

Eerste live-bijeenkomst 2025 van het
Schouder Netwerk Twente

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



10 maart 2026, Saxion, W 3.10.

AGENDA 10-03-2026

- Vanaf 17:30 uur: Ontvangst in Saxion hal, later naar W 3.10.
- 18:00 - 18:15 uur: Opening met mededelingen bestuur (Paul)
- 18:15 - 19:05 uur: Dave Heijblok 1 en 2
- 19:05 – 19:15 uur: Input vanuit SNN (Finn)
- 19:15 – 19:45 uur: Pauze in de centrale hal
- 19:45 – 20:15 uur: Vakinhoudelijke discussie (Gerard)
PO-revalidatie na ASSS/ BRS
- 20:15 - 20:45 uur: Instabiliteit en orthopedie (Bart-Jan)
- Vanaf 20:45 uur: Afronding, vragen
Volgende Zoom bijeenkomst 02-06-2026

Voorafgaand:

- sociodemografische data
- verwijzing of DTF
- geen rode vlaggen
- Indicatie FT-onderzoek

Het is aan te bevelen om de specifieke anamnese en keuzes in het lichamelijk onderzoek uit te voeren met de vijf SNN-containers in gedachten.

1- SAPS schouder RCR-SP

Primaire SAPS
bron & oorzaak in subacr. weefsel

Secundaire SAPS
bron subacr. maar oorzaak elders

2- Beperkte schouder

Concentrische bew.beperking
GH totaal: FS, om-artrose

Unidirectionele bew.beperking
Hypo deel GH kapsel-band syst.

3- Instabiele schouder

Glenohumeraal, actief. MDI/
ventraal/ dorsaal; MSI: Minor SI

Keten: gordel-WK-benen, actief,
dysfunctionele motor contr./ stab.

Distorsie, subluxatie, luxatie, evt.
labrum letsel met passieve instab.

4- Posttraumatische/ postoperatieve schouder

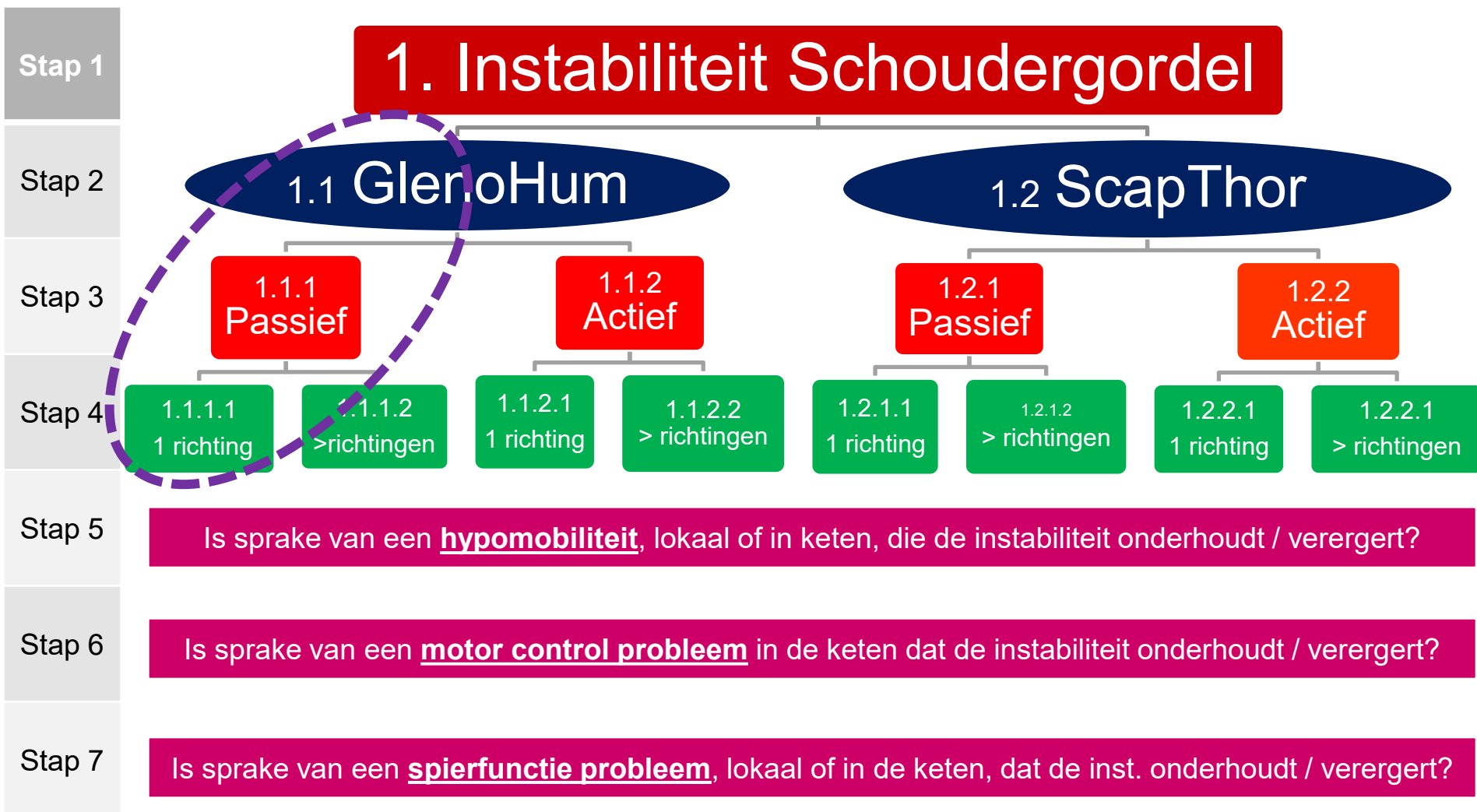
Stadia van herstel na operatieve
ingreep, revalidatie programma

5- Sensitieve schouder/ chronisch pijnsyndroom

Procesmatige disfuncties
Sensitisatie, fitheid, coping stijl

Mentaal/ cognitieve disfuncties
Vertrouwen, zelfredzaam, inzicht

Schema klinisch redeneren bij een patiënt met SCH instabiliteit.



SNT 10-03 na pauze: GH-instabiliteit, samenwerking FT & orthopeed



- 2 Presentaties
- Eerst over de HWO BESS statement (Gerard Koel)
- Attentie voor discussie artikel SNN
- Klinisch redeneren door de orthopeed (Bart-Jan Veen)

SNT HWO maart 2026: BESS statement door Gerard Koel



- Korte terugblik ECS
- Inleiding GH-instabiliteit
- Attentie voor discussie artikel SNN
- Beantwoording van de vragen.

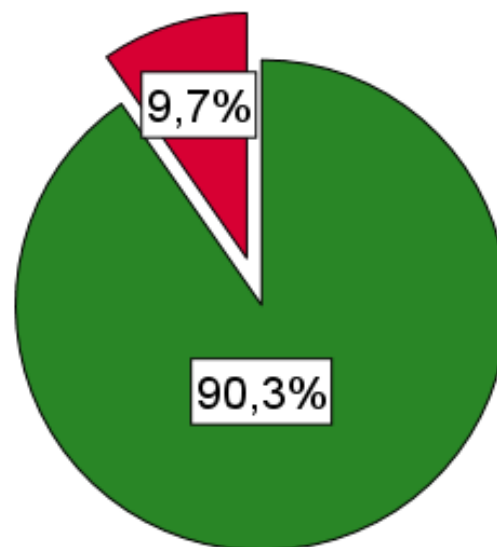
Beter verwijzen bij schouderpijn

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



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

ECS-shoulder project, high satisfaction and reduced referral of shoulder pain patients after assessment of specialized physiotherapists in primary care setting.

Poster-author: Gerard Koel, PT, MSc, SNT/ SNN board member



Introduction/ objective

In the Netherlands General Practitioners (GPs) apply the national clinical practice shoulder-guideline, stating that in patients with ongoing Shoulder Pain (SP > 6 weeks), a referral to a shoulder-orthopaedic surgeon is a plausible consideration. A large number of patients are referred which could have been treated sufficiently in primary care; as most patients (more than 50%) were seeing just once and were referred back.

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

In the ECS-shoulder project GPs could refer SP-patients to a PT-clinic were 2 shoulder-specialized physical therapists (PTs) analysed the patients to answer the main question: **Are clinical signs and symptoms present that motivate a referral to an orthopaedic surgeon?**

Participating PTs, trained to realize a standardized clinical evaluation combined with structured MSU, produced a baseline database with 18 variables, clear answers upon a number of questions and YES/ NO.

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)

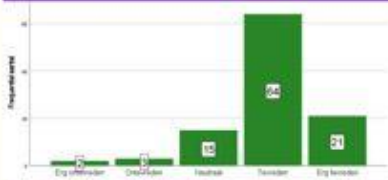
Characteristics baseline	N total	Unit	Score total	Score first line (n= 182)	Score second line (n= 20)
Age	232	Me (SD)	56,6 (15,2)	56,5 (14,8)	57,4 (15,1)
Gender (% female)	228	%	55,7	56,2	55,0
Duration Shoulder Pain (SP) in months	203	Me (SD)	34,2 (27,7)	32,9 (25,8)	33,4 (27,8)
Able to work despite Shoulder 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	%	48,8	50,5	55,0
Earlier Physio because of the SP	232	%	44,4	44,0	60,0
Earlier injections (ESI) because of SP	232	%	23,3	22,5	35,0
Earlier surgery on this shoulder	232	%	5,2	5,3	5,0
PSIst (0-10; higher= unfavorable)	127	Me (SD)	4,3 (3,9)	4,3 (2,8)	4,2 (5,0)
NPRI (0-10; higher= unfavorable)	191	Me (SD)	6,5 (3,0)	6,5 (2,5)	5,8 (5,7)
PSIO (0-10; higher= favorable)	126	Me (SD)	40,8 (12,2)	40,6 (12,4)	43,5 (10,4)
SPNOI-pain (0-100; higher= unfavorable)	125	Me (SD)	58,6 (17,8)	58,6 (17,9)	64,5 (14,5)
SPNOI-function (higher= unfavorable)	125	Me (SD)	44,7 (20,2)	44,6 (20,2)	51,5 (20,7)
Present biomechanical SP-course	239	%	52,5	55,5	47,0
Positive findings in MSU (baseline)	222	%	58,1	58,0	57,8

Results ECS-shoulder policlinic.

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 orthopaedic 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.

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



Conclusion/ value for shoulder-physios

Appropriate healthcare for SP-patients is realized if shoulder-specialized PTs help GPs to evaluate which patients with ongoing SP should be referred to an orthopaedic surgeon.

The number of referred patients is reduced; patients remain satisfied and regional shoulder care is more accessible and affordable.

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 policlinics in Twente	
Public Research Foundation Schiedamschen Kanaal, Schiedamschen Park, Rotterdam 3013 CA	Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht
Public Research Foundation Schiedamschen Kanaal, Schiedamschen Park, Rotterdam 3013 CA	Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht
Public Research Foundation Schiedamschen Kanaal, Schiedamschen Park, Rotterdam 3013 CA	Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht
Public Research Foundation Schiedamschen Kanaal, Schiedamschen Park, Rotterdam 3013 CA	Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht
Public Research Foundation Schiedamschen Kanaal, Schiedamschen Park, Rotterdam 3013 CA	Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht Utrechtse Kanaal, Utrecht

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

Meenemen?



Vanaf 2025: jaarlijks de Hoytema prijs,
uitgereikt op UT TechMed dag, 06-11-2025.

GH-instabiliteit: Inleiding



- Recente richtlijnen met een aantal aanbevelingen
- Indeling schouder instabiliteit
- Klinische tests bij GH-instabiliteit
- Welke patiënten naar de orthofoon?

Management of (traumatic) anterior shoulder instability: current treatment and future perspectives

T.D. Berendes

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van Doctor
aan de Universiteit Leiden,
op gezag van Rector Magnificus prof. mr. C.J.J.M. Stolker,
volgens besluit van het College voor Promoties
te verdedigen op
woensdag 23 september 2020
klokke 11.15 uur

door

Thomas Diederik Berendes

Management of (traumatic) anterior shoulder
instability: current treatment and future perspectives

The current treatment procedure still state of the art

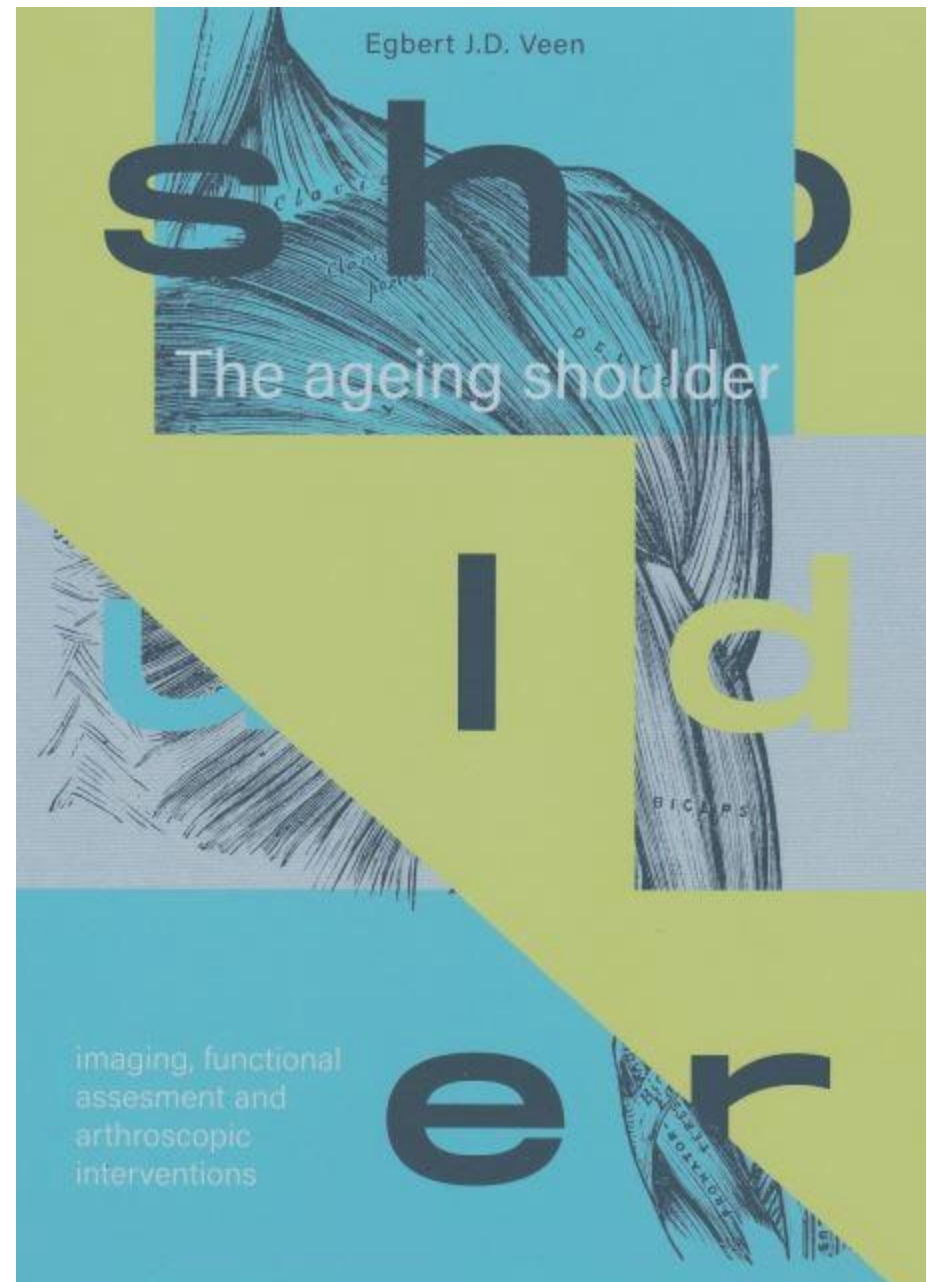
Proefschrift

ter verkrijging van de graad van Doctor
aan de Universiteit Leiden,
op gezag van Rector Magnificus prof. mr. C.J.J.M. Stolker,
volgens besluit van het College voor Promoties
te verdedigen op
woensdag 23 september 2020
klokke 11.15 uur

door

Thomas Diederik Berendes

geboren te Leiden
in 1975



3. Arthur Sidney Blundell Bankart (1879–1951)

De naam van de Britse orthopedisch chirurg Arthur Sydney Blundell Bankart (Figuur 1) is onherroepelijk verbonden aan (recidiverende) schouder luxaties. De Bankart laesie en Bankart operatie zijn wereldwijd bij vrijwel alle (ook niet schouder) orthopeden van deze tijd bekend. De eerste beschrijvingen van een schouderluxatie zijn afkomstig van een Egyptisch papyrus, van 1522 voor onze jaartelling. De meest gedetailleerde beschrijving is van Hippocrates rond 400 voor Christus, die het branden van de zachte weefsels rond de schouder suggereerde met rood-heet verhit ijzer om op die manier stabiliserende littekens te genereren (vergelijk met de inmiddels obsoleete arthroscopische schouder stabilisatie procedure d.m.v. “Laser assisted/thermal capsular shrinkage” (Thabit 1994).

met het repareren van de posterosuperiore rotator cuff. Bankart (1923) benadrukte de relevantie van het los gestripte kapsel en labrum (= Bankart lesie) voor de mate van instabiliteit. Hierop, beschreef Bankart de chirurgische refixatie van het los gestripte kapsel labrum complex als optimale behandeling voor posttraumatische glenohumerale instabiliteit.¹⁶ Tevens beredeneert hij dat het inkorten van het voorste kapsel alleen, zoals tot dan gebruikelijk was, onvoldoende stabiliteit zou geven en ook zou leiden tot meer bewegingsbeperking (exorotatie verlies). Na deze “klassieke” beschrijving van een Bankart lesie, zijn er andere Bankart-achtige letsels beschreven. Hierbij is een grote verscheidenheid aan bot- en weke delen letsels van het labrum, periost, kapsel, glenohumerale ligamenten, (sub)chondrale oppervlak en de fossa glenoidalis beschreven.



Chapter 6

The open-modified Bankart procedure: a 16–26 years follow-up study

Results: 39 patients were included with an average follow-up of 21 years (range 16–26 years). The number of patients with redislocations of their shoulder after surgery was 4 (10%). 23% of the study group described moments of subluxation or positive apprehension. Radiological signs of osteoarthritis were present in 20 shoulders (51%), of which 75% had grade 1 arthropathy according to the Samilson Prieto score. The incidence of osteoarthritis of the operated shoulder was significantly greater compared to the non-operated shoulder. The mean Rowe score was 85 points (25–100) and the Constant score 92 points (70–100).

Conclusion: We conclude that the open-modified Bankart procedure is a reliable surgical procedure with good long-term results, 16–26 years after surgery. However, it does not prevent the development of shoulder osteoarthritis, since a high number of patients had (mainly mild) radiological osteoarthritis.

← Terug naar zoekresultaten

Acute, primaire schouderluxaties

Initiatief: NVVH

Aantal modules: 11

Acute, primaire schouderluxaties

Zoeken binnen deze richtlijn



Immobilisatie

Publicatiedatum: 09-09-2025

Beoordeeld op geldigheid: 13-10-2023

← Terug naar zoekresultaten

Chronische posttraumatische anterieure schouderinstabiliteit

Initiatief: NOV

Aantal modules: 11

Chronische posttraumatische anterieure schouderinstabiliteit

Zoeken binnen deze richtlijn



Beeldvorming bij schouderinstabiliteit

Publicatiedatum: 17-02-2026

Beoordeeld op geldigheid: 17-02-2026

Aanbeveling richtlijn chronische instabiliteit

Aanbeveling

Krijg na de anamnese een idee over: het type instabiliteit, de richting en de impact van eventuele recidief (sub)luxaties en duidelijkheid over de sport-werk-activiteiten wens van de patiënt om toekomstige armbelasting te kunnen inschatten.

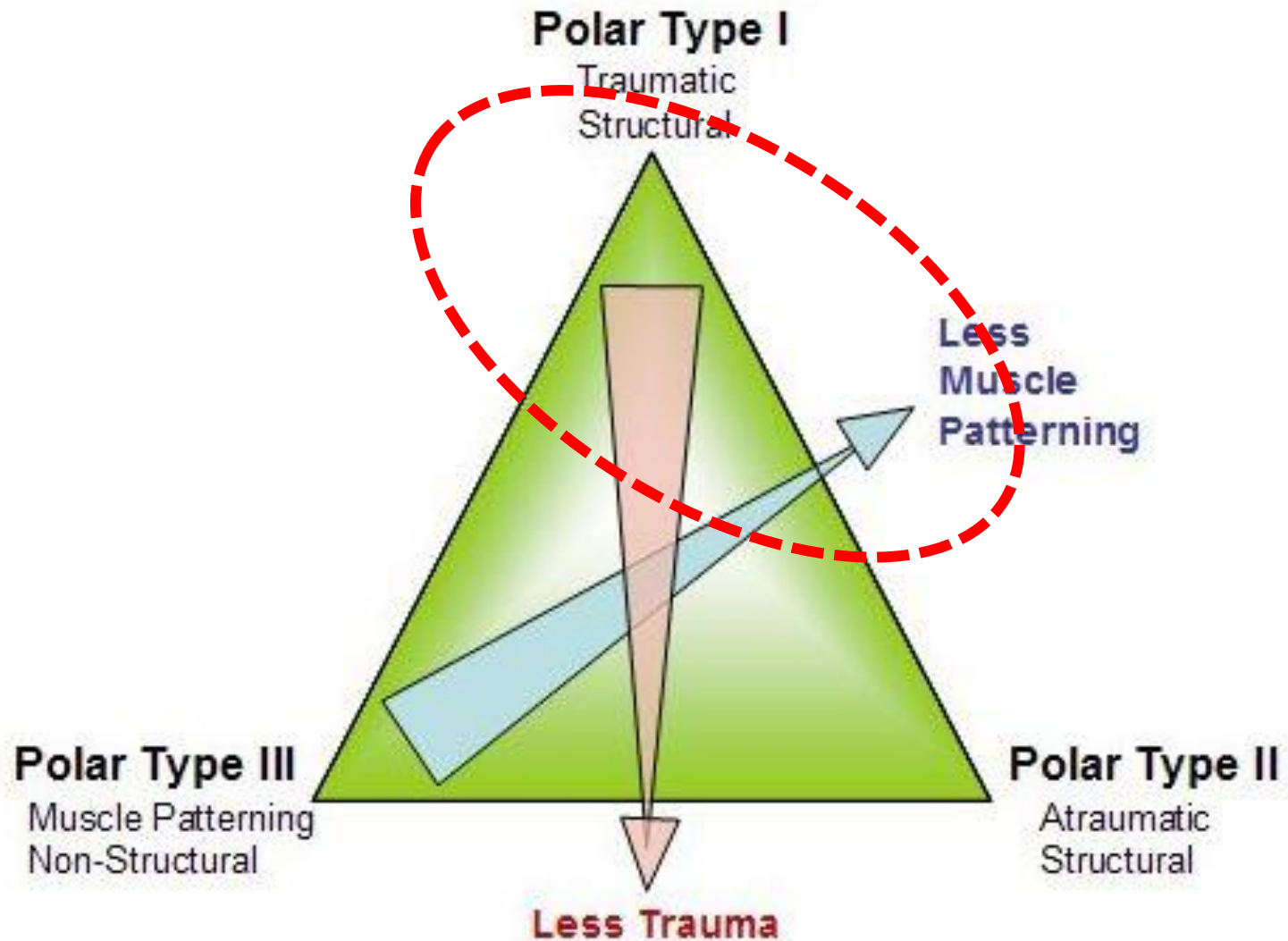
Krijg na de anamnese een idee welke diagnostiek en eventuele vervolgbehandeling moet plaatsvinden.

Sluit na anamnestic onderzoek uit of er sprake zou kunnen zijn van posterieure, volontaire, multidirectionele instabiliteit.

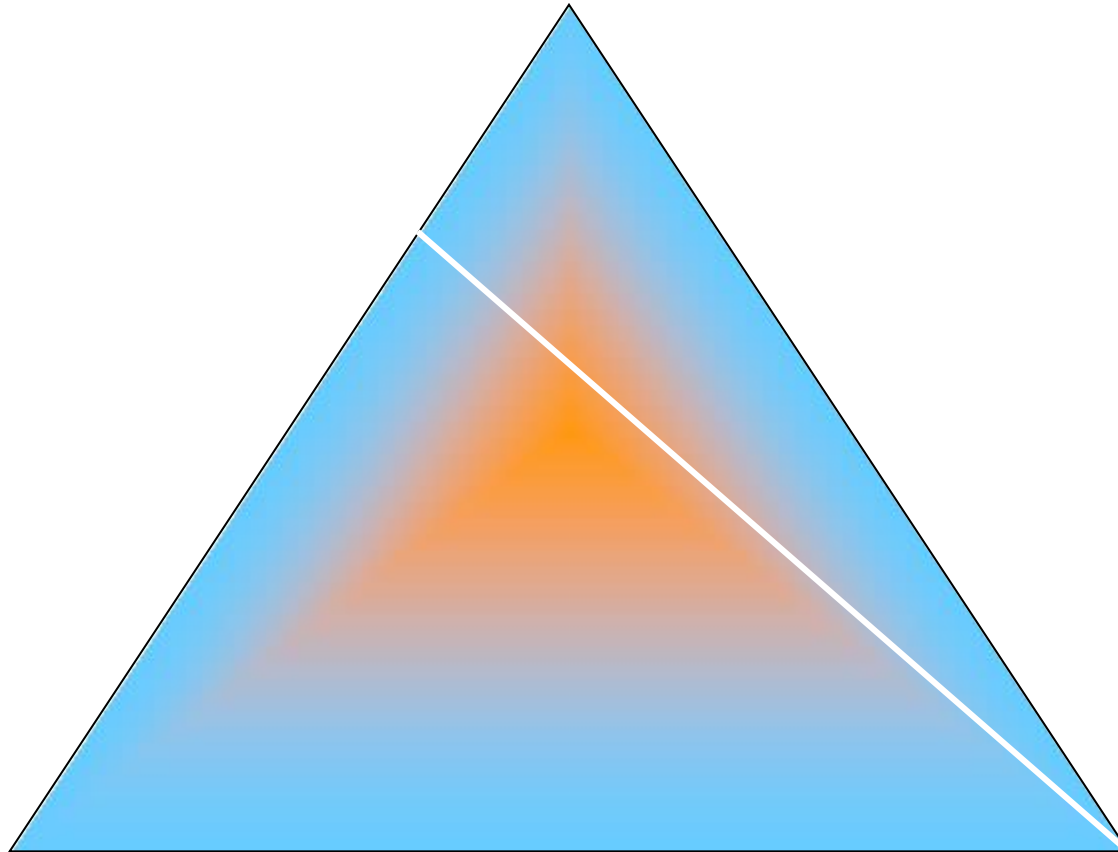
- traumatische anterieure/antero-inferieure instabiliteit;
- volontaire, multidirectionele- of posterieure instabiliteit;
- neurologische schade.

- Multimodale analyse door schouder FT, competent in schouderinstabiliteit.
- Patiënt voor conservatieve FT-revalidatie?
- Consult bij orthopeed adviseren?

Indeling in schouder-instabiliteit



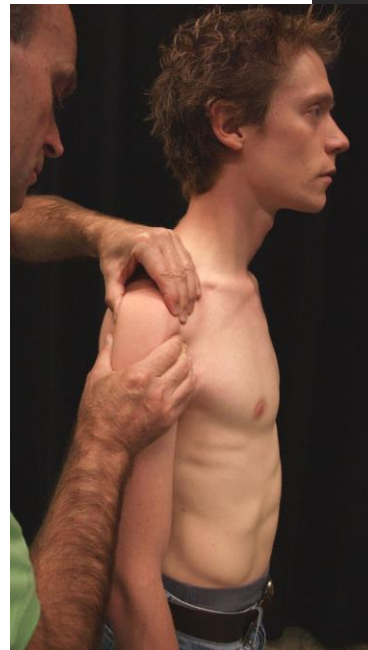
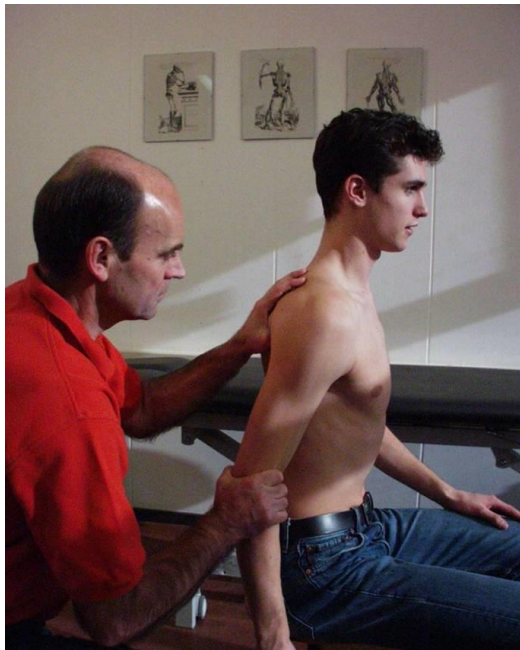
Type 1:
Trauma, structureel, 'hard'.



Type 3:
Afwijkende spierpatronen.

Type 2:
Geen trauma, capsulair.

Kort: klinische tests bij GH-instabiliteit 1 / 2



Kort: klinische tests bij GH-instabiliteit 2 - 2



Aanbeveling richtlijn chronische instabiliteit

Aanbeveling(en)

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Uit de literatuur blijkt dat een operatieve behandeling bij patiënten met een leeftijd jonger dan 40 jaar leidt tot minder recidief. De operatieve interventie resulteert bij patiënten onder de 40 jaar in minder recidief luxaties, maar heeft daarentegen geen bewezen invloed op de PROMS en op de andere uitkomstmaten. Iedere patiënt opereren na een eerste luxatie zou resulteren in overbehandeling. Bij een hogere kans op recidief vanwege de aanwezigheid van verscheidene prognostische factoren die de kans op recidief danwel persisterende klachten vergroten kan, in overleg met de patiënt, een operatie meer aangewezen zijn. Hiervoor zijn voorzichtige aanwijzingen vanuit module 2, welke worden ondersteund door expert opinion. Een operatieve ingreep kan vooral worden overwogen bij patiënten met een leeftijd jonger dan 40 jaar, iemand die aan contactsport doet en/of significant botverlies vertoont op beeldvorming. Gezien het feit dat persisterende klachten minder voorkomen na een tuberculum majus fractuur is een operatieve ingreep in dit geval niet de eerste keuze van behandeling.

Overweeg in samenspraak met de patiënt een operatieve interventie in geval er sprake is van ten minste één van de onderstaande factoren:

- leeftijd <40 jaar
- contactsporter
- significant botverlies

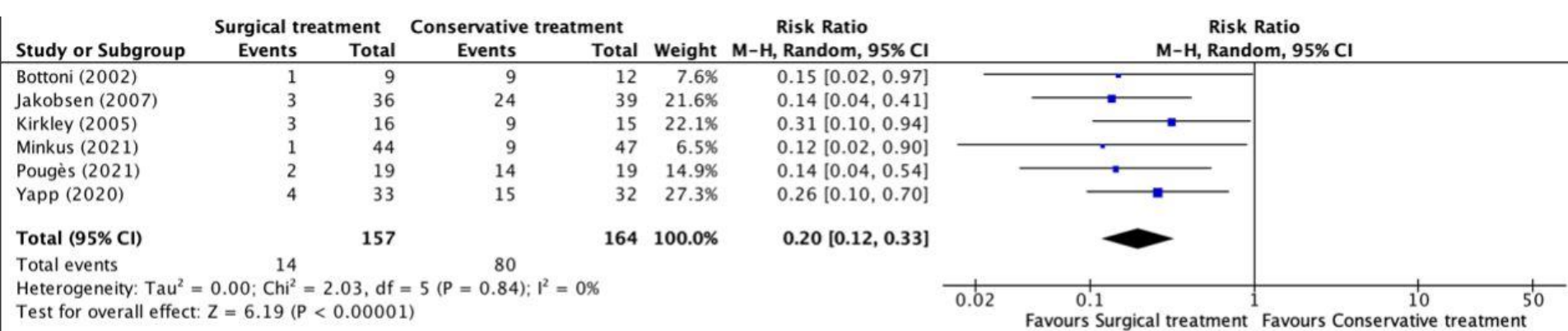
Betreft niet-beïnvloedbare progn. factoren

Wel beïnvloedbare prognostische factoren (SoMCoP-model)

- Somatische disfuncties
 - matige motor control/ rekrutering RC-spieren
 - dysfunctionele spierpatronen (GH, scapula, keten)
 - bewegingsbeperking elders in de keten
- Mentale disfuncties
 - te weinig zelfvertrouwen, bewegingsangst
 - te weinig eigen regie (PSEQ)
- Cognitieve disfuncties
 - onvoldoende inzicht in aandoening & in pijn
- Procesmatige disfuncties
 - onvoldoende fit, te weinig kracht/ duurvermogen

*Welke patiënten met GH-
instabiliteit verwijzen we
(via de HA) naar de
orthopeed?*

Er is een voortdurende discussie over het al dan niet operatief behandelen van een eerste anterieure schouderluxatie. Het hoge percentage complicaties, vooral bij jonge volwassenen, zoals terugkerende instabiliteit, restklachten en onvermogen om weer te gaan sporten na niet-operatieve behandeling, kan erop wijzen dat operatieve behandeling een meerwaarde heeft.



Na ASSS/ BRS: kans op recidief luxaties daalt!

Ontwikkeling ISIS, 6 items, 0 – 10 punten, welke stabiliserende ingreep is passend?

Received: 31 October 2023

Accepted: 23 April 2024

DOI: 10.1002/ksa.12235

SHOULDER

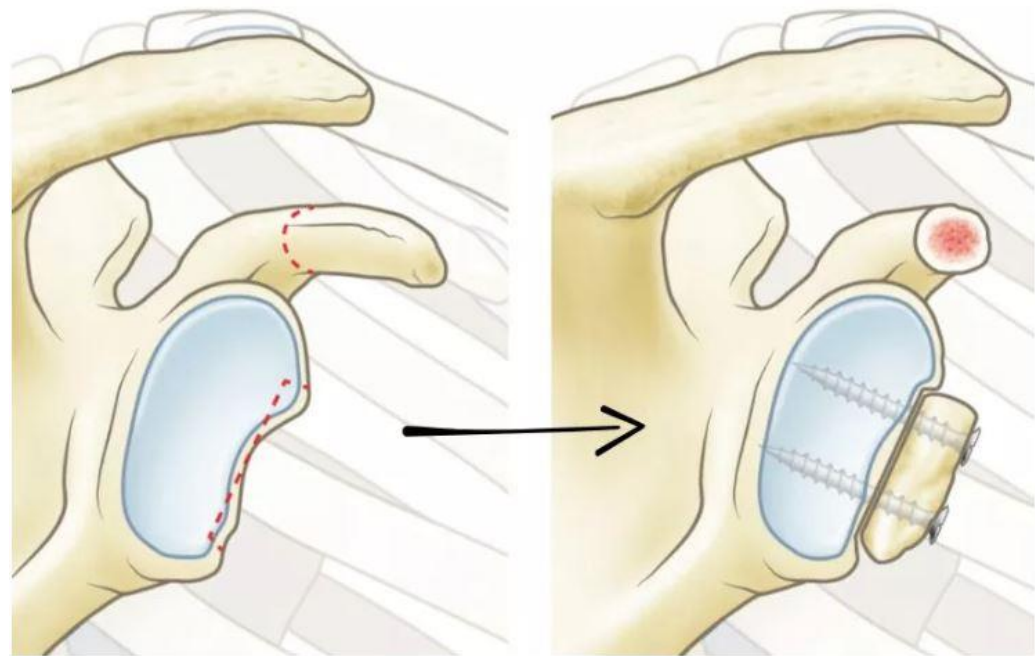
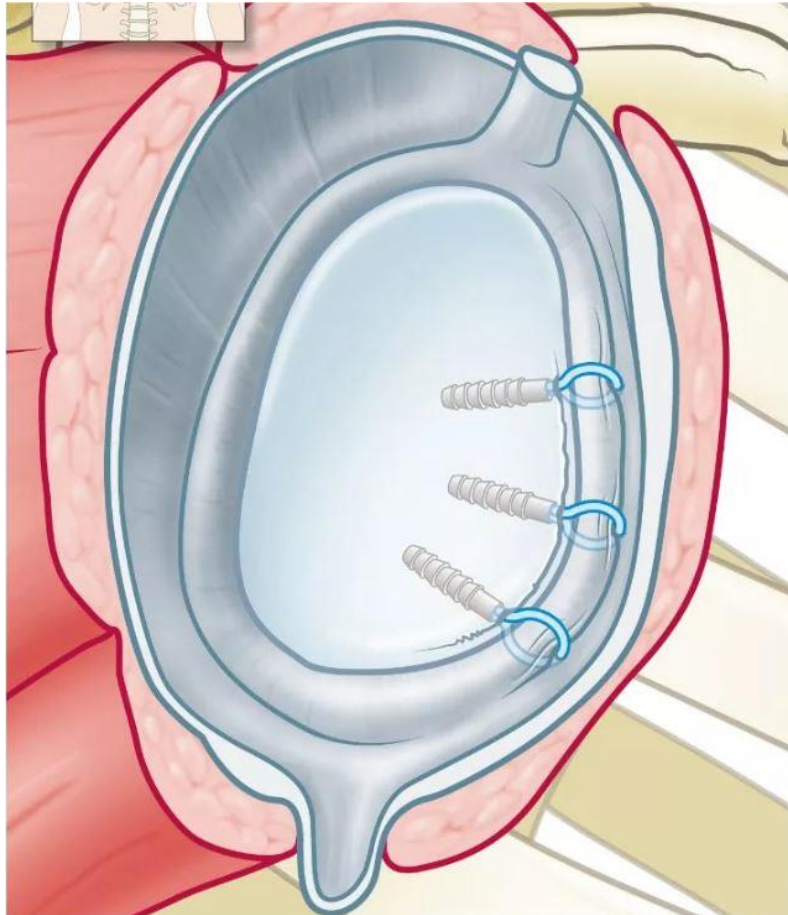
Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy **WILEY**

Instability Severity Index Score predicts recurrent shoulder instability after arthroscopic Bankart repair

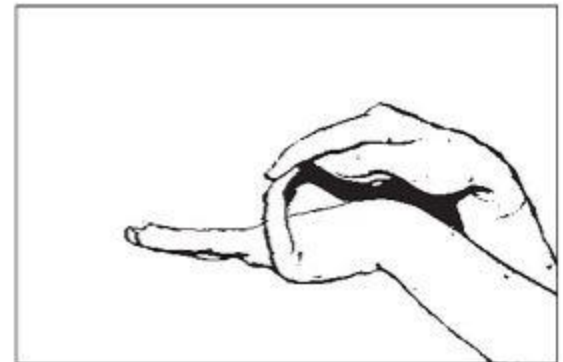
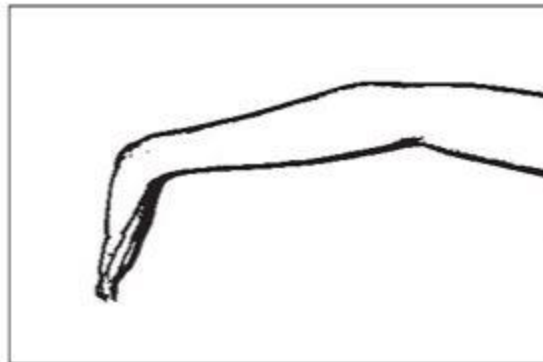
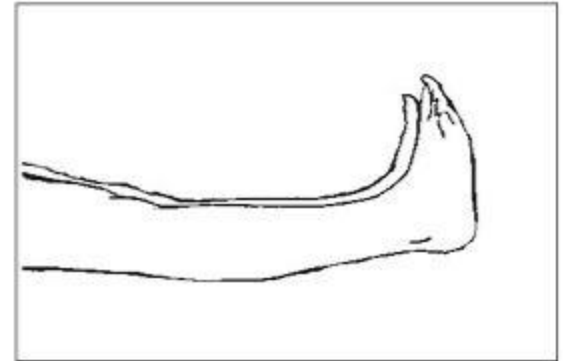
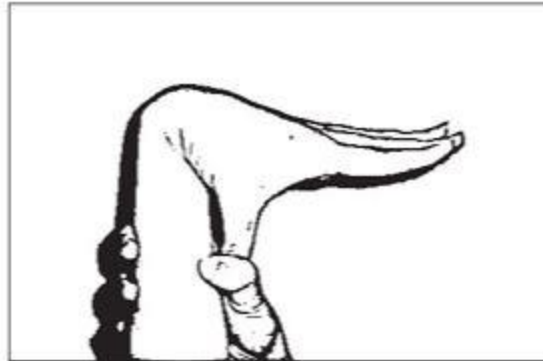
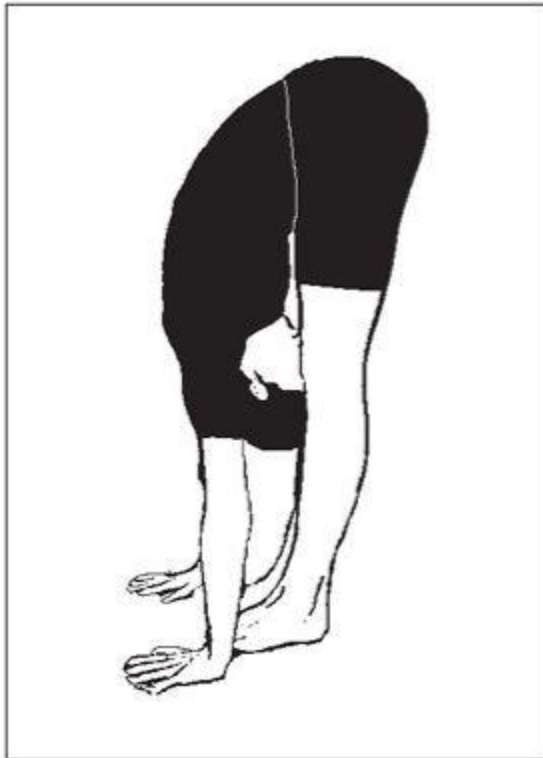
Matthijs Y. H. van Blommestein¹  | Lonneke H. M. Govaert¹ |
Job van der Palen^{2,3} | Wiebe C. Verra¹ | Rinco C. T. Koorevaar⁴ |
Femke F. Schröder^{1,5,6} | Egbert Jan D. Veen¹

TABLE 1 The Instability Shoulder Index Score as created by Balg and Boileau [5].

	Points
Age	
≤20	2
>20	0
Hyperlaxity	
No	0
Yes	1
Hill–Sachs on imaging	
No	0
Yes	2
Loss of glenoid contour on imaging	
No	0
Yes	2
Type of sport	
None or other	0
Contact or overhead	1
Sport intensity	
Recreational or none	0
Competitive	2

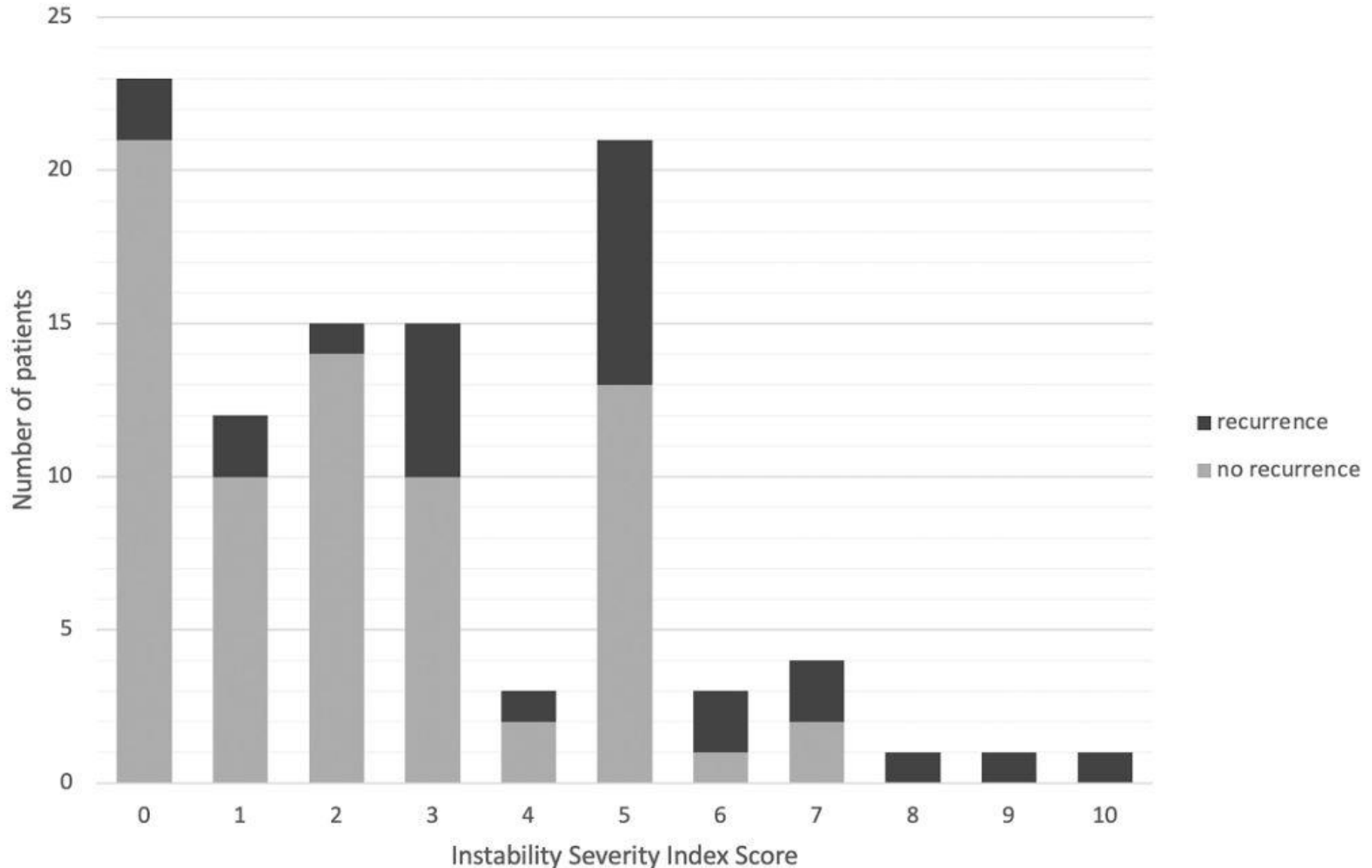


Bankart versus Bristow - Latarjet



Bij de Beighton score wordt laxiteit getest. Hierbij wordt naar verschillende ledematen gekeken. Voor elke beweging die mogelijk is wordt een punt gegeven. Er is een maximale score van 9 punten te behalen. Bij 0-3 punten wordt patiënt als niet hypermobiel beschouwd, bij 4-6 als hypermobiel en bij 7-9 als extreem hypermobiel.

Aantal re-dislocaties (zwart) per ISIS-score.



RESULTS

During the follow-up period, 26 (26.3%, measurement

recurrence 19.08%, 25.08%) cases of recurrent instability were

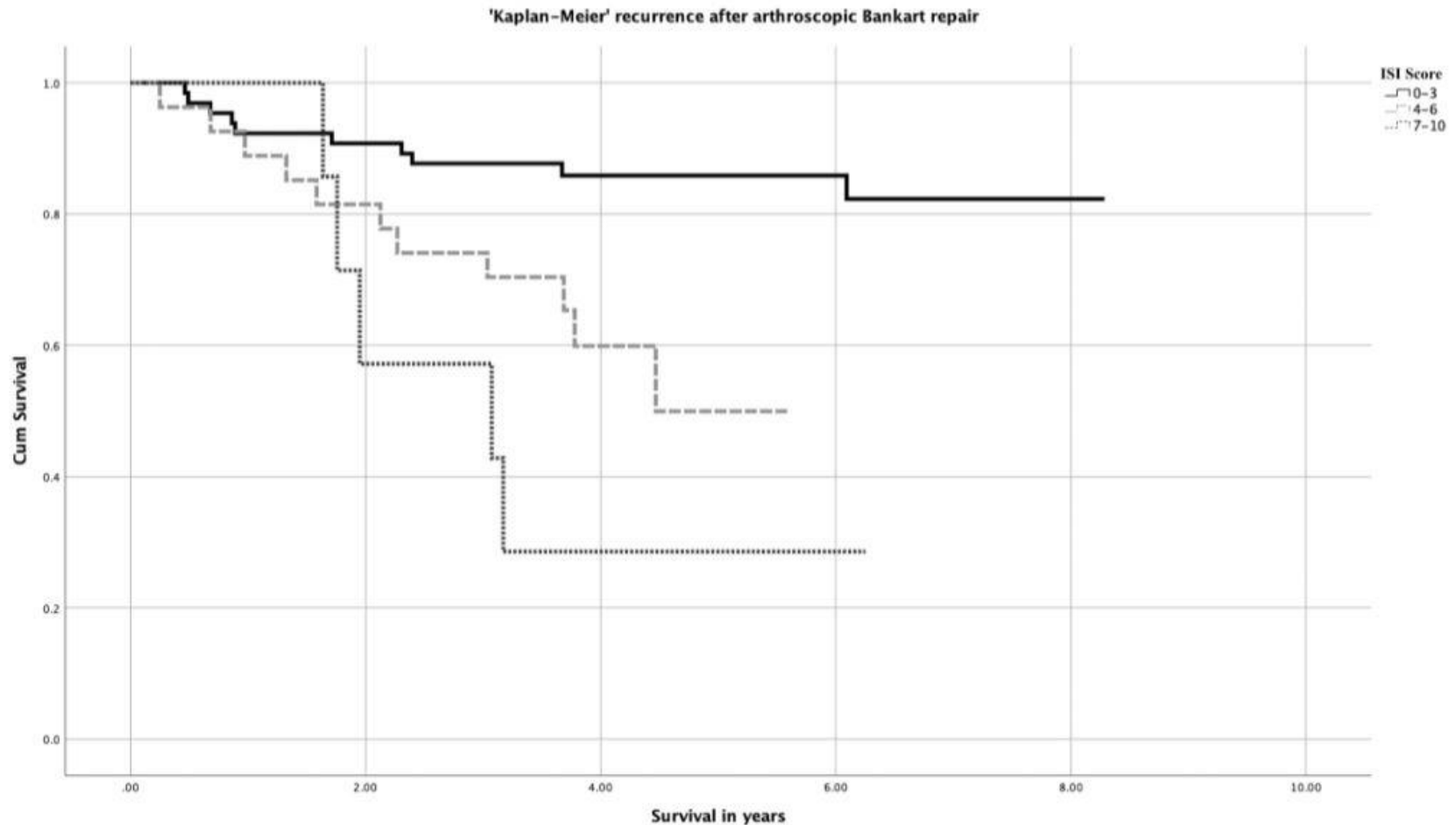


FIGURE 3 Kaplan–Meier survival curve for recurrent shoulder instability after arthroscopic Bankart repair categorised by Instability Severity Index (ISI) Score.



HWO: BESS aanbevelingen voor PO-revalidatie na ASSS/ BRS.

- Inhoudelijk deel SNT-bijeenkomst 10-03
- Met HWO als voorbereiding.
- door: Gerard Koel, SNT commissie VI

TRUMP
CAMPAG

AHA ... DUS DÁT ZAT ERACHTER!



Uitdaging/ doel artikel (Consensus statement)

- Ventrale GH-instabiliteit reëel klinisch probleem; ongeveer 5000 schouderluxaties p.j. in Ned.
- Na een trauma bij jongere sporters frequent re-dislocaties (< 20 jaar: > 50%).
- Weinig evidentie/ onderbouwing voor kenmerken voor een gerichte en passende PO-revalidatie.
- Veel recente studies inclusief FMS-richtlijnen, maar vaak 'slechts' adviezen met laag bewijs.
- Samenwerking/ shared decision making fysiotherapeut/ orthopeed/ patiënt noodzakelijk.

Critical evidence synthesis on rehabilitation following
arthroscopic shoulder stabilisation surgery for
traumatic anterior instability: consensus
recommendations for clinical practice and research –
commissioned by the British Elbow &
Shoulder Society

Carl Wong ,¹ Anju Jaggi,² Elaine Willmore,³ Natasha Maher ,⁴
Marcus Bateman ,⁵ Joel O'Sullivan ,^{6,7} James Blacknall,⁸ Ian Horsley,^{9,10}
Jo Gibson ,¹¹ Bradley Rugg ,^{12,13} Rachel Chester ¹⁴

- Consensus statement vs SR/ Clinical Guideline
- Betreft ASSS/ BRS +- remplissage, geen Latarjet
dus: weke delen versus bottige ingreep
- 10 Kerndomeinen met aanbevelingen
- Gebrek aan robuuste evidentie >> klinische exp.

British Elbow & Shoulder Society Clinical Recommendations



on post-operative rehabilitation following arthroscopic shoulder stabilisation surgery for traumatic anterior instability

1 Immobilisation

Routine immobilisation in a sling is common practice and 3 weeks is recommended

2 Early permitted range of movement during immobilisation

Early permitted range of movement (if deemed appropriate) during immobilisation should be confined to shoulder elevation up to 90 degrees in and anterior to scapular plane, with external rotation up to neutral unless specified otherwise by operating surgeon

Clear communication between the surgical and rehabilitation teams is essential regarding early permitted range of movement during immobilisation

3 Activity of daily living during immobilisation

Some functional movements are considered acceptable during immobilisation within the early permitted range of movement (Table 1)

4 Timescale to begin movement

Different types of shoulder movement (passive/active/active-assisted) can be introduced early (0-2 weeks) within the early permitted range of movement

Early permitted range of movement during immobilisation should be communicated and agreed between the surgical and rehabilitation team if accelerated rehabilitation deemed appropriate

5 Strengthening exercises and progression

Resisted exercises can be introduced early within an agreed, patient-specific range of movement. However, resisted exercises throughout the full range should be introduced only after 6 weeks, unless an agreed accelerated rehabilitation protocol is adopted

8 Outcome measures

OSIS is the preferred outcome measure in clinical practice in the UK
Additional outcome measures should be explored in clinical practice to enable comparison of clinical outcomes with research findings

9 Factors influencing protocol timescale and progression

Functional/physical milestones and patient confidence are key factors in deciding treatment progression

10 Clinical discretion on timescale

Clinical discretion and timely multidisciplinary communication are key when making decisions about rehabilitation protocol deviations
Clinicians must ensure that clinical discretion is grounded in sound clinical reasoning and within their scope of practice

7 Return to sports

Return to non-contact or contact sports should be based on patient function, confidence and functional markers

Functional markers, such as ability and confidence in i) weight-bearing and ii) moving in and out of the 90 degrees of abduction/external rotation should be considered

A minimum 12-week time threshold should be used when guiding return to contact sports

6 Return to work

Return to light work (eg: computer-use) as pain allows and patient feels able

Return to manual work after at least 12 weeks



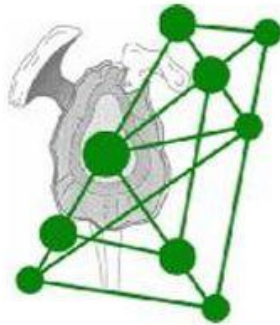
Vragenlijst: OSIS (12 vragen, 0-48 punten).



We have de
completion
instability. A pr
undertaken inv
six months apar
department. Ea
questionnaire at
surgeon comple
the Rowe assess
The new ques
each achieved a
and compared f
SF36. By contra
registered any e
relatively insens
this particular c

The question
outcome for she
practical, reliab
clinical importa

J Bone Joint Surg [E
Received 20 April 15



SchouderNetwerk Twente

in samenwerking met Saxion Hogescholen

www.schoudernetwerk.nl



Patiëntnummer

Patiëntnaam

Datum

3-6-2010

Oxford Shoulder Instability Score

Aangedane zijde

Dominante zijde

Instructie patiënt

Vinkt u het vakje aan dat voor u (het meest) van toepassing is.

1. Hoe vaak is, gedurende de afgelopen **6 maanden**, uw schouder uit de kom geschoten?

Helemaal niet
in 6 maanden



1 of 2 keer
in 6 maanden



1 of 2 keer
per maand



1 of 2 keer
per week



Meer dan 1 of 2
keer per week



2. Heeft u, gedurende de afgelopen **3 maanden**, moeite gehad met of zich zorgen gemaakt om het aantrekken van een T-shirt of trui vanwege uw schouder?

Geen
moeite of zorgen



Een beetje
moeite of zorgen



Matige
moeite of zorgen



Extreme
moeite of zorgen



Onmogelijk
om te doen



Vraag 1. Indien sprake is van post-traumatische SP is het (i.t.t. niet-traumatische SP) gebruikelijk dat de orthopeed relatief snel wordt geconsulteerd.

Wat zijn voor jou redenen om een patiënt met anterieure GH-instabiliteit, die je via DTF consulteert, te adviseren een orthopeed te raadplegen?

Vraag 1. Wat zijn voor jou redenen om een patiënt met anterieure GH-instabiliteit, die je via DTF consulteert, te adviseren een orthopeed te raadplegen?

- Zie de niet-beïnvloedbare anamnestiche gegevens uit de FMS-richtlijn.
- Stel vast of de FT beïnvloedbare SoMCoP-disfuncties relevant genoeg zijn/ lijken te zijn.
- Gebruik de driehoek; lijkt vooral type 1 aanwezig?
- Geen dominante mentale disfuncties?
- Ogenschijnlijk met structuurschade, consistent?
- Wat is het beloop, wel/ onvoldoende verbetering?

Vraag 2. Heb je op dit moment een patiënt PO na een ASSS/ Bankart repair onder behandeling? Hoe vaak heb je afgelopen jaar een dergelijke patiënt behandeld?

- Plenair evalueren.

Vraag 3. Er is al een tijd geen update verschenen van SNT PO-richtlijnen.

SNN geeft zelfs aan dat niet te doen omdat sprake is van te veel individuele PO prognostische factoren zodat de schoudergespecialiseerde fysio dat zelf dient te bepalen. Jouw mening?

- Plenair evalueren.

Wel of geen SNT/ SNN- richtlijnen?



Schouder professionals,
Altijd bij u in de buurt

Zoek een schoudertherapeut bij u in de buurt

Twee keer per jaar bespreken, op uitnodiging van het SNN-bestuur, de 24 aan SNN deelnemende regionale schoudernetwerken de strategie voor de komende tijd.

Op welke wijze profileert en positioneert de schoudergespecialiseerde fysiotherapeut zich op goede wijze in de zorg rond de schouderpijn-patiënt?

Per regionaal netwerk worden 2 vertegenwoordigers uitgenodigd.

Artikel maart 2026



Discussie artikel

Artikel maart 2026...

In Nederland komen jaarlijks 5000 schouderluxaties voor, meestal naar ventraal. Zeker bij jonge sportieve patiënten is de kans op hernieuwde luxatie groot (meer dan 50%).

In Nederland komen jaarlijks 5000 schouderluxaties voor, meestal naar ventraal. Zeker bij jonge sportieve patiënten is de kans op hernieuwde luxatie groot (meer dan 50%), is fysiotherapie onvoldoende effectief en komen patiënten in aanmerking voor een arthroscopische stabiliserende ingreep. Daarna moeten die patiënten revalideren en zullen een schoudergespecialiseerde fysiotherapeut consulteren. Wat is een passende PO-revalidatie? In deze studie op de open SNN-website onderzoeken Düzgün en collega's de eerste PO immobilisatie-fase. Is immobiliseren nodig en zo ja, is 1 week immobiliseren net zo goed als 3 weken immobiliseren? De uitkomstmaten zijn ROM, schouderfunctie en recidief-luxaties. Meer informatie over PO-revalidatie in andere fasen en bij andere operaties is te vinden op het ledengedeelte van de SNN-website.

Wel of geen SNT/ SNN- richtlijnen?

Prognostische factoren die PO-beloop en resultaat mede bepalen	Ja/deels/nee
Sociodemografische gegevens (leeftijd, geslacht, klachtenduur)	Nee
Wel/ geen comorbiditeit (DM, schildklier, Marfan, roken)	Nee
Lokale factoren (ernst/ omvang letsel labrum/ pees, retractie, vervetting)	Nee
Mate waarin operatie is gelukt, kwaliteit ingreep	Nee
Gestoorde PO-functies (kracht, belastbaarheid weefsels, mobiliteit)	Ja
Verwachtingen, percepties patiënt omtrent PO-prognose/ resultaat	Deels
Beloop revalidatie met terugval, herstel, veerkracht, vertrouwen	Deels
Herstel van functioneren schoudergordel, kinetische keten	Ja
Herstel van functioneren in ADL en werk	Ja
Herstel van functioneren in sport – gerichte revalidatie/ training	Ja
Mentale factoren (angst, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid)	Deels
Cognitieve factoren, inzicht in pijn, inzicht in oorzakelijke factoren	Ja
Aspecten van chronisch pijnsyndroom (sensitisatie, coping-stijl)	Deels
Sociale factoren (SES, familie, werk)	Nee
Competenties behandelend fysiotherapeut	Deels
Samenwerken met andere professionals in team rond PO-patiënt	Ja

Wel of geen SNT/ SNN- richtlijnen?

Tabel 5 met vijf fases in PO-revalidatie:

- fase 0: Voorbereiding, preoperatief, 'better in/ better out', informatie PO-belooft
- fase 1: Immobilisatie/ beschermend, geleid actief bew., veilige ROM, keten trainen, steun
- fase 2: Start actieve en ↑ ROM, korte lastarm (tot 50% kracht), steun uitbreiden
- fase 3: Volle ROM actief, weerstand opbouwen (> 50% kracht), UHV, start plyometrie
- fase 4: Volledige ROM, max. kracht en plyometrie, power (max. RFD), werpen (sport)

	RC-repair (FTR tot 3 cm)	Bankart-repair ASSS	Neer decompressie/ Mumford clavícula	RTSA modern beleid
Duur fase 1	0-5 weken deels met sling	0-4 weken deels met sling	0-1 weken mag zonder sling	0-1 weken mag zonder sling
Duur fase 2	6-12 weken	5-8 weken	2-4 weken	2-4 weken
Duur fase 3	13-22 weken	9-16 weken	5-10 weken	5-12 weken
Duur fase 4	> 22 weken	> 16 weken	> 10 weken	> 12 weken



Zelf denken, samen doen!

Wel of geen SNT/ SNN- richtlijnen?

- Er zijn (te) veel persoonlijke variabelen.
- Richtlijn suggereert houvast.
- Meer beleid vanuit orthopeed gewenst?
- Aan de andere kant willen patiënten soms wel graag een richtlijn (soms zelfs protocol).
- Alleen niet schoudergespecialiseerde fysio's willen een richtlijn.
- Alhoewel, schoudergespecialiseerde fysio's willen wel een richtlijn/ leidraad maar beslissen zelf hoe het beleid eruit gaat zien.

Vraag 3. Er is al een tijd geen update verschenen van SNT PO-richtlijnen.

SNN geeft zelfs aan dat niet te doen omdat sprake is van te veel individuele PO prognostische factoren zodat de schoudergespecialiseerde fysio dat zelf dient te bepalen. Jouw mening?

- Plenair evalueren.
- 3 opties:
 - A: Prima zo, zonder SNT/ SNN-richtlijnen
 - B: Wel globale richtlijnen met 'groene vlaggen' aub
 - C: Voorkeur voor publiceren SNT/ SNN-richtlijnen

Vraag 4. Onze Engelse collega's spreken van een 'consensus statement'; wat is volgens jou het verschil met een systematic review die uitmondt in een richtlijn?

Vraag 4. Onze Engelse collega's spreken van een 'consensus statement'; wat is volgens jou het verschil met een systematic review die uitmondt in een richtlijn?

- Een SR uitmondend in een richtlijn (standaard) veronderstelt dat sprake is van kwalitatief goede RCT's die een meta-analyse mogelijk maken >> level 1 onderbouwing (mogelijk zelfs: bewijs).
- Een consensus statement ontbeert hoge kwaliteit RCT's, gaat vaker om 'expert opinion' waarbij 'Delphi-procedures' worden gebruikt. Minder??

Vraag 5. De eerste 3 blauwe domeinen betreffende eerste 'beschermde' fase. Welke minimale actieve ROM-bewegingen worden geadviseerd?

British Elbow & Shoulder Society **Clinical Recommendations**

on post-operative rehabilitation following arthroscopic shoulder stabilisation surgery for traumatic anterior instability



1

Immobilisation

Routine immobilisation in a sling is common practice and 3 weeks is recommended



2

Early permitted range of movement during immobilisation

Early permitted range of movement (if deemed appropriate) during immobilisation should be confined to shoulder elevation up to 90 degrees in and anterior to scapular plane, with external rotation up to neutral unless specified otherwise by operating surgeon

Clear communication between the surgical and rehabilitation teams is essential regarding early permitted range of movement during immobilisation

3

Activity of daily living during immobilisation

Some functional movements are considered acceptable during immobilisation within the early permitted range of movement (Table 1)



6

Return to work

Return to light work (eg: computer-use) as pain allows and patient feels able
Return to manual work after at least 12 weeks

7

Return to sports

Return to non-contact or contact sports should be based on patient function, confidence and functional markers

Functional markers, such as ability and confidence in i) weight-bearing and ii) moving in and out of the 90 degrees of abduction/external rotation should be considered

A minimum 12-week time threshold should be used when guiding return to contact sports



4

Timescale to begin movement

Different types of shoulder movement (passive/active/active-assisted) can be introduced early (0-2 weeks) within the early permitted range of movement

Clinical recommendations:

- ⇒ Early permitted range of movement (if deemed appropriate) during immobilisation should be confined to shoulder elevation up to 90° in and anterior to scapular plane, with external rotation up to neutral unless specified otherwise by operating surgeon.
- ⇒ Clear communication between the surgical and rehabilitation teams is essential regarding early permitted range of movement during immobilisation.

***Vraag 6. Staat gebruik van een sling actief
bewegen of functioneel bewegen in de weg?***

Vraag 6. Staat gebruik van een sling actief bewegen of functioneel bewegen in de weg?

Box 1 Expert consensus on acceptable functional movement during immobilisation with the level of expert consensus in brackets

Examples of functional movements considered acceptable if they occur within the early permitted range of movement

- ⇒ Using a knife and fork (97%)
- ⇒ Lifting a cup of tea (87%)
- ⇒ Pulling up clothing—for example, underwear, socks, trousers, skirt (86%)
- ⇒ Using utensils, for example, a spatula or wooden spoon to cook (80%)
- ⇒ Wiping a table surface clean/light dusting (80%)
- ⇒ Slicing a loaf of bread (78%)
- ⇒ Washing/drying dishes (76%)

Vraag 7. Wanneer mag je starten met spierfunctie oefeningen, wanneer spierversaking tot 50% en wanneer is sprake van spierversterking >50% in de volledige ROM?

Resisted exercises

There was significant variation in the timing of introducing through-range resisted exercises across 15 studies.^{10 13–17 19 20 22 23 26 27 31–33}

Three studies by the same author did not specify a timescale but allowed resisted exercises when patients could perform active forward elevation above shoulder level.^{31–33}

Two studies used ‘accelerated rehabilitation’ protocols, starting with resisted exercises at 2–3 weeks.^{15 17} The remaining 10 studies did not allow resistance exercises before 6 weeks postsurgery,^{10 13 14 16 19 20 22 23 26 27}

aligning with expert consensus that such exercises should not be introduced before this time (75%).

Early strengthening exercises with movement restrictions were discussed among experts, but the agreement was too low (57%) to form a consensus.

The use of closed and open kinetic chain strengthening exercises was not explored within the scope of this evidence synthesis.

Clinical recommendation:

- ⇒ Resisted exercises can be introduced early within an agreed, patient-specific range of movement. However, resisted exercises throughout the full range should be introduced only after 6 weeks, unless an agreed accelerated rehabilitation protocol is adopted.

Vraag 7. Wanneer mag je starten met spierfunctie oefeningen, wanneer spierversaking tot 50% en wanneer is sprake van spierverssterking >50% in de volledige ROM?

- Rustige, isometrische contracties mogen al vroeg (open ASSS/ BRS: pas op subscapularis! **Niet SNT.**)
- Als patiënt actieve elevatie 90° goed kan uitvoeren; is lichte weerstand in bepaalde ROM mogelijk.
- Vanaf 6 weken: weerstand in hele actieve ROM
- Vanaf 12 weken: plyometrie is mogelijk.
- RtW: afh. type werk; RtP & RtS: afh. patiënt/ sport

Vraag 8. Omdat het vaak jonge, sportieve patiënten betreft is RtS (Return to Sport) belangrijk (zie domein 7, roze). Hoe stel jij vast dat jouw patiënt, 25 jaar, zaalhandbal, weer mag beginnen met trainen? Wat zijn belemmerende factoren voor RtS?

Vraag 5 Vorige HWO juli 2025. 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 Vorige HWO juli 2025. 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 8. Omdat het vaak jonge, sportieve patiënten betreft is RtS (Return to Sport) belangrijk (zie domein 7, roze). Hoe stel jij vast dat jouw patiënt, 25 jaar, zaalhandbal, weer mag beginnen met trainen? Wat zijn belemmerende factoren voor RtS?

- Benodigde somatische basisfuncties: mobiliteit, coördinatie, kracht, duur.
- Toegevoegde somatische functies: snelheid, power; ook kracht-uith. vermogen richting sport.
- Mentale functies: vertrouwen, verantwoorde lef.
- Voldoen aan sport performance tests.
- Overleg met trainer en coach.

a. Overhead Band Reach
- Maintain Stability -

b. Closed Kinetic Chain Extremity Stability Test (CKCUEST)
- 21(M), 23(F), 15s -

c. Upper Extremity Y Balance
- 3 Consecutive Progressions -

d. One Arm Hop Test
- 5 Reps -

e. Posterior Shoulder Endurance Test (PSET)
- 85% Contralateral Extremity -

f. Trunk Stability Push-up
- 3 Reps with Control -

g. Long Arm Plank Ball Tap
- 10 Bidirectional Taps with Body Control -

h. Plank Weight Stacking



Functional Return to Play Assessments Following Anterior Shoulder Stabilization

Vraag 9. Weet je iets over de kans op een nieuwe dislocatie/ luxatie na ASSS/ ABR? En hoe snel na de operatie treedt zo'n letsel op?

Vraag 9. Weet je iets over de kans op een nieuwe dislocatie/ luxatie na ASSS/ ABR? En hoe snel na de operatie treedt zo'n letsel op?

- Als het goed is past de orthopeed de keuze voor de benodigde stabiliserende ingreep aan m.b.v. ISIS-score.
- 5 – 20% re-dislocaties is gangbaar.
- 20 – 30% sub-luxaties/ apprehension is gangbaar.
- Kan in eerste jaar maar ook fors later (3 - 4 jaar).

Vraag 10. Druk je mening over de relevantie van dit consensus statement met aanbevelingen over PO-revalidatie uit in een cijfer tussen 0 ('helemaal niet relevant') en 10 ('bijzonder relevant') in de volgende kolom:

Bedankt voor aandacht & participatie.

SchouderNetwerk Twente



SchouderNetwerk
Twente



Volgende SNT bijeenkomst op di 2 juni 2026