegingsangst, toename zelfredzaamheid; verminderen disfunctionele cognities/ 'beliefs' ook algemene effecten bv Hawthorne effect.

Algemene effecten

Natuurlijk beloop, regressie naar gemiddelde

*Vraag 8. Zouden de contextuele effecten van
injectie + HWO + echte mobilisatie
groter zijn dan die van
injectie + HWO + 'sham' mobilisatie?*



Welk mechanisme zorgt voor het effect van de behandeling?

Totale effect =

Specifieke effect

+

Contextuele effect

Van de interventie

Placebo

Mobiliseren/manipuleren

Context

Weke delen technieken

Hawthorn

Dry needling, Oefenen

Natuurlijk beloop

Regressie naar gemiddelde

Interventie	Specifieke effect	Contextuele effect
Dry needling	26%	74%
Taping	31%	69%
Manipulatie	29%	71%
Mobilisatie	13%	87%
Weke delen technieken	19%	81%
Oefenen	54%	46%

Proportie aandeel effect op pijn vermindering direct na interventie

Vraag 9: Druk je mening over de relevantie van het artikel over het behandelen bij FS-patiënten uit in een cijfer tussen 0 ('helemaal niet relevant') en 10 ('bijzonder relevant') in de volgende kolom:	
Vraag 10. Het uitvoeren van deze opdracht (lezen, interpreteren, antwoorden) koste mij het aantal minuten dat ik in de volgende kolom noteer:	

Bedankt voor je presentie & participatie.

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



Volgende live SNT bijeenkomst op di 10-03-2026