



SchouderNetwerk
Twente

3 Vakinhoudelijke punten bij SNT-
zoombijeenkomst 11-06-2024

door: Gerard Koel



Aangesloten bij
SchouderNetwerken
Nederland



INHOUD

1. Over het ECS-schouder project.
2. Update KNGF richtlijn SAPS (was 'slechts' EB-statement)
3. Discussie artikel 'Revalidatie na 'moderne' RTSA'.

1. ECS-schouder project: tijdpad.

- SNT-congres 'Schouder aan Schouder' op 13-02-2020
Redenen: SNT 10 jaar & NHG-standaard schouderklachten verschenen.
- Presentatie pilotstudie 'Schouderkliniek Twente' (116 SP-patienten)
- Aanvang 2021: Thoon/ Thooz zoekt contact met SNT, samen met Menzis (Monique Troost en Erik Veldboer):
Doel: uitrollen van pilot over Thoon-gebied.
- Juli 2021: SNT-bestuur schrijft rapport: Deelname SNT aan ECS-schouder.
- Najaar 2021: Voorbereiding en ontwikkeling ECS-schouder project.
- Vier live-bijeenkomsten met de 12 deelnemende SNT-fysiotherapeuten om de consult-strategie voor kliniek en MSU te bepalen; tevens voorwaarden voor verslag aan de huisarts.
- Maart 2022: start ECS-schouder project.

STARTNOTITIE INZET EENMALIG CONSULT SPECIALIST SCHOUDER (ESC-schouder)

ZORG VOOR PATIENTEN MET SCHOUDERKLACHTEN IN DE
EERSTE LIJN



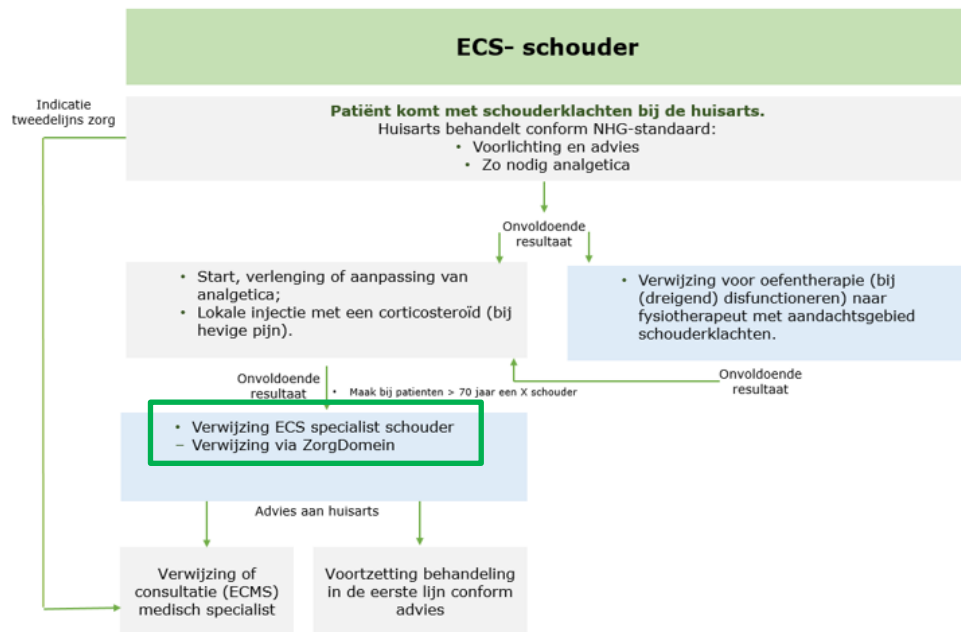
Aanvang 2021:
Thooz zoekt contact
met SNT over
ECS-schouder.

Deelname SNT aan ECS-schouder Juni 2021

Enmalig Consult Specialist–Schouder

Een project van Thoon (Thooz)

Stapsgewijze toepassing ECS voor huisartsen



Uitwerken onderdelen rond/ tijdens ECS-schouder poli (10-02-2022)

- Aan: SNT-deelnemers aan ECS-schouder project
- Van: SNN-bestuur, Gerard Koel

Deze tekst kent 4 onderdelen:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1- Acties voorafgaand aan consult (A – B) | pagina 01 |
| 2- Acties tijdens consult met name het klinisch onderzoek (C – L) | pagina 03 |
| 3- Acties volgend op het consult | pagina 09 |
| 4- In bijlage 1 de acties die tijdens het MSU-onderzoek plaatsvinden | 10 |

Groen zijn de 4 items die in het korte verslag naar de HA gaan (resp. K4, J1, K5 en L4).

- 1- **Diagnose/ klassering van het SP/ gezondheidsprobleem**
Tien categorieën; zo nodig inclusief SoMCoP model
- 2- **Mate van reactiviteit/ responsiviteit van patiënt met schouderprobleem**
3 categorieën: normaal – hoog – sterk verhoogd
- 3- **Beantwoorden centrale vraag:** zijn er moverende redenen om deze SP-patiënt te adviseren de tweede lijn in te gaan; OF NIET! Zes opties.
- 4- **Vaststellen of patiënt het begrijpt & instemt;** 3 categorieën
grotendeels eens en stemt in, neutraal, grotendeels oneens met interpretatie

ECS-SCHOUDER PROJECT, kartrekker Thoon, goedkeuring Menzis, uitvoerder SNT

Vorbereiding **juni 2021 – maart 2022**: selectie, training, opstellen consult-systematiek, overleg

Maart 2022 Juni 2022 Sept.2022 Dec.2022 Maart 2023 Juni 2023 Sept. 2023 Dec. 2023 Maart 2024 Juni 2024

Looptijd ECS-schouder project: maart 2022 – maart 2024, met uitloop tot en met juni 2024; n= 250

Samenstellen basis databestand vanuit verschillende systemen, tot april 2024, n= 233

Post ECS-enquête patiënten, tot juni 2024, n= 110

SNT-fysio's, april 2024, n= 10

ECS-SCHOUDER PROJECT, kartrekker Thoon, goedkeuring Menzis, uitvoerder SNT

Maart 2022 Juni 2022 Sept.2022 Dec.2022 Maart 2023 Juni 2023 Sept. 2023 Dec. 2023 Maart 2024 Juni 2024

Looptijd ECS-schouder project: maart 2022 – maart 2024, met uitloop tot en met juni 2024; n= 250

Samenstellen basis databestand vanuit verschillende systemen, tot april 2024, n= 233

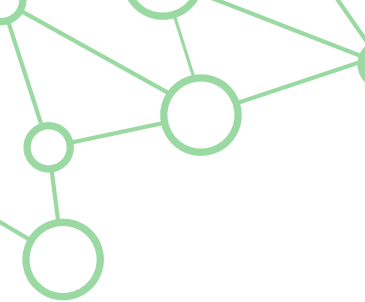
Post ECS-enquête patiënten, tot juni 2024, n= 110

SNT-fysio's, april 2024, n= 10

Thoon HA, mei 2024, n= 3!

Resultaten ECS-schouder project

1. 90% (n= 225) van de verwezen SP-patiënten krijgt advies dat behandeling in de eerste lijn passend is; 10% (n= 25) indicatie voor tweede lijn.
2. Post enquête meting > 5 maand na ECS-consult (n= 100): 80% SP-patiënten is tevreden, houdt zich aan advies.
3. Deelnemende orthopeden en SNT-fysiotherapeuten zijn tevreden.
4. Op SP-patiënten n=250 naar ECS 'verwezen' Thoon huisartsen in dezelfde periode n= 8000 naar 2^e lijn !! Slechts 1 op de 5 Thoon-HA participeerde in dit project.



'Historische dag'

Met het concept hoofdlijnenakkoord van PVV, VVD, NSC en BBB komt er een 'droom' uit voor Geert Wilders. Wie de rechtse coalitie als premier gaat leiden is formeel nog niet bekend.

• Nederland & de Wereld

Uitgeput in Tunesische cel

Familie Almeloër vrees voor zijn leven

• Pagina 445



Robert Fico neergeschoten

Slovaakse premier in levensgevaar

• Nederland & de Wereld

Gaza-protest
Enschedeese studenten eisen dat UT academische banden met Israël verbreekt
• Pagina 21

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.

SchouderNetwerk Twente. Hij vrees dat de proef stopt. Reden: er doen maar 15 huisartsenpraktijken mee. 'De besparing is te gering voor Menzis omdat te weinig patiënten meedoen.'

'Het klept dat behandeling van schouderklachten grotendeels buiten het ziekenhuis kan', zegt Been. 'De procent van de patiënten die je maar één keer, een operatie is niet nodig. We moeten huisartsen helpen omgaan met deze klacht.'

Joelen Kodde
Enschede

We moeten huisartsen helpen omgaan met deze klachten

Het project richt zich op patiënten met schouderpijn. Als de klachten blijven sturen verd 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 bestuurder van het

Declaraties

En fysicoconsult levert een declaratie op van 225 euro bij de verzekeraar. De rekening van de orthopeed bedraagt 500 euro. Omdat tijdens de proef slechts 290 patiënten naar de fysiotherapeut gingen en 8000 patiënten naar de orthopeed, is de kostenbesparing voor Menzis gering. 'Zaaijammer', vindt Koel. Alsnog gingen duizenden verzoeken naar de orthopeed. Terwijl het een kansrijk project is, zegt ook Jurjen Been, die er namens de OCOON Orthopedische Kliniek bij betrokken is. OCOON doet de orthopedische zorg voor ziekenhuis ZICT. Ook MST doet mee.

Koel zegt dat orthopeeden 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 21 mei, bij de evaluatie het project alsnog een kans gunnen. Menzis zegt in een reactie dat ze gaat evalueren na de officiële proefresultaten. Volgens Koel liet de verzekeraar informeren waarom dat het project stopt in deze vorm.

Bij heldere hemel
Dramaserie vuurwerkramp met Thomas Acda en Joes Brauers
• Media & Cultuur

TCT dinsdag 16 mei
Bespreking op woensdag 22 mei

Succesvolle zorgproef dreigt te stranden

Zorgverzekeraars kunnen substantieel geld besparen op ziekenhuiskosten in Twente. Dat blijkt uit een proefproject, waarbij patiënten niet naar de orthooped, 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 orthooped 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

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 orthooped bedraagt 500 euro. Omdat tijdens de proef slechts 250 patiënten naar de fysiotherapeut gingen en 8000 patiënten naar de orthooped, is de kostenbesparing voor Menzis gering. „Zo jammer”, vindt Koel. Alsnog gingen duizenden verzekerden naar de orthooped. 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.



We moeten huisartsen helpen omgaan met deze klachten

– Jurjen Been,
OCON,
Orthopedische
kliniek

- 1. Positief:** SNT heeft goede strategie ontwikkeld waarin 10-12 SNT-fysio's op systematische wijze ECS-schouder hebben uitgevoerd met de gewenste resultaten.
- 2. Zwakte:** Op voorhand was al aangegeven dat de HA een serieuze succes-belemmerende factor zouden zijn; daar hadden we veel meer in moeten investeren; het enthousiasmeren van 'de' HA is ons/ Thoon niet gelukt.
- 3. Kansen:** ECS-schouder project blijven aanbieden; publiceren van de positieve resultaten, PR voor SNT.
- 4. Bedreiging:** ECS-project & competenties laten liggen.

ECS-schouder wordt extended scope specialist (begin juni 2024 door Thoon gestuurd aan 'hun' huisartsen)

De verwijsmogelijkheid naar een diagnostisch fysiotherapeut schouder (ECS-schouder) stopt per 1 juli

- Sinds januari 2022 bestaat voor huisartsen een extra verwijsmogelijkheid voor patiënten met schouderklachten bij wie het volgen van de NHG-standaard Schouderklachten niet leidt tot een te verwachten tevredenstellend resultaat.
- Doorverwijzen kan, naast ECMS en verwijzing naar een orthopeed, ook naar ECS-schouder op vijf locaties in onze regio.
- SHT-THOON ondersteunde dit initiatief twee jaar. De uitkomsten op patiëntniveau zijn positief, patiënten en deelnemers zijn tevreden en de aan huisartsen aangeboden scholing werd positief ontvangen. Het aantal verwijzingen van huisartsen naar ECS-schouder bleef echter sterk achter bij de verwachting. Slechts 27% van de huisartsen maakte in de afgelopen twee jaar gebruik van de verwijsmogelijkheid.

Waardevolle rol extended scope specialist (ESS) in de eerste lijn

- In 2022 startten drie eerstelijns projecten beweegzorg in Twente waarvan **twee** in de SHT-THOON regio; ECS-schouder en ECMS+ in het MST. In Almelo werd een kleinschalige pilot van een extended scope specialist (ESS) gepositioneerd naast de huisarts. Doel was te ervaren welke positionering van de ESS het beste werkt. Na de projectperiode werd in juni 2024 de balans opgemaakt en geleerd van de opgedane ervaringen. ESS lijkt een waardevolle rol te hebben bij de diagnostiek van klachten houding- en bewegingsapparaat in de eerste lijn.
- We hebben gezien dat bij ECMS+ en ECS-schouder de huisarts onvoldoende gebruik maakt van de verwijsmogelijkheid. Dit lijkt te komen door het voor de huisarts onoverzichtelijke zorglandschap fysiotherapie. Hierin lijkt met de huidige werkwijze geen verbetering mogelijk.
- Reden om, net als in Almelo, de ESS naast de huisarts te positioneren. Vanuit de positieve resultaten willen wij deze pilot opschalen naar tien tot twaalf plekken in de hele regio. De ESS kent het netwerk en kan waar nodig doorverwijzen naar passende zorg, bijvoorbeeld naar een schouderfysiotherapeut.
- In het vierde kwartaal van dit jaar gaan wij samen met onze samenwerkingspartners om tafel om een visie op beweegzorg in Twente te ontwikkelen, met in de toekomst weer een positie voor ECS-schouder.

Vanaf 10 juni kunt u niet meer verwijzen naar een diagnostisch fysiotherapeut schouder

- Vanaf 1 juli wordt de overeenkomst tussen SHT-THOON en de deelnemende schouderfysiotherapeuten gestopt.
- U kunt nog tot 7 juni gebruik maken van de verwijsmogelijkheid via ZorgDomein.

2. KNGF richtlijn schouder/ arm

- Evidence based statement SAPS (eerste versie 2011)
- Hoog tijd voor een update >> maar hoe?
- Er is gekozen voor een KNGF-richtlijn SAPS.



KNGF Evidence Statement

Subacromiale klachten

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie
Jaargang 121 • Nummer 1 • 2011
Update klinimetrie 2017



Als er problemen zijn met de weergave van dit bericht, klikt u hier om het in een webbrowser te bekijken.

Raamwerk nieuwe KNGF-richtlijn 'SAPS'



De uitgangsvragen voor de nieuwe KNGF-richtlijn zijn vastgesteld in het 'raamwerk'. De werkgroep heeft besloten om de richtlijn af te bakenen tot het onderwerp 'Subacromiaal pijnsyndroom van de schouder (SAPS)'. Redenen hiervoor zijn dat het begrip en onderwerp 'Schouderklachten' als te omvangrijk werd gezien. De richtlijn gaat aanbevelingen geven op negen vragen, waaronder: Wat is de beste indeling om de multidisciplinaire samenwerking bij

patiënten met SAPS te bevorderen? En welke prognostische variabelen zijn belangrijk voor het inschatten van het beloop van pijn en functioneren bij mensen met schouderklachten op de korte en (middel) lange termijn?

Deze nieuwe richtlijn vervangt het KNGF Evidence Statement 'Subacromiale klachten'. In de voorbereidende fase van de richtlijnontwikkeling is input opgehaald over ervaren knelpunten en verwachtingen bij fysiotherapeuten, oefentherapeuten, patiënten, andere zorgverleners en relevante organisaties.

Lees meer

Raamwerk KNGF-richtlijn 'Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)'

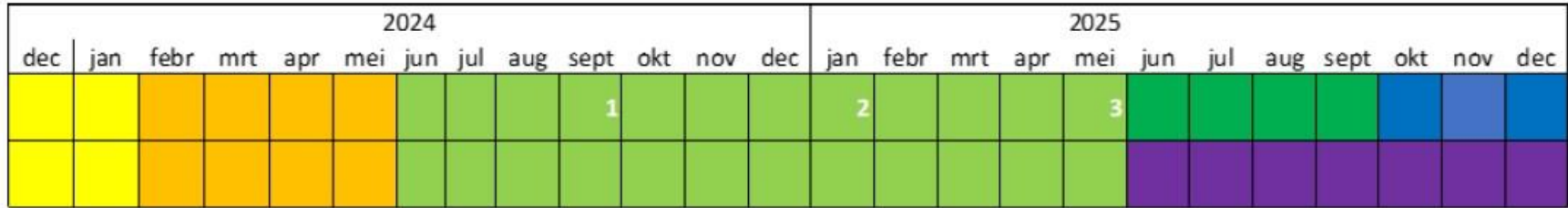









Samenstelling van de projectgroep	5
Kerngroep	6
Werkgroep	6
Klankbordgroep	6
Partijen betrokken in de voorbereidende en commentaarfase.	7

De volgende uitgangsvragen zijn door de projectgroep in de voorbereidende fase geprioriteerd en worden beantwoord in de richtlijn:

Uitgangsvraag	
1	Wat is de beste indeling van schouderklachten om de multidisciplinaire samenwerking bij patiënten met SAPS te bevorderen
2	Wat is de beste indeling in de 'fysio- of oefentherapeutische diagnose(s)' bij patiënten met SAPS?
3*	Welke prognostische variabelen zijn belangrijk voor het inschatten van het beloop van pijn en functioneren bij mensen met schouderklachten op de korte en (middel) lange termijn?
4	Wanneer is fysio- of oefentherapie geïndiceerd en wanneer niet bij mensen SAPS en op basis van welke criteria is het aanbevolen om mensen met SAPS terug te verwijzen naar de huisarts of behandelend specialist?
5*	Wat is de meerwaarde van educatie/coaching door de fysio- of oefentherapeut bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care of andere conservatieve behandelingen en welke effectieve onderdelen/types worden hierbij beschreven?
6*	Wat is de meerwaarde van manuele interventies bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care, placebo of sham-behandeling of andere conservatieve behandelingen?
7*	Wat is de meerwaarde van oefentherapie (inclusief krachttraining, functionele training, motor control oefeningen en duurvermogen) bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care of andere conservatieve behandelingen?
8*	Wat is de meerwaarde van dry-needling bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care, placebo of sham-behandeling of andere conservatieve behandelingen?
9	Wanneer wordt de fysio- of oefentherapeutische behandeling van patiënten met SAPS beëindigd (stopcriteria)?
*Deze uitgangsvraag wordt via een systematisch literatuuronderzoek uitgewerkt.	



-  Aanloopfase
-  Voorbereidingsfase
-  Ontwikkelfase (deel 1,2,3)
-  Commentaarfase
-  Autorisatiefase
-  Implementatiefase/disseminatiefase

Notulen focusgroep KNGF-richtlijn 'Schouderklachten'

Datum: 11 maart 2024

In de voorbereidingfase zijn de volgende bijeenkomsten gepland:

- 5 maart 2024: Invitational conference
- 11 maart 2024: Focusgroep fysio- en oefentherapeuten
- 18 maart 2024: Focusgroep patiënten
- 10 april 2024: Werkgroepbijeenkomst 1 (informatie)
- 24 april 2024: Werkgroepbijeenkomst 2
- 14 mei 2024: Klankbordgroepbijeenkomst
- Terugkoppeling naar de werkgroep
- Juni 2024: Het raamwerk 'KNGF-richtlijn 'Schouderklachten'

3. SNN discussie artikel beleid RTSA

- Behandel je patienten na een RTSA?
- Ken je het Anke Kornuijt-artikel uit FysioPraxis? Misschien zelfs uit BMJ?
- Ken je de post-RTSA revalidatie schema's van: SNT, FMS-Richtlijn, 'nieuwe' schema Kronuijt?
- Ken je het SNN-discussie artikel op de website?

Directe fysiotherapie zonder immobilisatie lijkt veilig en effectief

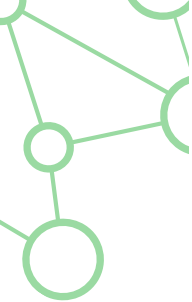
Herstel na een omgekeerde schouderprothese

Immobilisatie van de geopereerde schouder gedurende enkele weken is gebruikelijk bij patiënten die een omgekeerde schouderprothese hebben gekregen. Tegenwoordig wordt de subscapularispees niet altijd teruggehecht bij deze operatie. De intrinsieke stabiliteit van een aantal moderne omgekeerde schouderprothesen maakt het terughechten van de pees en nadien immobilisatie overbodig. Deze patiënten kunnen op de eerste postoperatieve dag starten met fysiotherapie, wat kan leiden tot vroege verbeteringen in functionele uitkomsten en een sneller herstel. Deze studie onderzocht de veiligheid van deze werkwijze en bracht de vooruitgang in patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten en schouder range of motion in kaart.

Test: Anke Kornuijt



Vier vragen op voorgaande
slide
dienen door een
schoudergespecialiseerde
SNT- fysiotherapeut met
JA
beantwoord te worden!



We verwachten het grootste voordeel van vroege revalidatie, in vergelijking met traditionele immobilisatie, in de eerste paar weken. Dit werd ondersteund door significante verbeteringen ten opzichte van preoperatief in ROM, NPRS en OSS op zes weken na de operatie en kwaliteit van leven na drie maanden, met verdere vooruitgang tot één jaar follow-up. Daarnaast bleek de winst in ROM en PROMs op zes weken ten opzichte van preoperatief ook een substantieel klinisch relevante verbetering te zijn, met verbeteringen $\geq 23^{\circ}$ voor anteflexie, $\geq 20^{\circ}$ voor abductie, $\geq 4^{\circ}$ voor exorotatie en ≥ 3 punten op de NPRS.²⁷ Voor de OSS was de verbetering meer dan de minimaal belangrijke verandering van ≥ 5 punten.²⁸ Door het schoudergewricht niet te immobiliseren, ervaart de patiënt minder ongemak dan met verplicht gebruik van een sling.¹ Ook kan dit leiden tot minder afhankelijkheid van aanvullende zorg, met mogelijke daling van de zorgkosten.

'Deze actieve revalidatie kan leiden tot minder afhankelijkheid in ADL en een sneller herstel'

Het effect van vroege actieve revalidatie na een omgekeerde schouderprothese is eerder geëvalueerd in een drietal studies. Hagen et al.¹⁷ vond geen verschil in ROM en mate van complicaties tussen vroege mobilisatie (n = 42) en standaard therapie (n = 44). Een tweede studie concludeerde dat vroege actieve revalidatie gericht op de m. deltoideus en de exorotatoren van de schouder (n = 30) veilig (geen complicaties) en effectief is en vroege klinische baten kan hebben ten opzichte van een standaard revalidatieprogramma (n = 33).¹⁸ In beide RCTs moesten beide behandelgroepen wel een sling dragen gedurende 6 weken.^{12,13} Een derde studie, van Lee et al.¹⁹, vergeleek drie groepen patiënten na een omgekeerde schouderprothese: 1) 6 weken immobilisatie met een sling (n = 114); 2) 3 weken immobilisatie (n = 125); en 3) versnelde revalidatie zonder immobilisatie (n = 118). Deze studie liet zien dat versnelde revalidatie effectief en veilig is met lage complicatie aantallen. In overeenstemming met onze studie bevelen zij een vergelijkbare, direct actieve revalidatie aan zonder immobilisatieperiode. Wel hanteerden zij leefregels, namelijk de arm niet krachtig op de rug plaatsen en jezelf niet uit de stoel duwen gedurende de eerste zes weken.¹⁴ Een sterk punt van deze studie is de internationale opzet met meerdere orthopedisch chirurgen en twee verschillende soorten, moderne schouderprothesen. Deze resultaten zijn daarmee representatief voor een brede groep patiënten. Ook hebben

we rekening gehouden met beïnvloedende factoren, zoals leeftijd, geslacht en prothesetype in onze statistische analyse. De voornaamste beperking van onze studie is het ontbreken van een controlegroep, behalve de resultaten uit drie eerdere studies over vroege actieve revalidatie na een omgekeerde schouderprothese.^{11,21,22} Ook betrof de studieomvang slechts 100 patiënten. Dit resulteert dat er voorzichtige conclusies getrokken kunnen worden uit deze studie. Het verdient de aanbeveling om in de toekomst de resultaten uit deze studie te bevestigen vanuit studies met een grotere omvang en bij voorkeur met een controlegroep. Verder werden alle patiënten behandeld door hun eigen fysiotherapeut. Hoewel dit geleid kan hebben tot behandelvariatie, komt dit wel overeen met de normale klinische praktijk. Naleving van het revalidatieprotocol werd echter benadrukt bij elk ziekenhuisbezoek. Controle van de fysiotherapie dossiers (n = 10) liet een goede naleving van het behandelprotocol zien.

Implicaties fysiotherapie

Wanneer de orthopedisch chirurg een omgekeerde schouderprothese plaatst via de deltopectorale benadering zonder terughechten van de subscapularispees, kan op de eerste postoperatieve dag gestart worden met fysiotherapie en is immobilisatie niet nodig. Deze aanpak lijkt veilig en effectief. Anteflexie, abductie en exorotatie, pijnscores en de OSS verbeteren zowel significant als klinisch relevant vanaf week zes ten opzichte van preoperatief. Deze actieve revalidatie kan mogelijk leiden tot minder afhankelijkheid in ADL bij patiënten en een sneller herstel. Deze aanpak dient afgestemd te worden met de behandelend orthopedisch chirurg.

Auteurs:

- **Anke Kornuif**, fysio-manueeltherapeut en fysiotherapeut-wetenschapper, Anna ziekenhuis Geldrop, Nederland
- **Lieke de Wies**, marketanalist Orning, Hoorn, Nederland
- **Walter van der Weegen**, onderzoeker Anna ziekenhuis, Geldrop, Nederland
- **Robert Jan Hillen**, orthopedisch chirurg Dijklander ziekenhuis, Hoom/Purmerend, Nederland
- **Rob Bogle**, orthopedisch chirurg Anna ziekenhuis, Geldrop, Nederland
- **Remco Stokman**, orthopedisch chirurg Curaçao Medical Center, Willemstad, Curaçao
- **Derk van Kampen**, orthopedisch chirurg Dijklander ziekenhuis, Hoom/Purmerend, Nederland

 A.Kornuif@st-anna.nl

 Literatuur: www.kngf.nl/fysiopraxis

SPECIALISTEN KATERN

Redactie: de Beroepsinhoudelijke Verenigingen
Coördinatie en eindredactie: Tessa Louwerens

NVMT

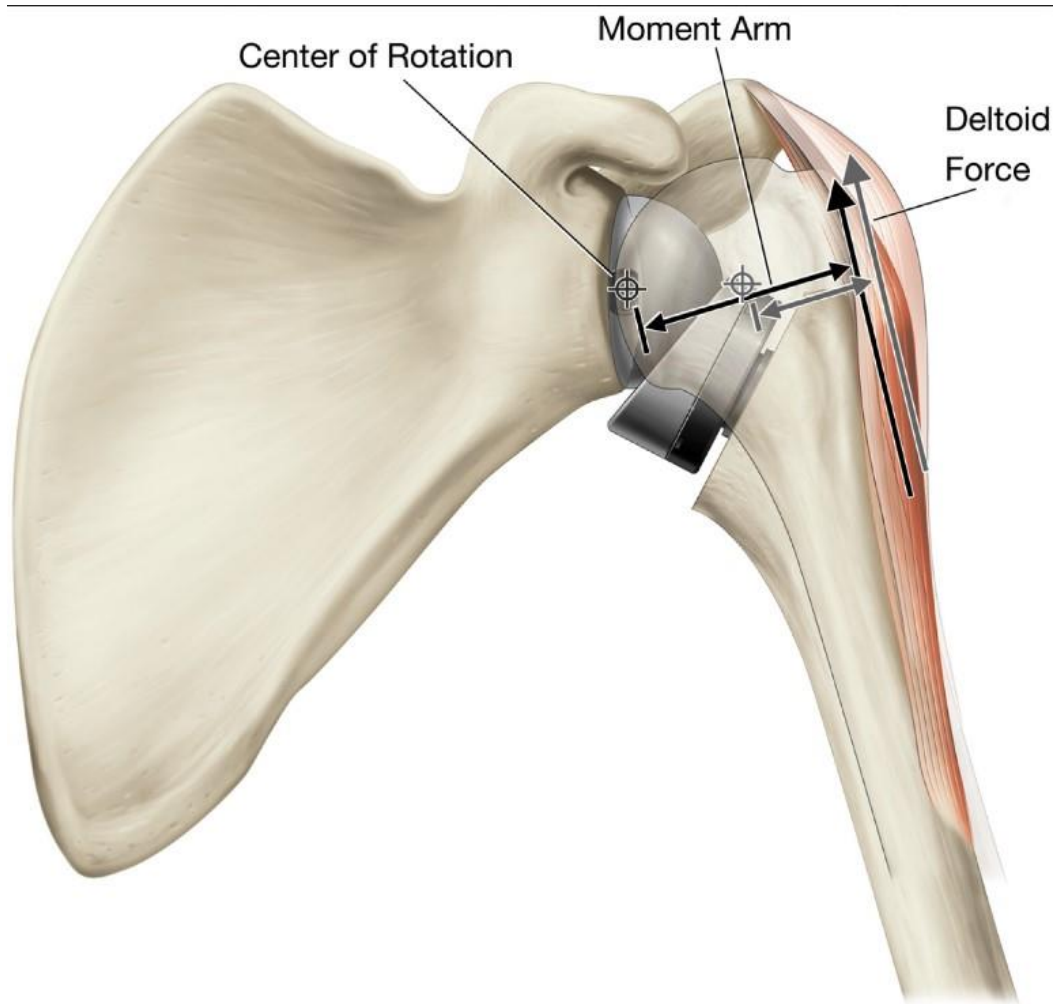
IFOMPT's 50e Jubileumcongres

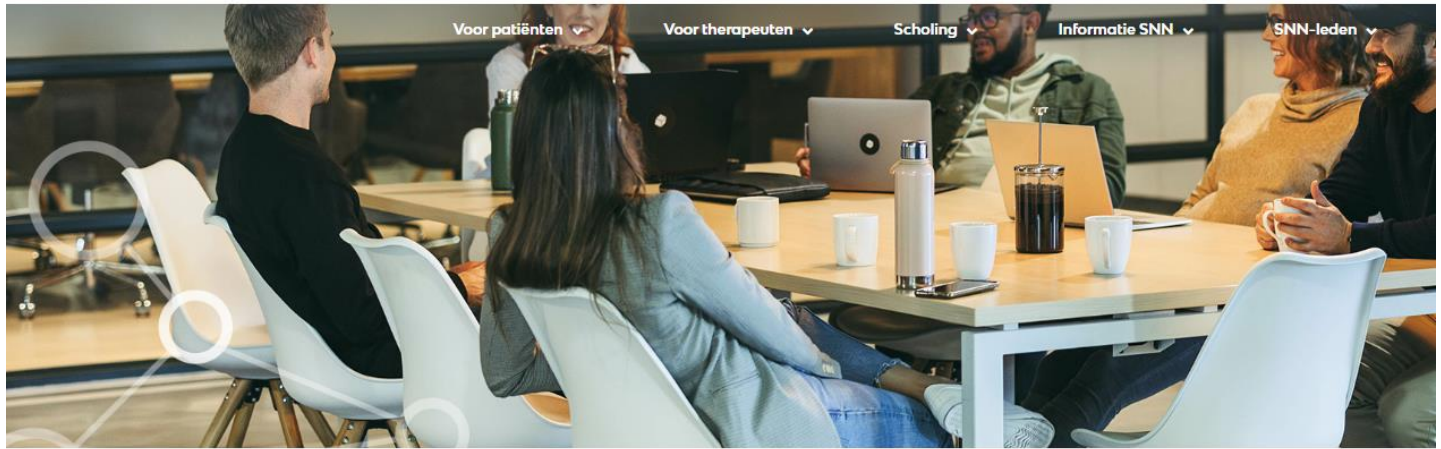
36

NVMT

NVMT-congres: terug van weggeweest!

37





[Home](#) / [Scholing](#) / [Discussie artikel](#) / Artikel juni 2024

Artikel juni 2024

Het betreft de publicatie van een patiëntgebonden klinische cohortstudie naar het beloop bij 100 patiënten die een RTSA (Reversed Total Shoulder Arthroplasty) hebben ondergaan; de publicatie vond in 2023 plaats in BMJ:

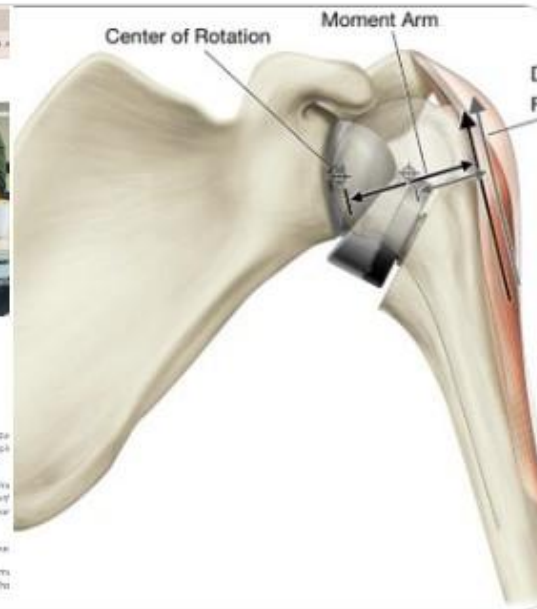
Kornuijt A, de Vries L, van der Weegen W, Hillen RJ, Bogie R, Stokman R, van Kampen D. Direct active rehabilitation after reversed total shoulder arthroplasty: an international multicentre prospective cohort safety study with 1-year follow up. [BMJ Open 2023;13: e070934.](#)



Gerard Koel
@gerard_koel



Discussie artikel op @schoudernetwerk website:
schoudernetwerk.nl/artikel-juni-2024 Hoe ziet jouw post #RTSA revalidatie schema eruit? Hou je rekening met een terug-gehechte m. subscapularis of juist niet? Lees, evalueer en reageer op deze Nederlandse cohortstudie van @ankekornuijt et al.





Bedankt!

Vragen?