

SchouderNetwerk Twente

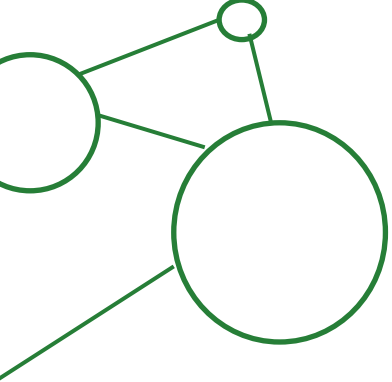


SchouderNetwerk
Twente



SNT verenigingsbijeenkomst

04-11-2025, zoom meeting (19:00-21:00)



Verenigingszaken:

- Ontvangst / welkom
- Opening - Algemene zaken / mededelingen
 - Kennisplatform op de SNN site, met externe aanbieder

MENTI UITVRAAG:

- Bespreken uitslag
- Over de toekomst van SNT

Vakinhoudelijk deel:

- ECS (door Gerard)
- Bespreking artikel - Gerard koel

ALGEMENE ZAKEN / MEDEDELINGEN:



[Aanmelden](#)

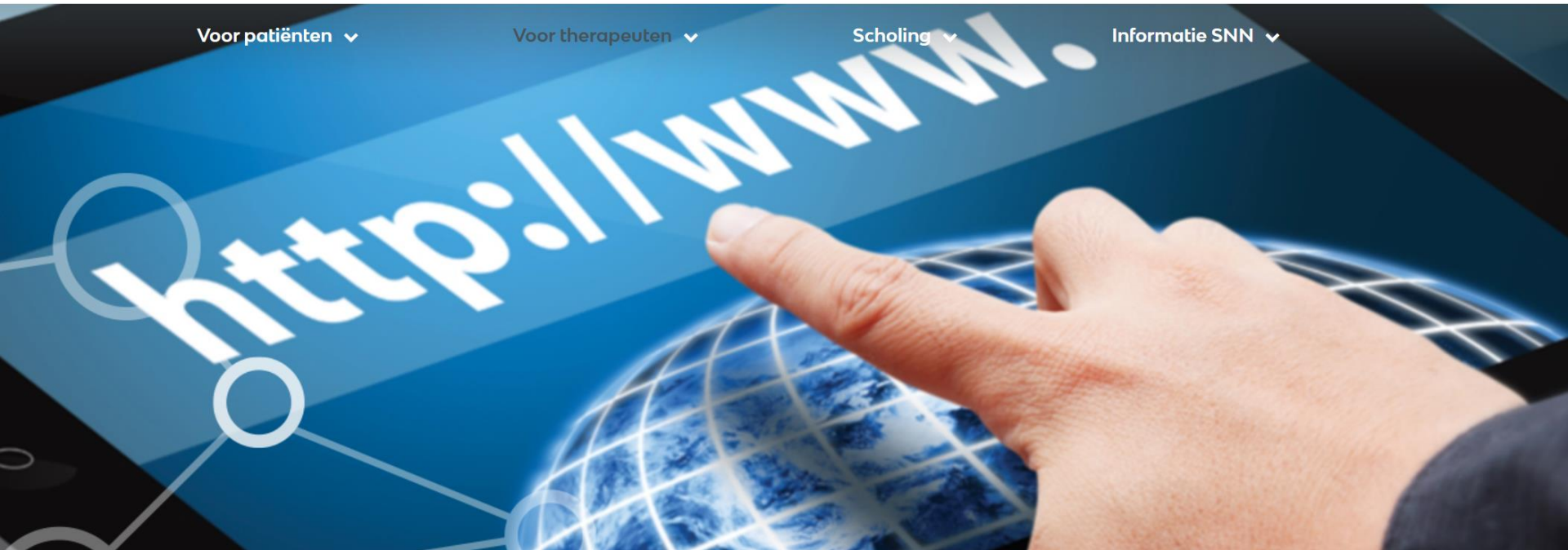
[Inloggen](#)

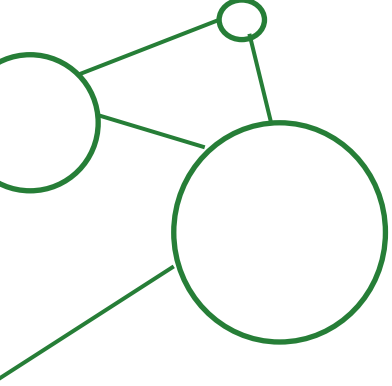
[Voor patiënten](#) ▾

[Voor therapeuten](#) ▾

[Scholing](#) ▾

[Informatie SNN](#) ▾

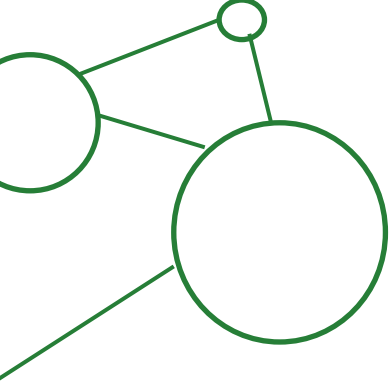




MENTI METER, DE UITSLAGEN:



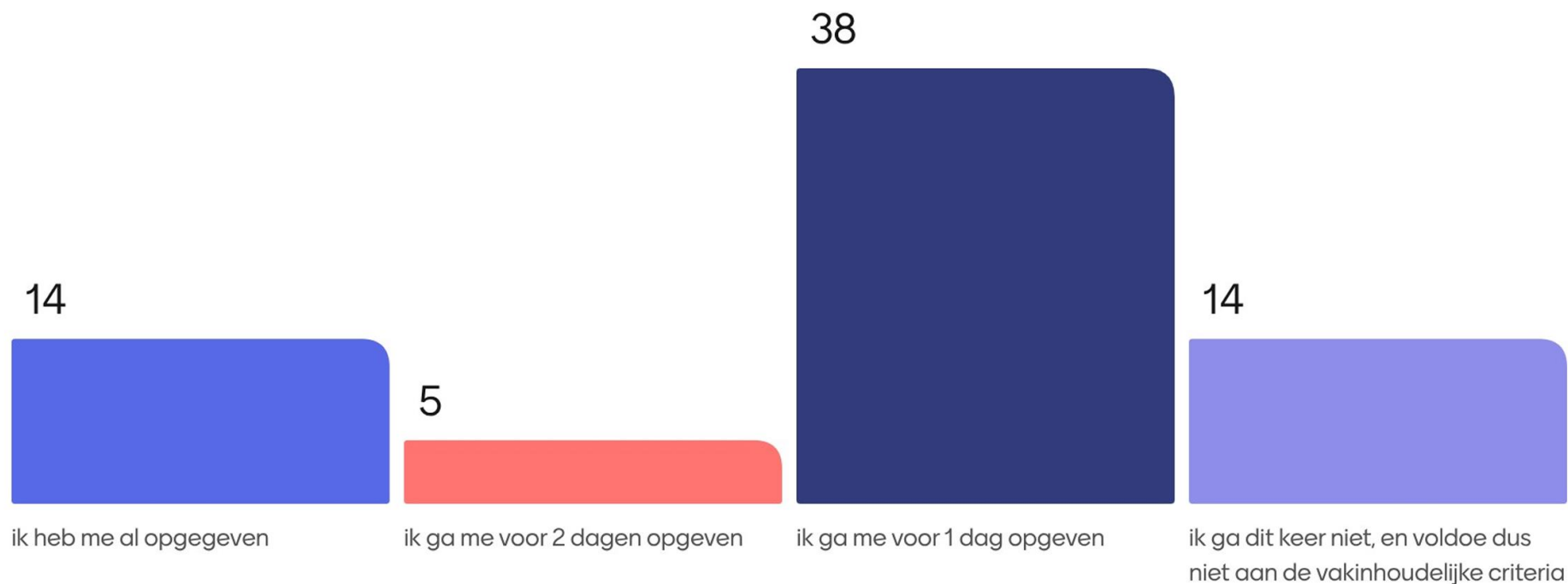
Mentimeter

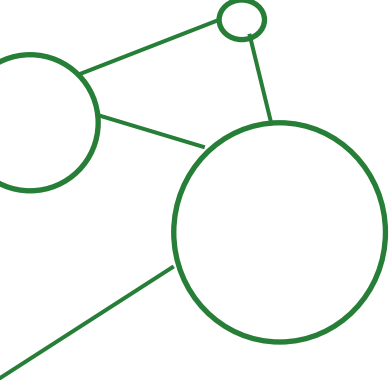


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

Mentimeter

Over het schoudercongres 18/ 19 september in Rotterdam:

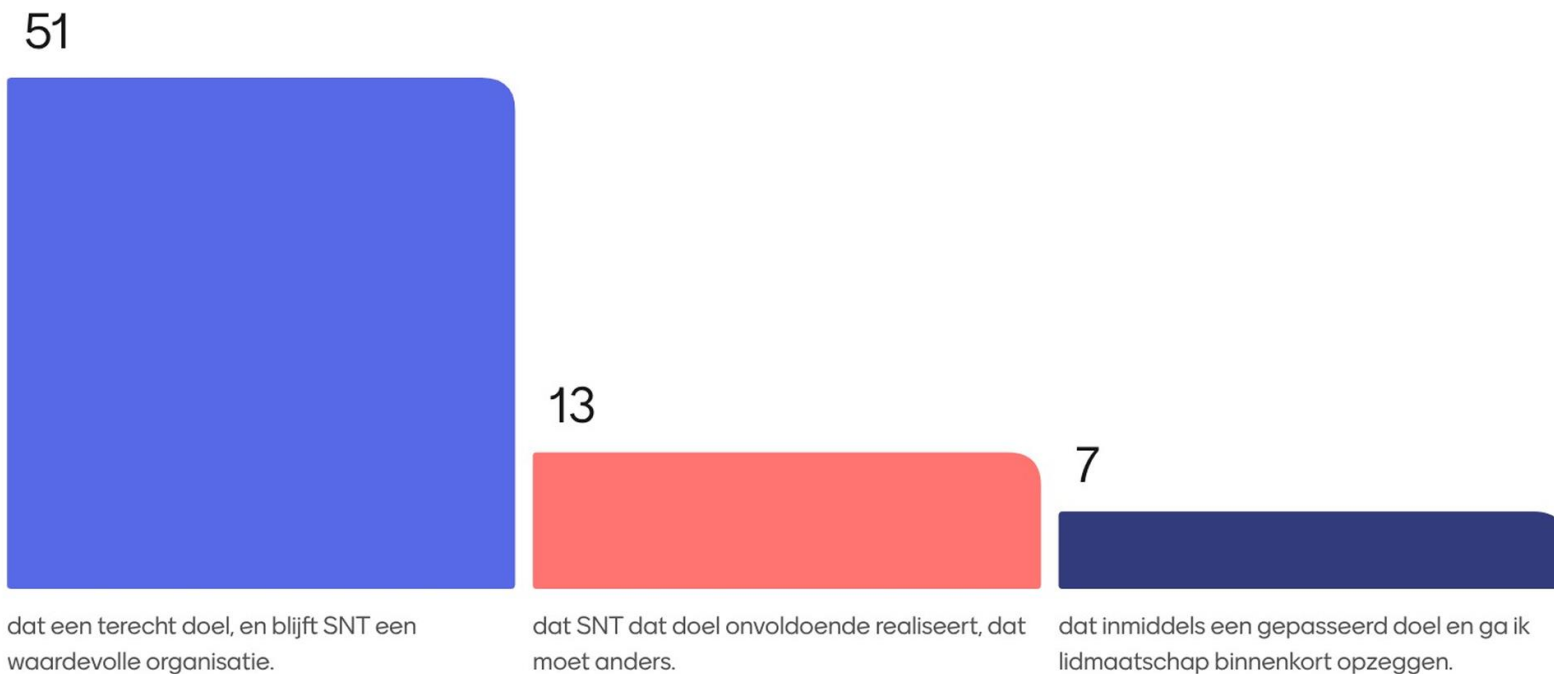


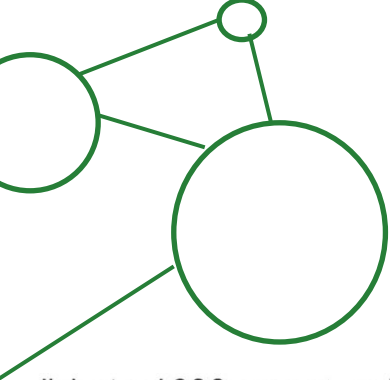


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

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





BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

Ik betaal 200 euro pj en krijg: enthousiasmerende vereniging, vakinhoudelijke presentaties, gelijkgestemde collega's, 2 tot 6 accreditatie punten.

58



Ben daar tevreden mee, level
functioneren 1 tot en met 4, en blijf lid

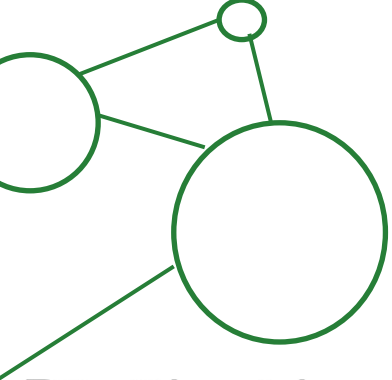
13



Ben daar niet meer tevreden mee, bij dit
level van functioneren, ga ik stoppen



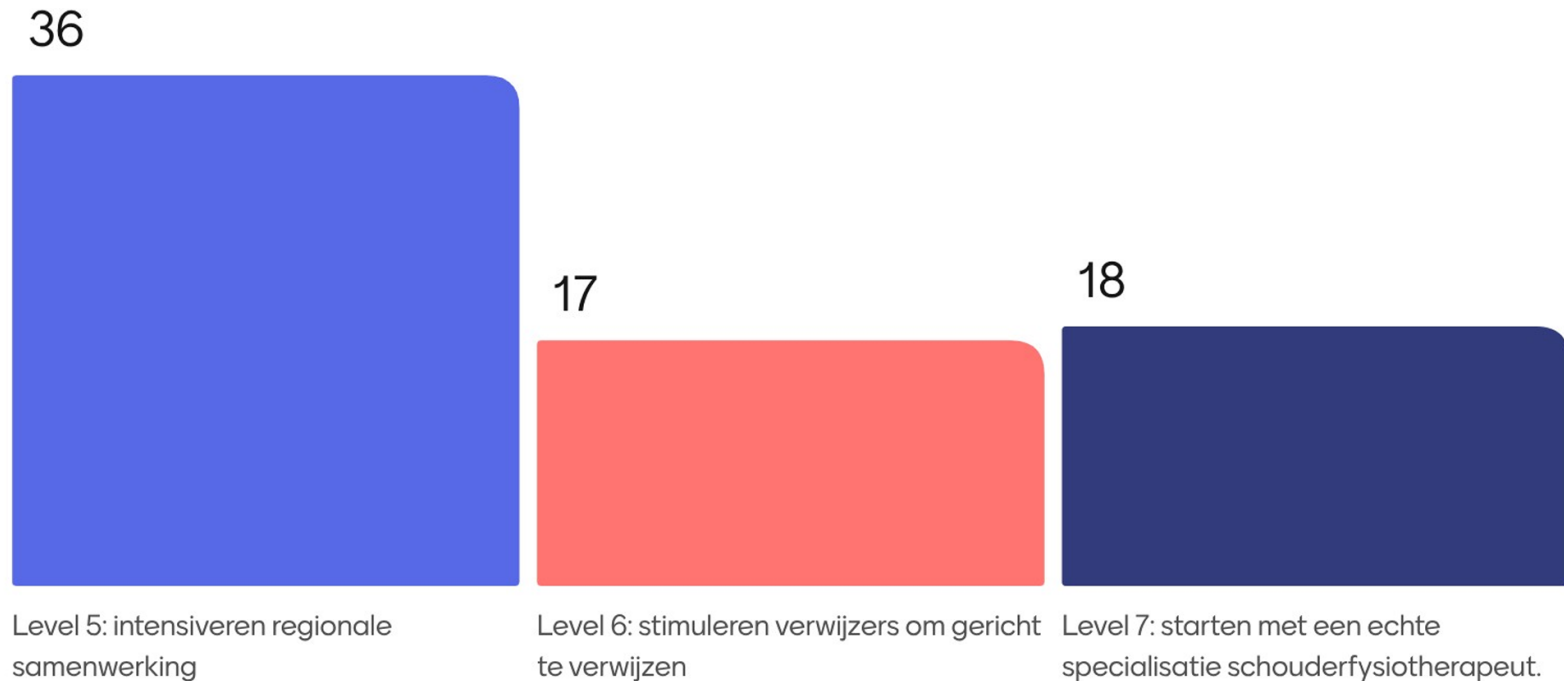
SchouderNetwerk
Twente



BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

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

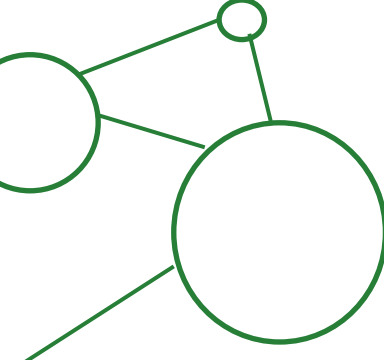


WAT ZIJN WE NU?

Doelen van SNT Van klein naar groot	Aanpak, strategie Minimaal >> optellen 1 naar 7	Consequenties Minimaal >> optellen 1 naar 7
-1: Gezamenlijke interesse voor schouder delen, gezellig, positieve atmosfeer	Realiseren fysieke en online bijeenkomsten	. Nauwelijks kosten
-2: Profileren van schouderfysiotherapie, inhoudsdeskundig	Verplichte entree cursus Voldoen aan kwaliteitscriteria	. Geringe kosten (100 euro pj) . 2-6 accreditatiepunten pj
-3: Positioneren van schouder FT in zorg SP-patiënten, kenbaar voor andere zorgprofessionals	Publiceren over schouder FT Informeren stakeholders Informeren SP-patiënten	. Onderhouden SNT-website . SNT-leden activeren publicaties te schrijven
-4: Voldoen aan criteria deelnemen aan nationaal netwerk (SNN)	Passende statuten en HR SNT 'betaalt' per lid (30 euro) SNT'ers laten deelnemen aan SNN (N.B. SNT = best vertegenwoordigde netwerk)	. Directe activiteiten: deelnemen symposium, Kennisplatform (komt eraan) . Indirecte activiteiten: realiseren richtlijnen (NHG) schouderprojecten (zie ECS)
-5: Regionale samenwerking met zorgprofessionals intensiveren	Contact intensiveren met HA-organisaties (Thoon), orthopeden (OCON, MST). Samen projecten opzetten (zoals ECS). Ook POH'ers.	. Toename kosten . Toename tijdsinvestering . Evaluatie (toetsen?) van de geboden kwaliteit c.q. bewaken van een ondergrens

Is dit nog
wel zo??



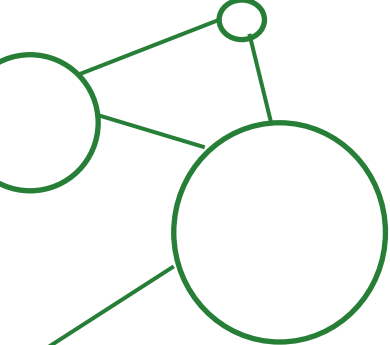


VOLGENS DE ANTWOORDEN WILLEN WE ZIJN:



Doelen van SNT Van klein naar groot	Aanpak, strategie Minimaal >> optellen 1 naar 7	Consequenties Minimaal >> optellen 1 naar 7
-6: Economisch doel: meer consulten SP-patiënten realiseren/ betere betaling.	Stimuleren van verwijzers om gericht te verwijzen. Gezamenlijke rapportage. Overleg met zorgverzekeraars	Vraagt om serieuze lobby's, procesmatig, lange termijn. Elkaars richtlijnen samenvoegen/ implementeren
-7: Ontwikkelen KNGF erkende specialisatie schouderfysiotherapie.	Eigen postacademiale opleiding met toetsen/ diploma en strategie behoud/ evaluatie van competenties	. Forse kosten . Forse tijdsinvestering . Actief kwaliteitsbeleid

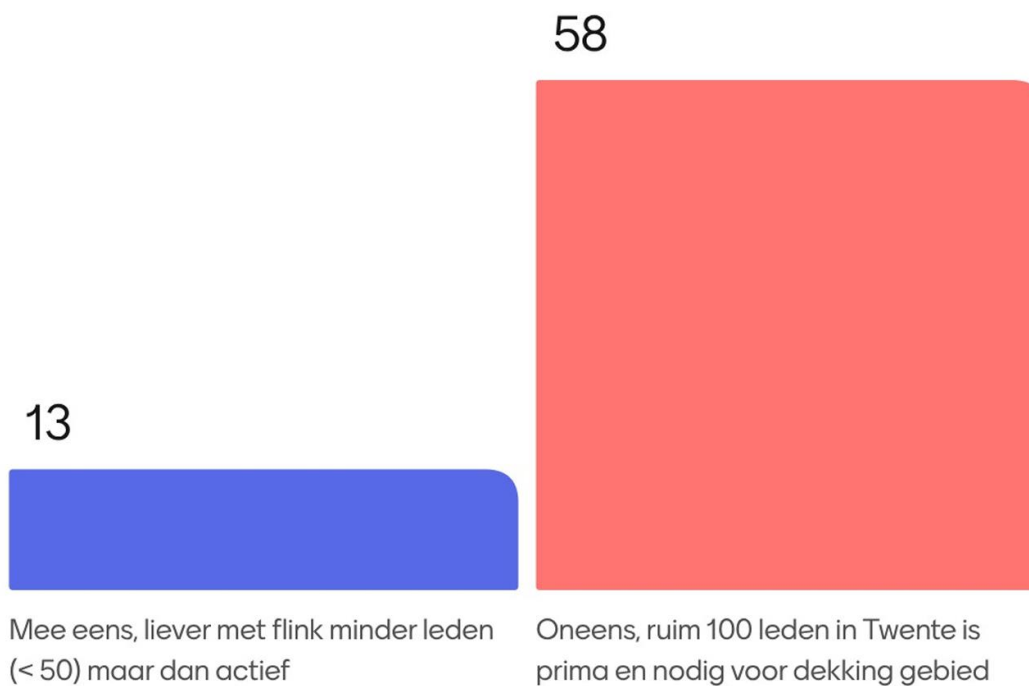
Moeten wij dit niet zijn om toekomst te hebben?

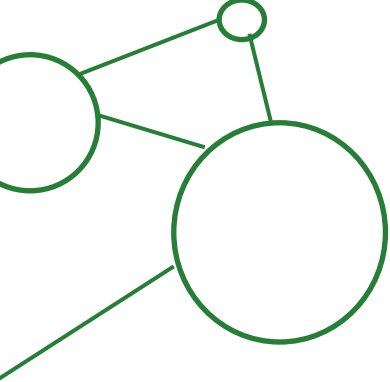


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

SNT is veranderd in een wat passieve vereniging met te weinig actieve participatie. SNT moet kleiner, niet-actieve leden: lidmaatschap beëindigen.

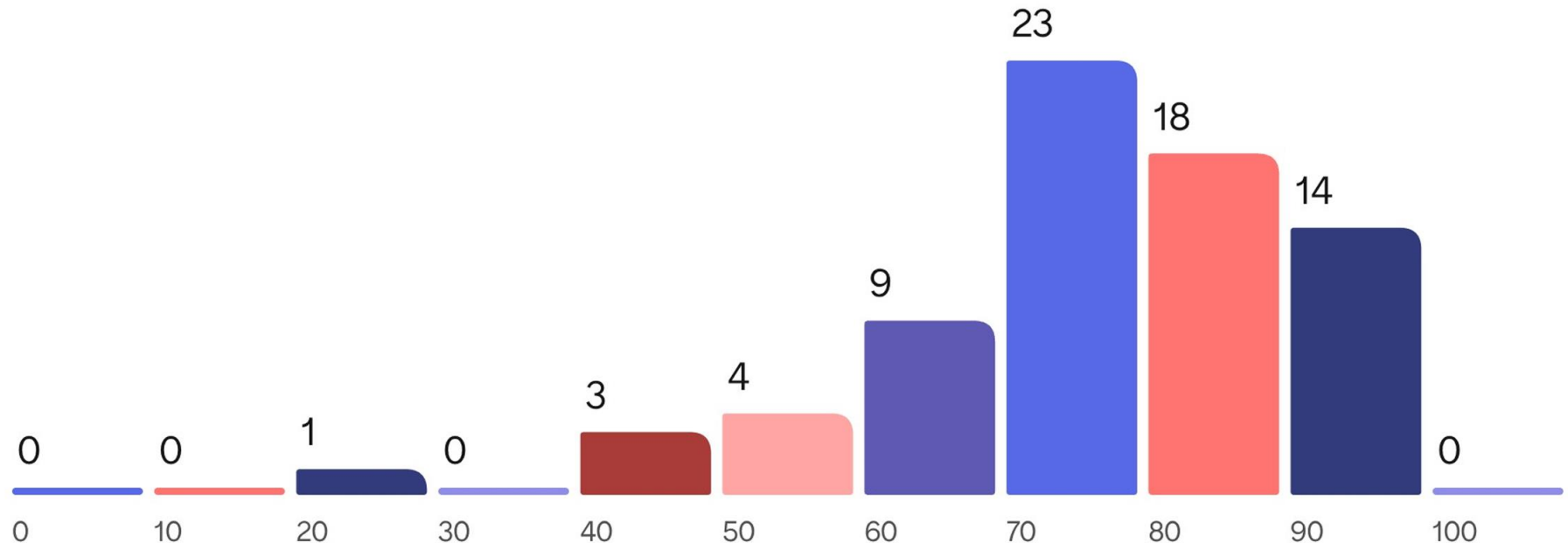


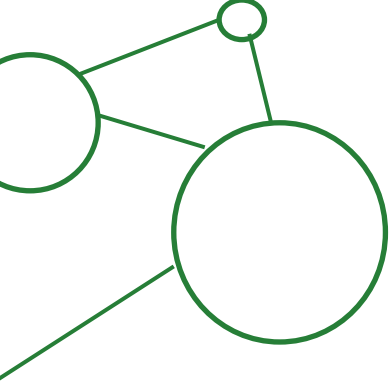


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

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

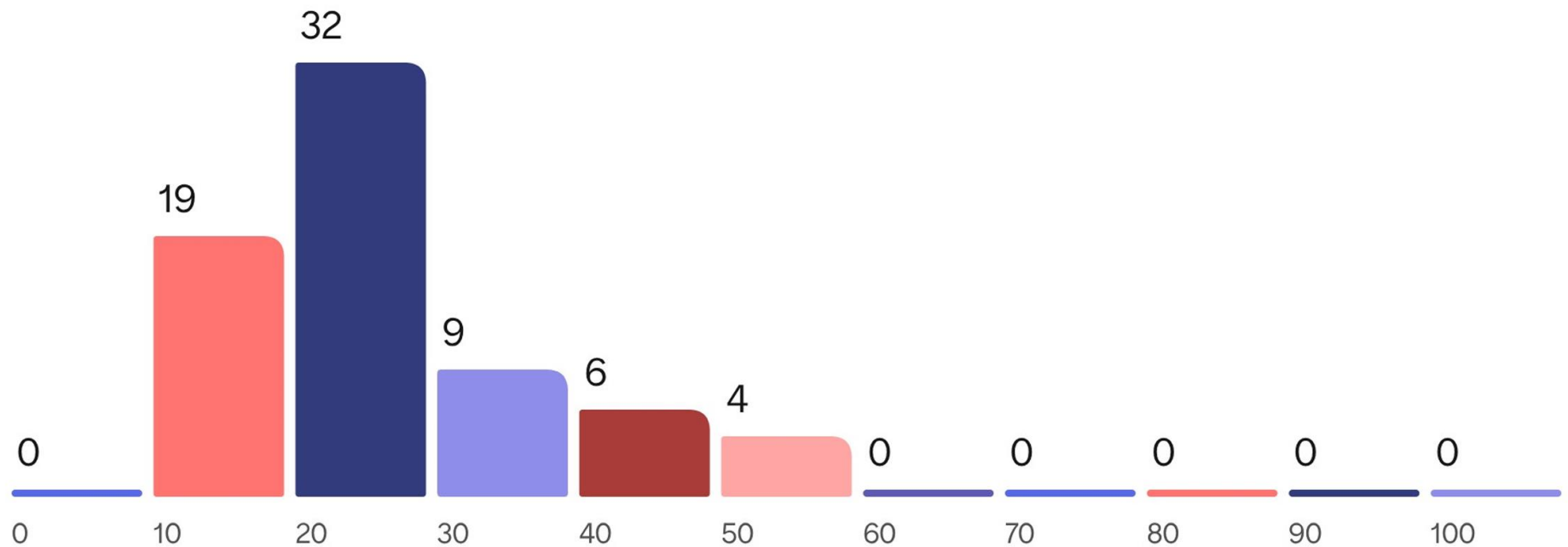


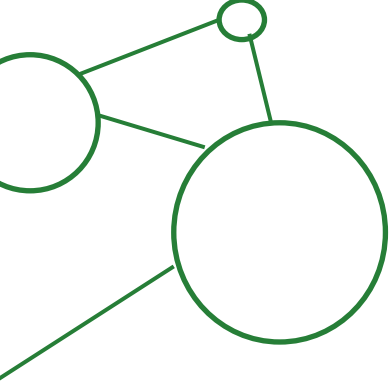


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

Als ik de populatie SP-patiënten in mijn praktijk overzie, komen die, percentage per decimaal, via HA/ POH (dus vanuit de eerste lijn) binnen:

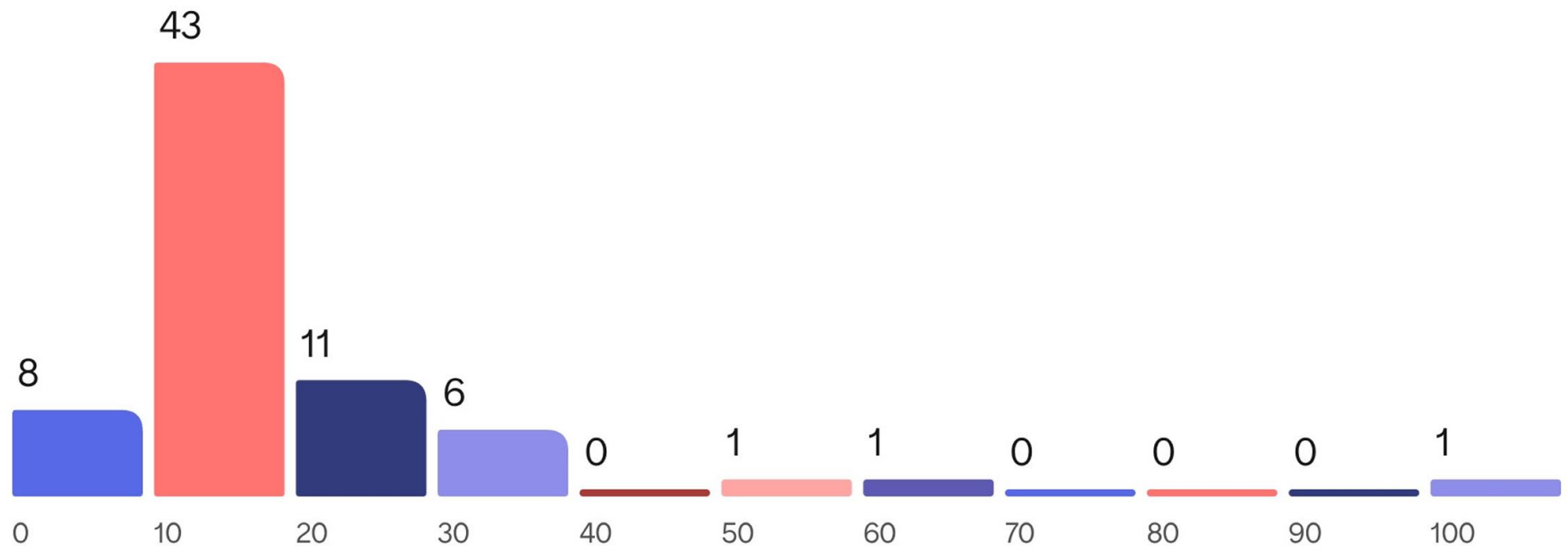


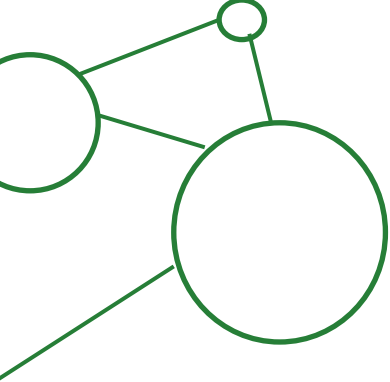


BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

Als ik de populatie SP-patiënten in mijn praktijk overzie, komen die, percentage per decimaal, via de orthopeed (dus vanuit de tweede lijn) binnen:





BESPREKEN VRAGEN / UITKOMSTEN MENTIMETER:

 Mentimeter

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

55



Umooove en SNT kunnen prima naast elkaar bestaan, samenwerken is aan te bevelen

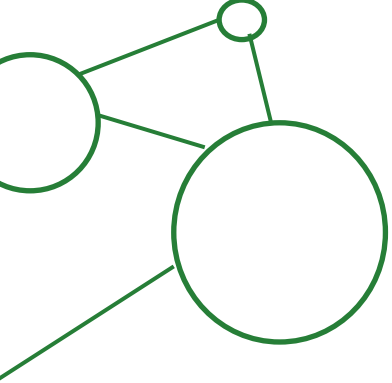
16



Door Umooove wordt communicatie met de orthopeden lastiger, niet streven naar samenwerken

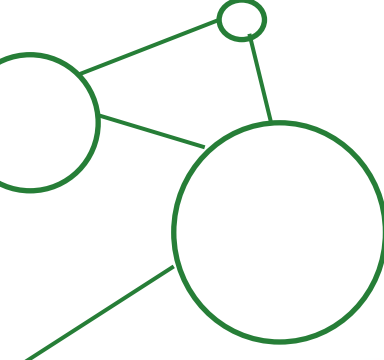


**SchouderNetwerk
Twente**



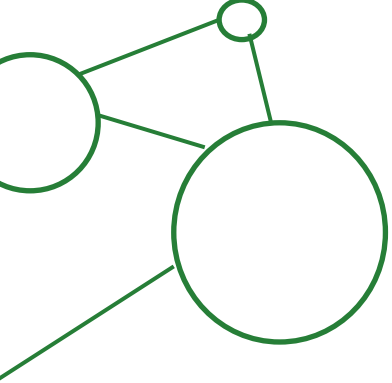
CONCLUSIE UITKOMSTEN MENTIMETER:

- Leden voldoen bewust niet aan de **verplichtingen** voortkomend uit het lidmaatschap
- SNT blijft een **waardevolle** organisatie
- Lid is **tevreden** bij lidmaatschap a 200 p jr bij level 1-4
- Eventueel **uitbreiden** naar **level 5**



TOEKOMST SNT:

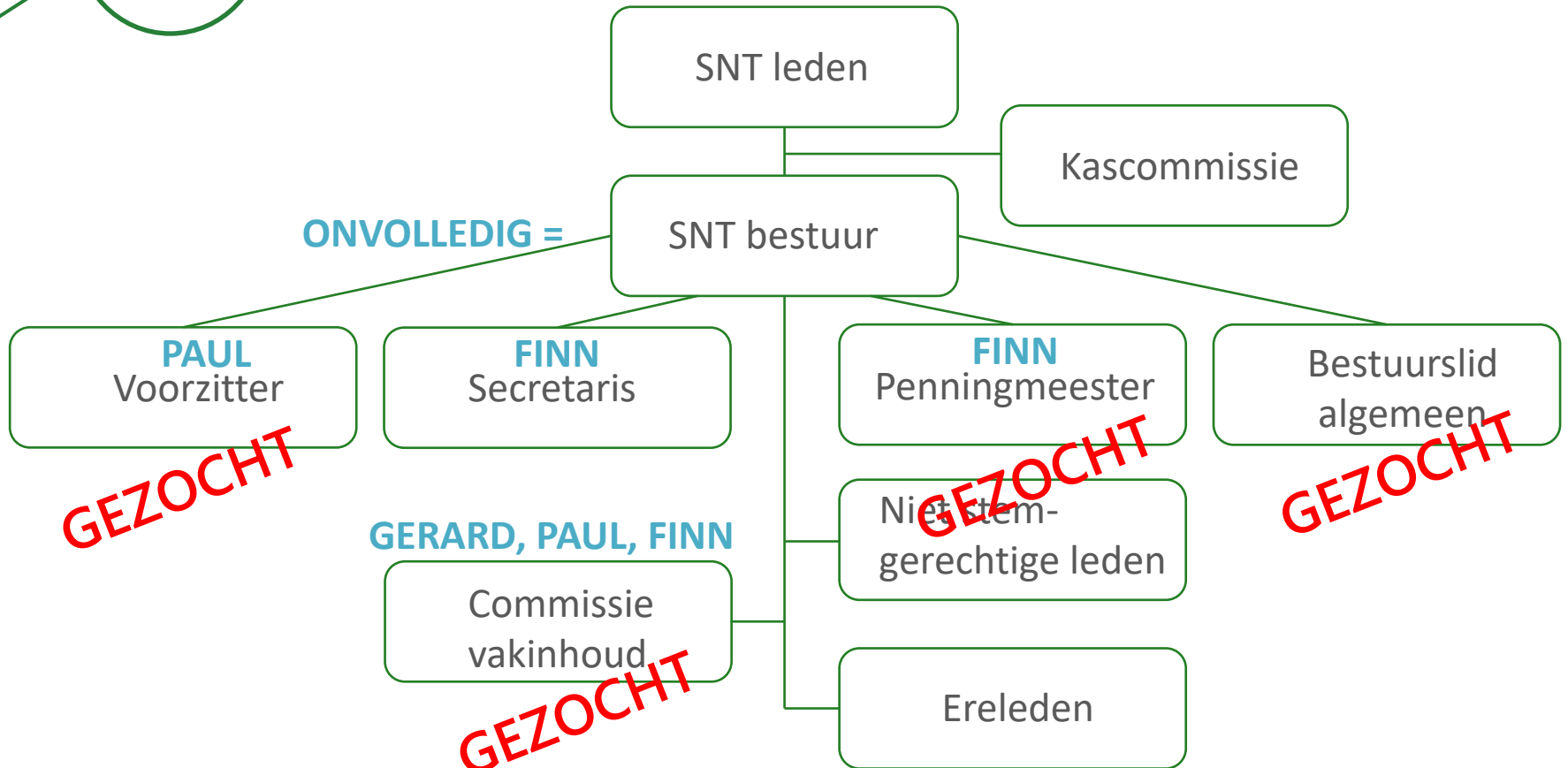


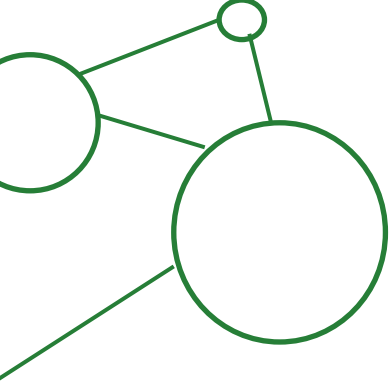


VOOR NU ZELFSTANDIG:



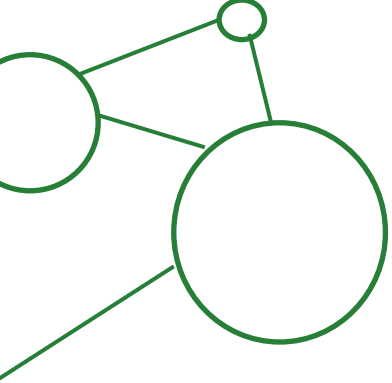
Organigram





WAT WE OOK KIEZEN:





Voor nu:

- Werken we met een jaarplanning (2026 = rond, 2027 bijna rond)
- Kopen we scholing in
- Kan betaald worden uit de reserves



VAKINHOUDELIJK DEEL:

- ECS / artikel FysioPraxis
- Bespreking artikel

ECS (door Gerard):

Wetenschap

Beter verwijzen bij schouderpijn

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

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}

Verschuivend behandelbeleid
De meeste patiënten met schouderpijn worden in de eerste lijn behandeld. In 60-70 procent van de gevallen is er sprake van nociceptorische of de subacromiale weefsels, ook wel Subacromiaal PijnSyndroom (SAPS) of specifiek Rotator Cuff Related Shoulder Pain (RCRSP) genoemd. Voorheen ondergingen patiënten met (aanhoudende) SAPS, zonder op beeldvorming aanwijzing schade aan de rotator cuff pezen, frequent een zogenaamde decompressieoperatie. Maar dat is verleden tijd.^{11,12} Ook bij partiële of kleine volledige dikte DC-rupturen verdient conservatieve behandeling vaak de voorkeur.^{13,14}

Complexie besluitvorming
Er is geen duidelijke samenhang tussen een ruptuur in de rotator cuff pees en klinische symptomen.^{15,16} Twee grote MOON-studies (n=452 bij inclusie) laten zien dat 73 procent van de patiënten met schouderpijn en een volledige dikte RC-ruptuur, zich tien jaar lang goed redden met fysiotherapie en zonder operatie.¹⁷⁻¹⁹ Bij een langdurige follow-up (3-15 jaren) met controlerende beeldvorming, blijkt dat geopereerde RC-pezen een betere kwaliteit behouden dan conservatief behandelde RC-pezen; dus bij patiënten met volledige dikte RC-rupturen die hun schouders flink moeten blijven gebruiken, is een pees-repair wel aan te bevelen.²⁰⁻²⁴ Dat maakt de besluitvorming complex.

Minder voorverwijzingen
Schouderorthopeden geven aan dat veel patiënten met schouderpijn

Wetenschap

Tekst: Gerard Kiezel, Jacqueline Nijmegen – Blokvoort, Donald Van der Burg Foto: McKin Fotografie



Wetenschappelijke achtergrond, schouderpijn

Criteria

van

zijn

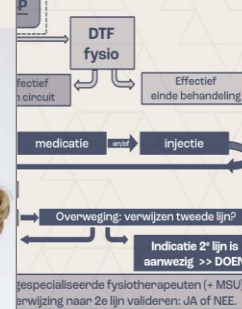
om

4. Kwalitatief goede, passende zorg, met goede samenwerking met toenemende kennisuitwisseling en besluitvorming tussen professionals en patiënten.

De uitvoering lag bij Schoudernetwerk Twente (SNT).²⁵ Dertien gespecialiseerde fysiotherapeuten uit vijf praktijken binnen SNT kregen extra scholing om richtlijnen voor de consulten af te spreken. Elke patiënt werd gezien door twee fysiotherapeuten: een voor het lichamelijk onderzoek, een voor Musculoskeletale Ultrasound (MSU). Vooraf vulde de patiënt een digitale anamnese en online vragenlijsten in (3S, PSEQ, SPADI; zie tabel 1). De fysieke anamnese en het deels gestandaardiseerde onderzoek²⁶ werden samengevoegd met een MSU-protocol.²⁵

FP - fysio Praxis.nl 31

Klinisch proces bij SP-patiënten



voor de huisarts. Een groot deel van de SP-patiënten consulteert niet bij de zorgverzekeraar; de patiënten komen in het proces via

artsen Genootschap, DTF: Directe Toegang Fysiotherapie, MSU:

Score schouderpijn tweede lijn (n=20)
95.0 (95.0)
90.0 (90.0)
85.0 (85.0)
80.0 (80.0)
75.0 (75.0)
70.0 (70.0)
65.0 (65.0)
60.0 (60.0)
55.0 (55.0)
50.0 (50.0)
45.0 (45.0)
40.0 (40.0)
35.0 (35.0)
30.0 (30.0)
25.0 (25.0)
20.0 (20.0)
15.0 (15.0)
10.0 (10.0)
5.0 (5.0)
0.0 (0.0)

Kennmerken van de geïncludeerde SP-patiënten in project ECS-schouder. De variatie in het aantal SP-patiënten dat in kolom 2 is gemeten, wordt veroorzaakt door missende data. In de vierde kolom de totaalscores en in de twee laatste kolommen de scores voor de SP-patiënten die in de eerste lijn (n=200) c.q. tweede lijn (n=20) maximaal 20) zijn behandeld.

Legenda: SP: Schouder Pijn; N: aantal patiënten; Min: gemiddelde; SD: Standard Deviation; SS: lijst: Schoudernetwerk Screening Score lijst (score op 10 mogelijk ongunstige prognostische factoren; score 0-10; hoe hoger hoe meer mogelijk ongunstige prognostische factoren; afkappunt 4); NPRS: Numerieke Pijn Score, 0-10; gemiddelde score boven 7: ongunstig; PSEQ: Pijn Self Efficacy Questionnaire, 0-60; hoe hoger hoe meer zelfredzaamheid bij pijn; afkappunt <30 duidt op weinig zelfredzaamheid; SPADI: Schouder Pijn Disability (Function) Score, 0-100; hoe hoger hoe ongunstiger; afkappunt SPADI pijn=60; afkappunt SPADI Functie=50; MSU: Musculoskeletale Ultrasound (Echografie).

verwijzen naar 2e lijn c.q. n=207

eerste lijn
tweede lijn
consult om in de eerste lijn te worden; en zijn bekend; 187 lijdend in de eerste lijn werd geadviseerd naar

De gemiddelde PSEQ-score (Pain Self Efficacy Questionnaire, 0-60 punten) was 40 punten en 22 van de 126 patiënten (17%) scoorden minder dan 30 punten-wat duidt op een lage zelfredzaamheid en een indicatie is voor fysiotherapeutische behandeling. De PSEQ-scores van patiënten in de eerste lijn zijn ook wat lager (ongunstiger). De scores op de SPADI-pijn (Shoulder Pain and Disability Inventory, 0-100) en de SPADI-functie zijn net onder het afkappunt en iets hoger (slechter) voor de patiënten die zijn verwezen naar de tweede lijn. →

Wat kan de fysiotherapeut met deze resultaten?

t de uitdaging en adviezen. De eerste SNT-aanpak erin om te informeren.²⁴ aan de geïncludeerde pijn heeft (eerder) 1 en 23 procent effect gehad. Deze worden hoger in de ten met een tweede lijn (n=20).

lijst (Schouder-Score, 0-10) punten van gemiddeld 6,5; ruim een SP-patiënt D-wat meestal is een ongunstige

Het ECS-model onderstreept het belang van de fysiotherapeut als deskundige triagist binnen de eerste lijn. Door gebruik te maken van hun diagnostische vaardigheden kunnen schoudergespecialiseerde of extended scope fysiotherapeuten beteren onderbouwde beslissingen nemen over verwijzing naar de tweede lijn. Dit leidt tot meer passende zorg en een hogere tevredenheid bij patiënten met schouderklachten – ook wanneer geen verwijzing nodig blijkt. Met een helder onderbouwd behandeladvies voelen patiënten zich serieus genomen en goed geïnformeerd. Daarmee draagt het model bij aan de positionering van de fysiotherapeut in de zorgketen.

Voor meer informatie:



FP - fysio Praxis.nl 33



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 Alghadier², Elturabi Elsayed Ebrahim³, Mudathir Mohamedahmed Eltayeb⁴, Dena Eltabey Sobeh⁵, Osama R. Aldhafian⁶, Shahul Hameed Pakkiri Mohamed^{4,5}, Naif Nwihadh Alshahrani⁶, Faizan Z. Kashoo⁷, Hariraja Muthusamy^{8,7}, Radhakrishnan Unnikrishnan^{8,7}, Alaa Jameel A. Albarakati⁹

1 Department of Health and Rehabilitation Sciences, College of Applied Medical Sciences, Prince Sattam bin Abdulaziz University, Al Kharj, Saudi Arabia, **2** Department of Medical & Surgical Nursing, College of Nursing, Prince Sattam bin Abdulaziz University, Al Kharj, Saudi Arabia, **3** Department of Surgery, College of Medicine, Prince Sattam bin Abdulaziz University, Al Kharj, Saudi Arabia, **4** Department of Physical therapy, Faculty of Applied Medical Sciences, University of Tabuk, Tabuk, Saudi Arabia, **5** Saveetha College of Physiotherapy, Saveetha Institute of Medical and Technical Sciences, (Deemed to the University), Chennai, TamilNadu, India, **6** Orthopedic Surgery Department, King Fahad Medical City, Ministry of Health, Riyadh, Saudi Arabia, **7** Department of Physical Therapy and Health Rehabilitation, College of Applied Medical Sciences, Majmaah University, Majmaah, Saudi Arabia, **8** Department of Surgery, College of Medicine, Umm Al-Qura University, Al-Qunfudah Branch, Makkah, Saudi Arabia

* physio_gopal@rediffmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Nambi G, Alghadier M, Ebrahim EE, Eltayeb MM, Sobeh DE, Aldhafian OR, et al. (2025) Efficacy of MRI and clinical findings of Lidocaine injection combined with manual therapy in frozen shoulder—A prospective, randomized, single-blinded, sham-controlled trial. PLoS One 20(8): e0328783. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328783>

Editor: Priti Chaudhary, AIIMS: All India Institute of Medical Sciences, INDIA

Received: December 23, 2024

Accepted: July 3, 2025

Published: August 6, 2025

Copyright: © 2025 Nambi et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data availability statement: The data cannot be shared due to sensitive patient information and compliance with relevant data protection regulations. The data can be obtained from, Dr. Saud Alrawaili, PT, PhD, The Chairman,

Abstract

Background

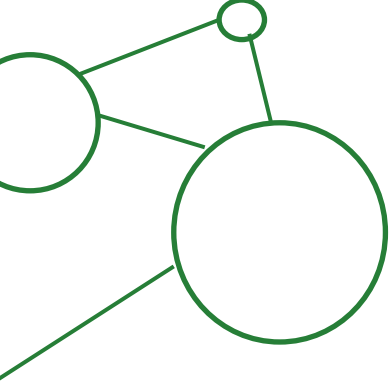
Frozen shoulder, or adhesive capsulitis, is a debilitating condition characterized by progressive pain and restricted range of motion in the glenohumeral joint. A wide range of interventions has been explored for its management, including conservative physiotherapy approaches such as thermotherapy, manual therapy, and therapeutic exercises. Pharmacological interventions, including pain medications, and muscle relaxants are commonly employed to alleviate symptoms. Additionally, intra-articular corticosteroid injections have been shown to provide short-term relief. While each modality offers potential benefits, the optimal treatment strategy remains a subject of ongoing investigation.

Purpose

The objective of this study is to investigate the clinical and magnetic resonance image (MRI) changes after lidocaine injection with manual therapy in frozen shoulder.

Study design/ setting

Randomized, single-blinded controlled study conducted at University hospital.



Save the date:



- 10 maart 2026 Intervisie fysiek 18-21 uur
- Overige data volgt