



INLEIDING / PROGRAMMA RNT 05-11-2015

1. 18:00 – 18:45 uur. Mededelingen bestuur ; site, enquête, stemming voorstel master
door Frank Geerdink & Henk Vaarkamp.
2. 18:45 – 19:15 uur: CB-CFT huiswerkopdracht; educatie algemeen
19:15 – 19:45 uur: PAUZE koffie, thee, netwerken
3. 19:45 – 20:00 vervolg educatie CB-CFT
4. 20:00 – 20:55 uur: Michiel Trouw, explain pain, pijneducatie, pilot
5. Afsluiting
door Frank Geerdink
Volgende bijeenkomst RNT Do 7 april 2016.



INLEIDING / PROGRAMMA RNT 05-11-2015

Inhoudelijk deel RNT bijeenkomst

- 18:45 – 20:00 uur:
Educatie algemeen, CB-CFT huiswerkopdracht;
door Gerard Koel
- 19:15 – 19:45 uur: PAUZE *koffie, thee, netwerken*
- 20:00 – 20:55 uur: Explain pain, pijneducatie,
pilot studie RNT – OCON
door Michiel Trouw

Volgende bijeenkomst RNT Do 7 april 2016.

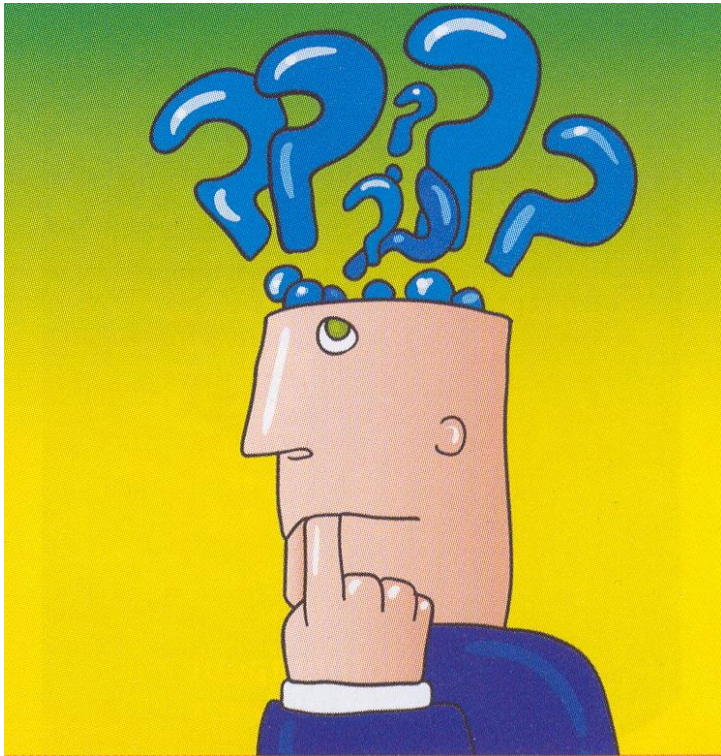
Pijneducatie Algemeen.

- **RNT Beleid tot nu toe.**
- **Redenen om te kiezen voor SDM iha & Pijneducatie in het bijzonder.**
- **Modellen / classificatie systemen bij patiënten met LRP (WCPT, Singapore, 2015)**

Uit blok 10

PEM =

Potentieel Empatisch Moment.



Narratief
redeneren?



15 05 2006

Ik wil nu eindelijk wel eens
precies weten wat er aan
de hand is.
U zit toch in het
RugNetwerk Twente?



Bekend voorkomende uitspraken:

- Ik maak me zorgen om mijn beenpijn.
Is het toch een hernia? Had mijn zwager ook.
- Ik heb altijd zwaar werk gehad.
Mijn rug is versleten & mijn werk is te zwaar.
- Ik wil nu eindelijk wel eens weten waarom ik al zo lang zoveel rugpijn heb.
Er moet toch wat ernstigs aan de hand zijn.
- Als ik meer pijn krijg, moet ik toch stoppen.
Pijn betekent dat er iets kapot gaat.
- U denkt toch niet dat LRP tussen de oren zit?
Ik ben geen aansteller, heb een hoge grens.

Brain samples itself....

- * Past experiences
- * Knowledge
- * Beliefs
- * Culture
- * Past successful behaviours
- * Past successful behaviours observed in others

Output =

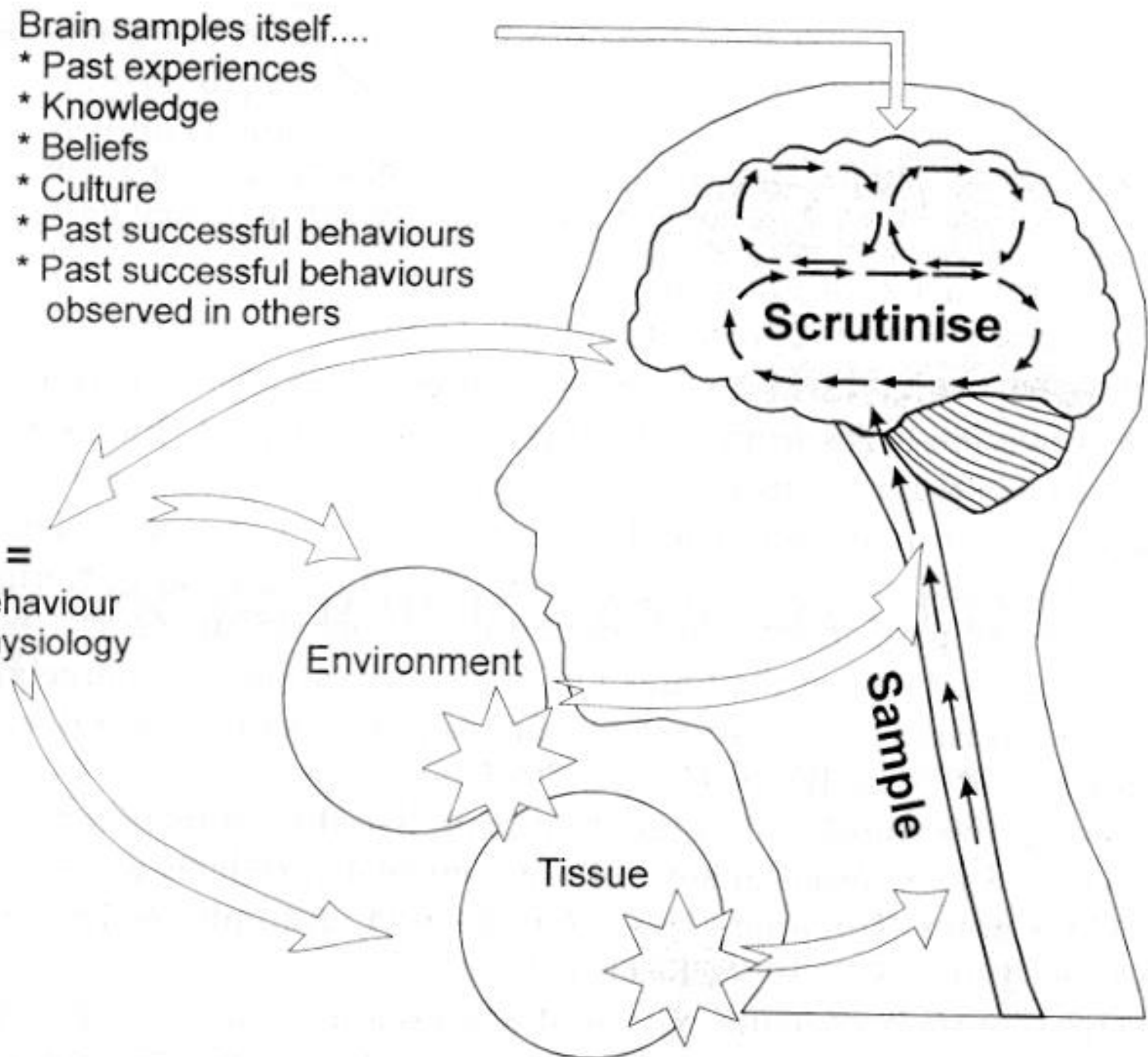
Altered behaviour
Altered physiology

Environment

Tissue

Scrutinise

Sample



Een patiënt met LRP

Medische gegevens, afspraak maken, anamnese.

- Patroon (uit anamnese)
- Oswestry vragenlijst (0-100)

Stap	Classificatie syst.	Cluster van oz gegevens	Klassering	Plan van aanpak
1	Rode vlaggen	Zie 'rijtjes' van rode vlag vragen	Mogelijk specifieke LRP (vooral serious, non-mech.)	Indicatie medisch ond.?
2	KNGF richtlijn LRP	Profiel 1: normaal, kort behandelen	Profiel 2: vertraagd, FT beh.	Profiel 3: traag & gele vl.
3a	Mechanism based, met een biomechanisch patroon, is er een plausibele somatische oorzaak (substraat)?	- Medical mechanism / beeld (ICD) - FT / MT mechanism / beeld (FT functiediagnostiek / FT classificatie systeem)	Vb.: discusdegeneratie, artrose, sacroïlitis, sp.stenose Vb.: myofasciaal syndroom hypo LWK / sacrum dispositie neurale verschuifbaarheid ↓	Conditie verbeterende / activerende therapie - Desensitisatie MTP - Mobil./Manipulatie - Mobilisatie, rekkingen
3b	Bij aanhoudende kl88: Hip Spine Syndrome	Vooraf <u>LWK/TLO</u> : AROM bew.diagram PA test, (in)stab, segm.samenhang	Vooraf <u>bekkenpijn</u> : Fortin pijn, dispositie, cluster, ± force clos.	Vooraf <u>heup</u> : artrose, labrum, mob./ sag.balans
4	Treatment based classification (TBC)	16 dg, distaal, FABQ , PA vering, heup a-ritmisch, prone instab, (leeft.; >SLR) positief centralisatie fenomeen	LRP door beperkte mobiliteit LRP door beperkte stabiliteit LRP door 'reducible disc'	Manipulatie / mobilisatie Stab./ Spierversterking Directional Preference
5	Kwaliteit van bewegen BDS (Bew. Disf. Syndr)	Biomech. pijn bij vergrote mobiliteit Biomech. pijn bij beperkte mobiliteit	Control impairment (GIVE) Movement impairment (STIFF)	Verbeteren stabiliteit Verbeteren mobiliteit
6	Pijn reductie tests (MWM, SNAG's)	Biomech. provocatie van pijn neemt af bij correctie van de bew. / dispositie	Pijn bij bewegen door dispositie / insuff. coördinatie	Verbeteren sturing / tape
7	Functioneel onderzoek	PSK duidt op disfuncties ADL gedrag	LRP met beperkte activiteiten o.b.v. operante conditionering	Graded activity (CGT)
8	Gele vlaggen, coping stijl: (te) passief / actief	Disfunctionele cognities & percepties, IPQ en/of emoties FABQ , Tampa , AEQ (Avoidance Endurance Quest.)	LRP & disfunctionele cognities LRP & bewegingsangst LRP & confrontatie	CTIP Illness Perc./ CGT) Graduele exposure (CGT) Ontspan. / Coping (CGT)
9	Gele / oranje vlaggen	Psychologie/ psychiatrie: 4 DKL	LRP bij psycholog. disfuncties	Indicatie andere profess.
10	Blauwe/zwarte vlaggen	Sociaal-maatschappelijke problemen	LRP bij conflicten werk	Indicatie andere profess.

meestal gevolgd door:

Verbeteren algemene functies: kracht, uith. vermogen, snelheid

Toepassen fysiologische trainingsprincipes (FITT)

Einde FT begeleiding Zelfredzame persoon

Een patiënt met LRP

Medische gegevens, afspraak maken, anamnese.

- Patroon (uit anamnese)
- Oswestry vragenlijst (0-100)

Stap	Classificatie syst.	Cluster van oz gegevens	Klassering	Plan van aanpak
1	Rode vlaggen	Zie 'rijtjes' van rode vlag vragen	Mogelijk specifieke LRP (vooral serious, non-mech.)	Indicatie medisch ond.?
2	KNGF richtlijn LRP	Profiel 1: normaal, kort behandelen	Profiel 2: vertraagd, FT beh.	Profiel 3: traag & gele vl.
3a	Mechanism based, met een biomechanisch patroon, is er een plausibele somatische oorzaak (substraat)?	- Medical mechanism / beeld (ICD) - FT / MT mechanism / beeld (FT functiediagnostiek / FT classificatie systeem)	Vb.: discusdegeneratie, artrose, sacroïlitis, sp.stenose Vb.: myofasciaal syndroom hypo LWK / sacrum dispositie neurale verschuifbaarheid ↓	Conditie verbeterende / activerende therapie - Desensitisatie MTP - Mobil./Manipulatie - Mobilisatie, rekkingen
3b	Bij aanhoudende kl88: Hip Spine Syndrome	Vooraf <u>LWK/TLO</u> : AROM bew.diagram PA test, (in)stab, segm.samenhang	Vooraf <u>bekkenpijn</u> : Fortin pijn, dispositie, cluster, ± force clos.	Vooraf <u>heup</u> : artrose, labrum, mob./ sag.balans
4	Treatment based classification (TBC)	16 dg, distaal, FABQ , PA vering, heup a-ritmisch, prone instab, (leeft.; >SLR) positief centralisatie fenomeen	LRP door beperkte mobiliteit LRP door beperkte stabiliteit LRP door 'reducible disc'	Manipulatie / mobilisatie Stab./ Spierversterking Directional Preference
5	Kwaliteit van bewegen BDS (Bew. Disf. Syndr)	Biomech. pijn bij vergrote mobiliteit Biomech. pijn bij beperkte mobiliteit	Control impairment (GIVE) Movement impairment (STIFF)	Verbeteren stabiliteit Verbeteren mobiliteit
6	Pijn reductie tests (MWM, SNAG's)	Biomech. provocatie van pijn neemt af bij correctie van de bew. / dispositie	Pijn bij bewegen door dispositie / insuff. coördinatie	Verbeteren sturing / tape
7	Functioneel onderzoek	PSK duidt op disfuncties ADL gedrag	LRP met beperkte activiteiten o.b.v. operante conditionering	Graded activity (CGT)
8	Gele vlaggen, coping stijl: (te) passief / actief	Disfunctionele cognities & percepties, IPQ en/of emoties FABQ , Tampa , AEQ (Avoidance Endurance Quest.)	LRP & disfunctionele cognities LRP & bewegingsangst LRP & confrontatie	CTIP Illness Perc./ CGT) Graduele exposure (CGT) Ontspan. / Coping (CGT)
9	Gele / oranje vlaggen	Psychologie/ psychiatrie: 4 DKL	LRP bij psycholog. disfuncties	Indicatie andere profess.
10	Blauwe/zwarte vlaggen	Sociaal-maatschappelijke problemen	LRP bij conflicten werk	Indicatie andere profess.

meestal gevolgd door:

Verbeteren algemene functies: kracht, uith. vermogen, snelheid

Toepassen fysiologische trainingsprincipes (FITT)

Einde FT begeleiding Zelfredzame persoon

6 Items betreffende de INHOUD van de Bb comm.:

1. Bijeenkomsten RNT
2. Inhoud LRP cursus
3. Vragenlijsten
4. Patient educatie
5. PO richtlijnen
6. Project LAZeps

SYMPOSIUM 2014

Meester Kackadorisprijs 2014

18 sep 2014 | Bestuur VtdK | Laatste wijziging: 18 sep 2014

 Vind ik leuk 43
  Tweet
  Share 25

Uit een flink aantal aanmeldingen heeft de jury van de Meester Kackadorisprijs 2014 de volgende shortlist van acht kandidaten vastgesteld, die in alfabetische volgorde hieronder worden geïntroduceerd.

Zoals bekend is de prijs bestemd voor 'instellingen, personen of ondernemingen die in belangrijke mate hebben bijgedragen aan de verspreiding in daad, woord of geschrift van de kwakzalverij in Nederland' (voor het complete reglement zie NTtdK, juni 2003, pag. 1-2). Alle genomineerden zijn inmiddels per mail op de hoogte gesteld van hun kandidatuur. De winnaar zal op zaterdag 4 oktober, voorafgaand aan het middagsymposium, bekend worden gemaakt, waarna deze - mits aanwezig - in de gelegenheid zal worden gesteld een korte apologie uit te spreken. De jury en het bestuur danken de leden die kandidaten voor de Meester Kackadorisprijs 2014 hebben voorgedragen.

De longlist

1. **CPION** (Centrum Post initieel Onderwijs Nederland) is een organisatie die opleidingen accrediteert. Tot nu toe heeft CPION aan 17 opleidingen in 'medische basiskennis' haar goedkeuring geschonken. Op grond daarvan kunnen behandelingen door degene die een dergelijke mini-opleiding heeft gevolgd in aanmerking komen voor betaling vanuit de aanvullende verzekeringen van de vijf grote zorgverzekeraars. Voorbeelden van door CPION geaccrediteerde opleidingen zijn de Academie voor Chinese geneeswijzen Quing-Bai, de school voor antroposofen Con Amore, een school voor homeopathie en Vita Opleidingen bv.
2. **Het Nationale Ballet** en in het bijzonder zijn medisch coördinator Marleen Grol. In een op 29 maart 2014 uitgezonden aflevering van een documentaireserie over het Nationale Ballet 'Bloed, zweet en blaren' was te zien hoe manueel therapeut/fysiotherapeut John ten Kulve op ruwe wijze de nek kraakte van sterdanseres Igone de Jongh. In een vervolguitzending zocht een andere danseres haar heil bij een wijgejaste mevrouw die allerlei naalden in haar stak. De Vereniging tegen de Kwakzalverij heeft het Nationale Ballet gewaarschuwd tegen deze aanpak van kwetsbare dansers, maar zonder succes.
3. **Pauw en Witteman**. Zij worden genomineerd voor het vrijwel kritiekloos aan het woord laten van Wim Hof, de 'iceman', die in bassins met ijs kan zitten, in wakken zwemt, half naakt de Kilimanjaro beklimt en beweert dat je geest je lichaam niet alleen kan beïnvloeden maar ook kan beter maken. Hij geeft trainingen aan mensen met ziekten als MS en kanker en suggereert dat wie aan dergelijke ziekten overlijdt dit eigenlijk aan zichzelf te wijten heeft. Aan tafel en in het publiek zaten in vrijwel uitsluitend aanhangers en bewonderaars van de praatjesmaker. Hoewel Pauw & Witteman als zodanig niet meer bestaat heeft Jeroen Pauw de fakkel overgenomen. Hij kan zich niet onttrekken aan zijn verantwoordelijkheid in deze.
4. **Ruggpoli**, een stichting met vestigingen in Delden, Tilburg en Velp. Er werken 14 orthomaneel geneeskundige-artsen, 3 neurologen, 5 anesthesiologen, 10 radiologen, 8 mechanische consultants en 8 radiodiagnostische laboranten. Er worden patiënten met ruggijn behandeld door een verzameling reguliere en/of orthomanele artsen. De orthomanele artsen hebben de leiding en zij 'corrigeren' de wervelkolom met een zachte manipulerende beweging direct op de wervel die niet in lijn staat (methode-Sikesz). Deze curieuze combinatie van reguliere specialisten en kwakdokers ziet als

 Email artikel Print artikel Vergroot / Verklein

GERELATEERDE ARTIKELLEN

✦ **Zorgcoryfee prof. Pauline Meurs krijgt meester Kackadorisprijs 2014**

2 okt 2014 | NIEUWS

✦ **Manueel therapeut kraakt Nationaal Ballet**

5 mei 2014 | NIEUWS

✦ **De Wim Hof-methode, een nieuwe ster aan het alternatieve firmament**

19 feb 2014 | NIEUWS

Jaarrapport Meester Kackadorisprijs 2008

26 okt 2008 | MEESTER KACKADORISPRIJS 2008

✦ **ZonMw krijgt uitnodiging voor discussiebijeenkomst**

13 okt 2014 | NIEUWS

NIEUWSBRIEF AAN- OF AFMELDEN

De Digitale Nieuwsbrief van de VtdK houdt u regelmatig op de hoogte van nieuwe artikelen op deze site. Vul uw

Over de NVtK & de
jaarlijkse Kackadoris prijs

4. Rugpoli, een stichting met vestigingen in Delden, Tilburg en Velp. Er werken 14 orthomanueel geneeskundige-artsen, 3 neurologen, 5 anesthesiologen, 10 radiologen, 8 mechanische consulenten (MDT !!) en 9 radiodiagnostische laboranten. Er worden patiënten met rugpijn behandeld door een verzameling reguliere en/of orthomanuele artsen. De orthomanuele artsen hebben de leiding en zij 'corrigeren de wervelkolom met een zachte manipulerende beweging direct op de wervel die niet in lijn staat' (methode-Sickesz). Deze curieuze combinatie van reguliere specialisten en kwakdokters ziet als indicatiegebied: rugpijn, nekpijn, hoofdpijn, gewrichtsklachten en whiplash. Er zijn geen wachtlijsten.

4. Rugpoli, een stichting met vestigingen in Delden, Tilburg en Velp. Er werken 14 orthomaneueel geneeskundige-artsen, 3 neurologen, 5 anesthesiologen, 1 fysiotherapeut, 1 psychische consuler, 1 fysiotherapeut, 1 laborant, 1 behandelster, 1 orthopedisch chirurg, 1 heilbrontherapeut, met de werkdagen van 9.00 tot 17.00 uur. Deze curieel behandelende specialisten en kwakdokters zien al het gebied: rugpijn, nekpijn, hoofdpijn, gewrichtsklachten en whiplash. Er zijn geen wachtlijsten.

Wat heeft de rugpoli Delden te maken met pijneducatie ??

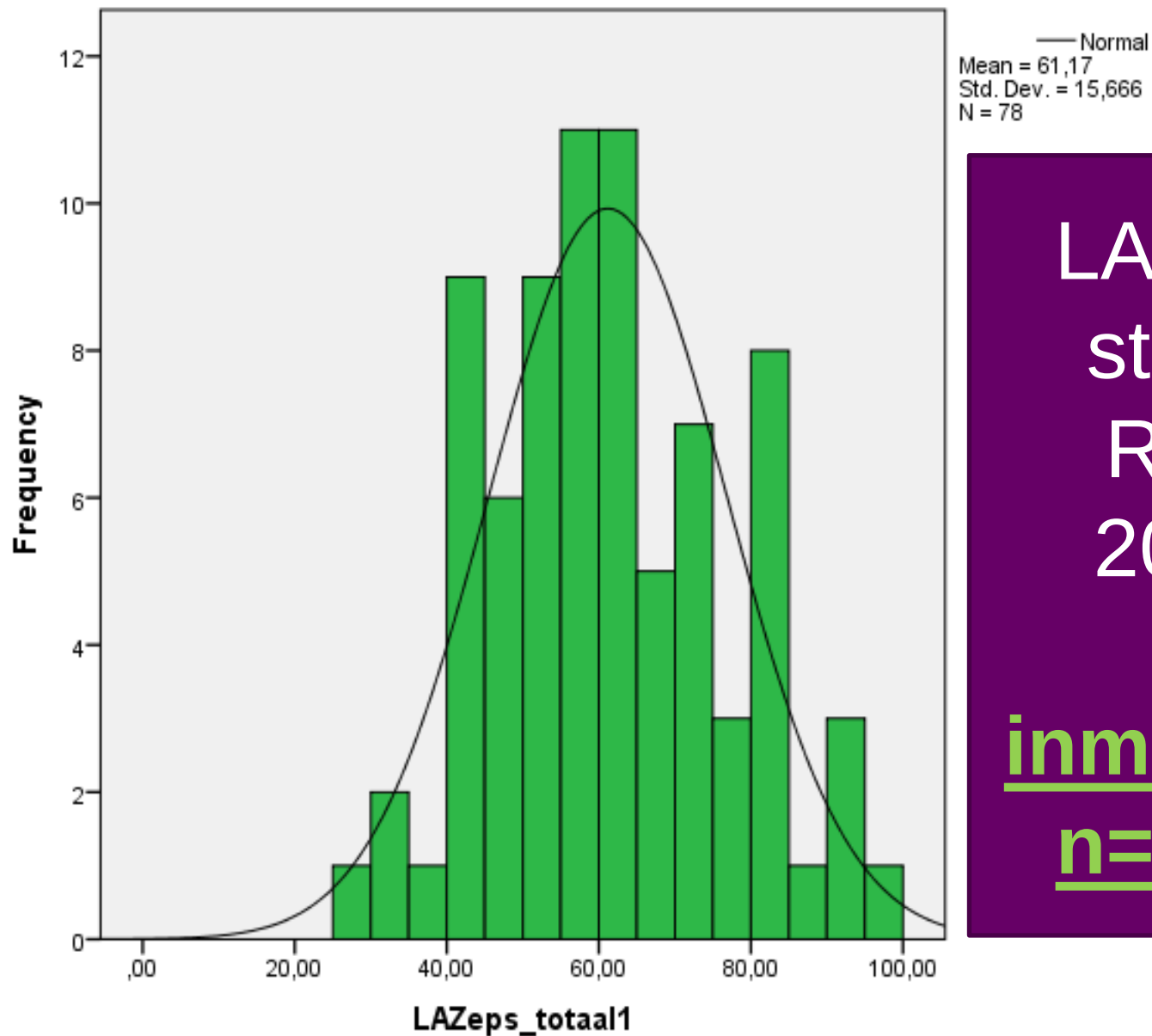
4. Rugpoli, een stichting met vestigingen in Delden, Tilburg en Velp. Er werken 14 orthomaneueel geneeskundige-artsen, 3 neurologen, 5 anesthesiologen, 1 fysiotherapeut, 1 psychische consuler, 1 laborant, 1 behandelster, 1 orthopedisch hielmeester, 1 met de werkdagen (10.00-18.00 uur). Deze curieel behandelende specialisten en kwakdokters zien al het gebied: rugpijn, nekpijn, hoofdpijn, gewrichtsklachten en whiplash. Er zijn geen wachtlijsten.

Geldt dat ook voor
Fysius, Dorsano,

of ook RNT ??

Voorwaarden voor zelfmanagement
RNT: 5 voorwaarden voor PATIËNTEN.
EEN DIA UIT RNT APRIL 2015 !

1. Passende context
(intelligentie, communicatief, beïnvloedbare omgeving).
2. Voldoende kennis en inzicht
(wat is LRP, een chronische aandoening, wat is chroniciteit)
3. Voldoende zelfvertrouwen / eigen regie
(Self efficacy: SE scales zoals ZAHEK, LoBACs / LAZeps).
4. Goede monitoring eigen gezondheid
(kennis van signs & symptoms gezondheid).
5. Genereren adequaat gedrag lange termijn
(blijvende aanpassing leefstijl & cognities).



LAZeps
studie
RNT,
2014;

inmiddels
n= 102.

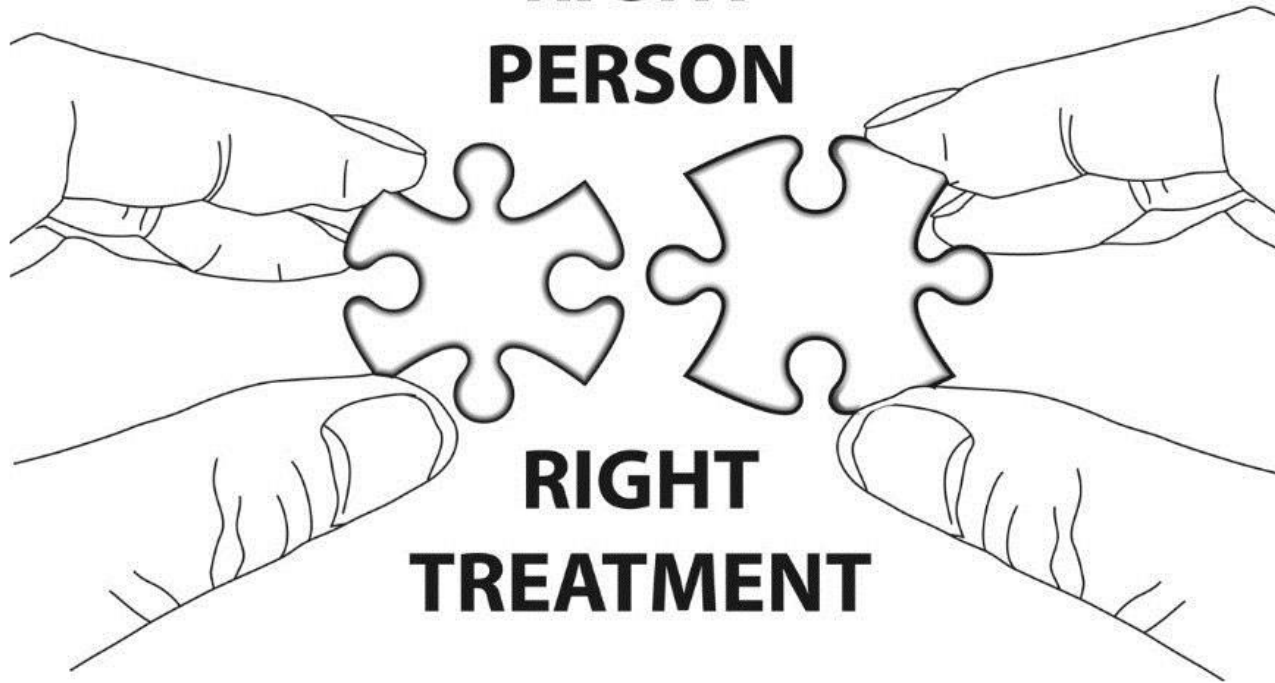


- Stratified Models of Care for Low Back Pain.
- Sessie met:
 - Nadine Foster (voorzitter)
 - Jonathan Hill (STarT)
 - John Childs (TBC)
 - Peter O'Sullivan (CB-CFA)
 - Mark Hancock (overview).
- Sessie te zien & horen op:
<http://www.wcpt.org/congress/fs/77>

Wat is Stratified Care ?

- Het betreft de keuze van een passende behandeling voor een subgroup / categorie van LRP patienten.
- Maakt het mogelijk om op efficiënte wijze (klinisch redenerend) te komen tot een goede keuze voor de juiste aanpak.
- Ondersteunt de keuze van de passende behandeling voor die LRP patient op dat tijdstip.

**RIGHT
PERSON**



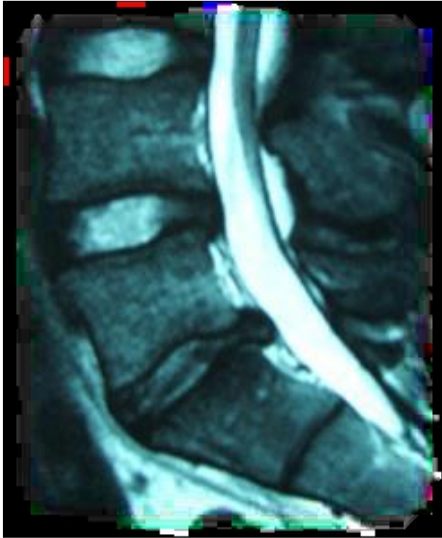
**RIGHT
TREATMENT**

De keuze voor deze drie modellen voor Stratified Care

- Het betreft modellen die deels onderzocht zijn; er is (enige) externe onderbouwing.
- Het zijn praktisch toepasbare modellen.
- Het onderliggende substraat / mechanisme betreft:
 - het risico op vertraagd herstel (STarT)
 - de respons op een behandeling (TBC)
 - het onderliggende mechanisme (CFT)

CB – CFT (Peter O'Sullivan).

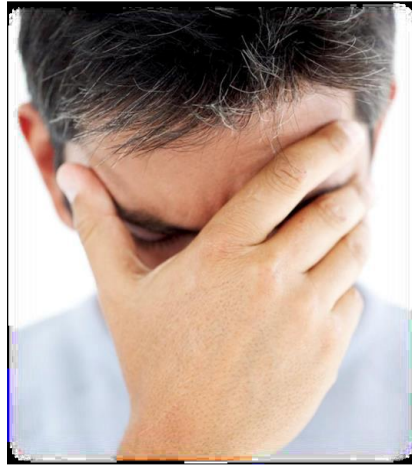
- Behandeling richten op het 'mechanisme' dat de rugpijn onderhoud:
 - patho-anatomisch (GIVE vs STIFF, McKenzie)
 - pijnmechanismes: sensitisatie CZS
 - disfunctionele cognities / emoties
 - provocatief houding / bew. gedrag / leefstijl
- Het gaat om een multimodale behandeling maar wel met maatwerk voor die LRP patient.

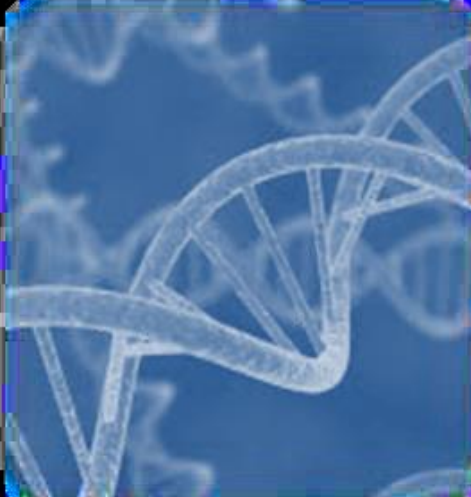


- Tja, ik heb nu eenmaal een bulging disc.

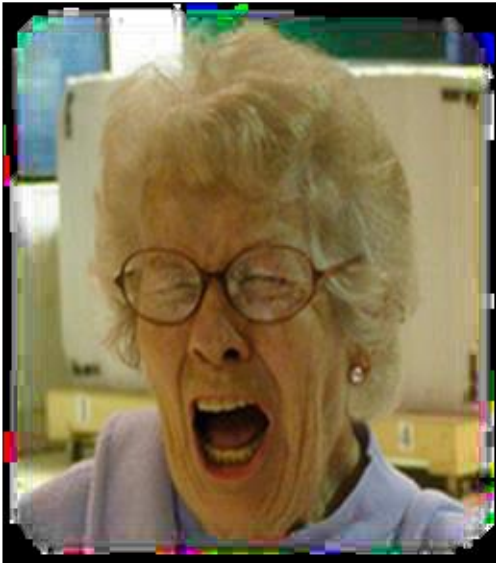


- Vooroverbuigen is gevaarlijk; ik moet mijn rug beschermen.



- 

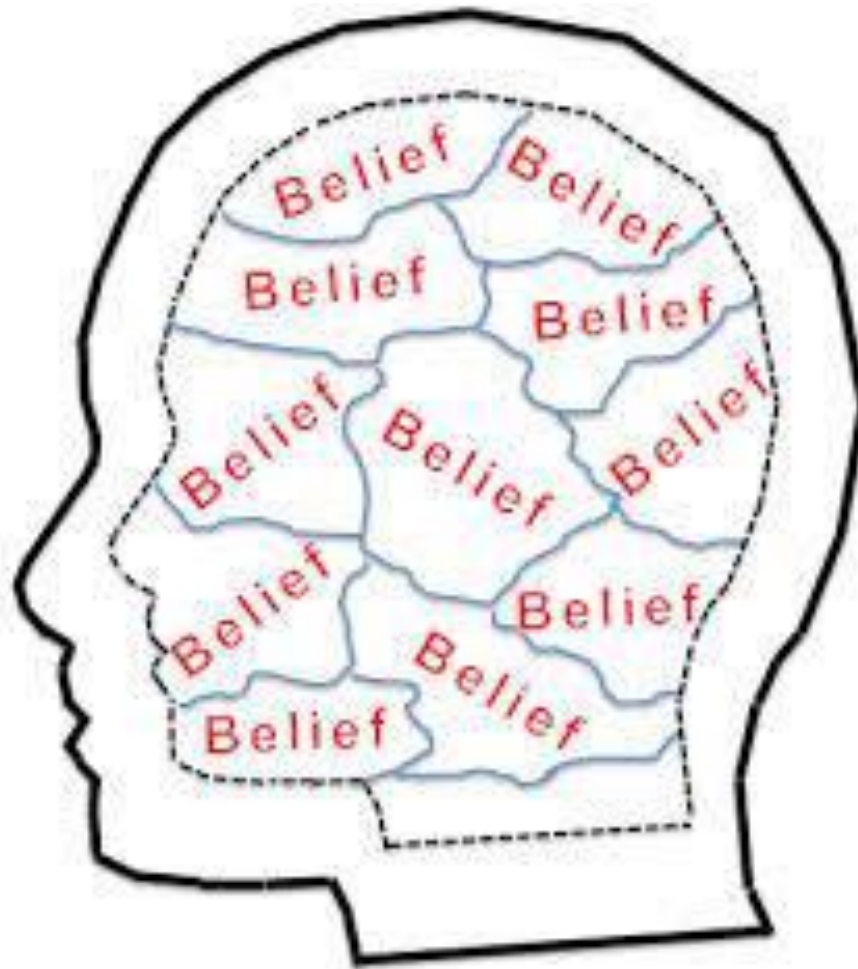
- Het zit in de familie, mijn vader is ook aan een hernia geopereerd.



- Die pech heb ik nu eenmaal, het is echt verschrikkelijk pijnlijk..



- Mijn lijf laat me in de steek, ik kan ook niet veel meer.



Helpen we de LRP patiënt door
functionele cognities te kunnen genereren ??

CBT / kinesiotherapie voorbeeld

- Welke richting is pijnlijk; gaat dat gepaard met hypo (Stiff) of juist hypermobiliteit (Give).



Over de huiswerk- opdracht.





Twee O'Sullivan's
dat kan verwarrend zijn !!

Vraag 1:

Wat lijkt onhandig aan de P.F. attendering?

- CATS ?? Stimuleer + respons
- Slechts 10 deelnemers
- Kwalitatieve studie



Vraag 2:

Wat is de methodologische kwaliteit van de twee publicaties van Peter O'Sullivan?

- 1 opinie stuk (= authority based)
- 1 double case study
- Dus:
lage methodologische kwaliteit

Vraag 3:

Is 'changed motor control' vergelijkbaar met 'changed core stability'?

Intrinsic factors

While there is limited prospective evidence to support individual risk factors as strong predictors of LBP there is evidence for the presence of changes in motor control linked to the persistence of LBP.

People with PBP generally show increased trunk muscle co-activation, an inability to relax the back muscles^{8,9} and a tendency for earlier onset of feed-forward activation of the transverse abdominal muscles¹⁰. This challenges the underlying basis of using core stability exercises which are so prevalent throughout the world.

8. Dankaerts W, O'Sullivan P, Burnett A, Straker L, Davey P, Gupta R. Discriminating healthy controls and two clinical subgroups of nonspecific chronic low back pain patients using trunk muscle activation and lumbosacral kinematics of postures and movements: a statistical classification model. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34:1610-1618

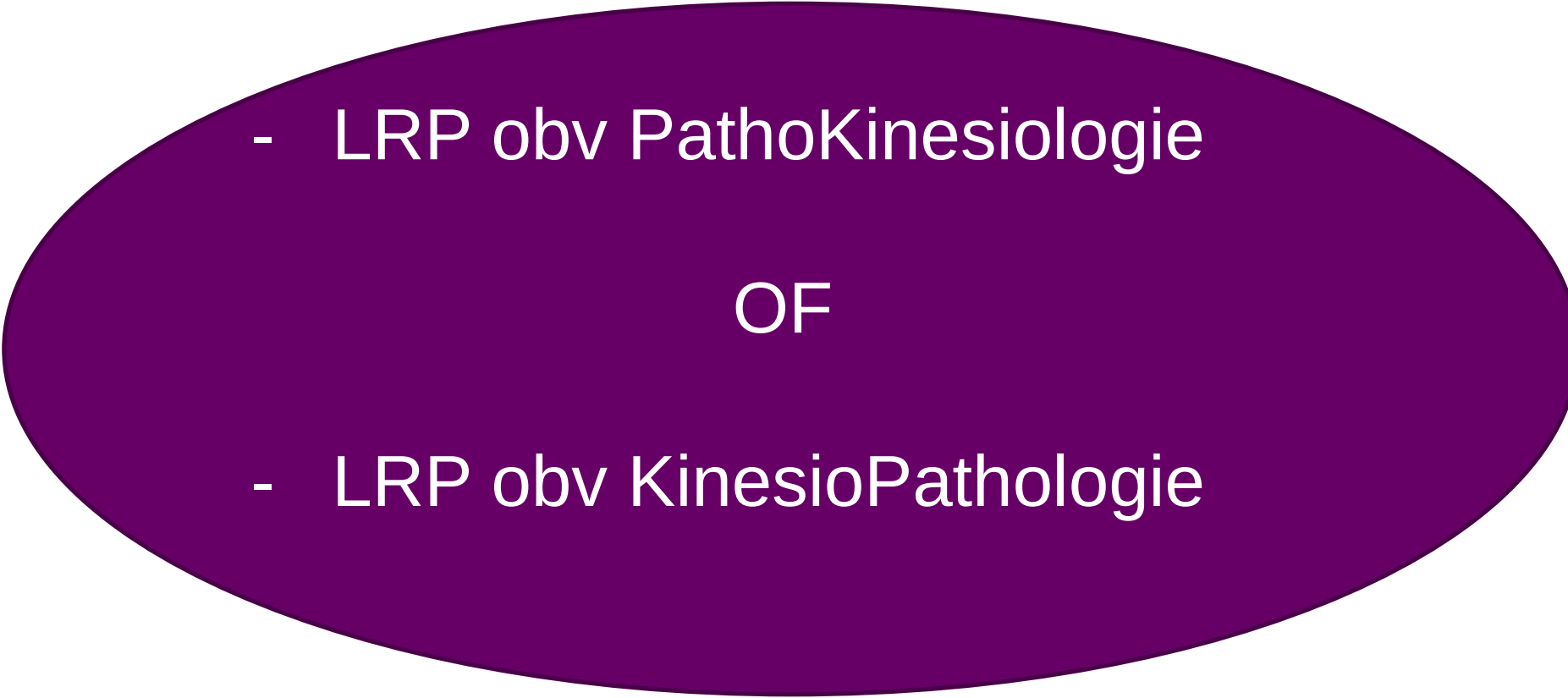
9. Geisser M, Haig A, Wallbom A, Wiggert E. Pain related fear, lumbar flexion, and dynamic EMG among persons with chronic musculoskeletal low back pain. *Clin J Pain* 2004; 20:61–69

10. Gubler D, Mannion A, Schenk P, Gorelick M, Helbling D, Gerber H et al. Ultrasound tissue Doppler imaging reveals no delay in abdominal muscle feed-forward activity during rapid arm movements in patients with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2010; 35:1506–1513

Vraag 4:

Welke populaties van LRP patiënten komen niet in aanmerking voor CFT?

Cognitive functional therapy (CFT) is an integrated, person-centred, goal-orientated management approach for PBP. The focus of this process is directed by the findings taken from the multidimensional examination, with regard to the indicated primary contributing factors across the different domains linked to the patient's disorder. Developing a strong clinical alliance (SDM), utilising motivational interview techniques, underpins this process.



- LRP obv PathoKinesiologie

OF

- LRP obv KinesioPathologie

Vraag 5:

Hoe oordeelt O'Sullivan over de waarde van manuele therapie?

Manual therapy is only used as a window of opportunity to change behaviours where movement impairments are present, rather than being a treatment in isolation.

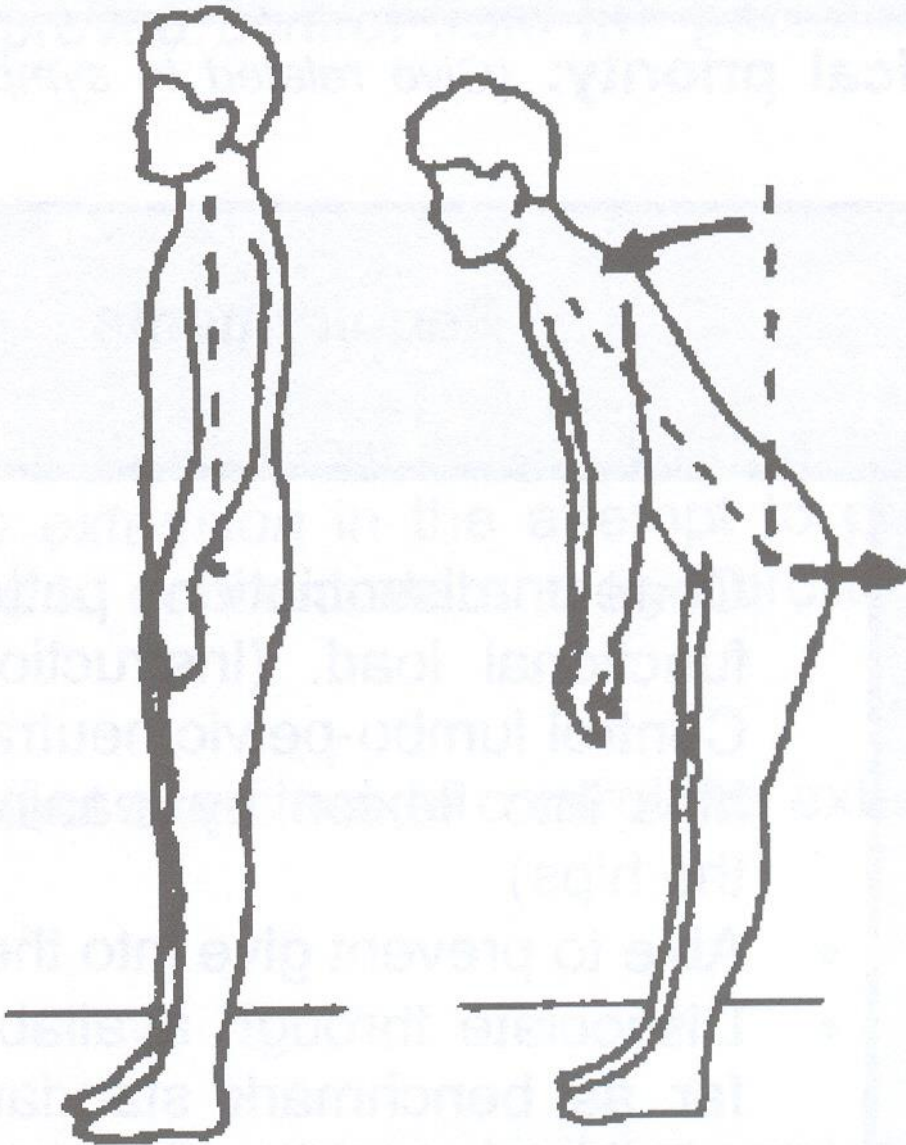
A recent randomised controlled trial has shown that CFT resulted in **superior long-term outcomes** of reduced disability, pain intensity and episodes, fear, improved mood, reduced need for ongoing care and sick leave, when compared to physiotherapy-led manual therapy and stabilising exercises³⁰.

Fersum K, O'Sullivan P, Skouen J, Smith A, Kvale A. Efficacy of classification based 'cognitive functional therapy' in patients with non-specific chronic low back pain - a randomized controlled trial. Eur J Pain 2012

Vraag 6:

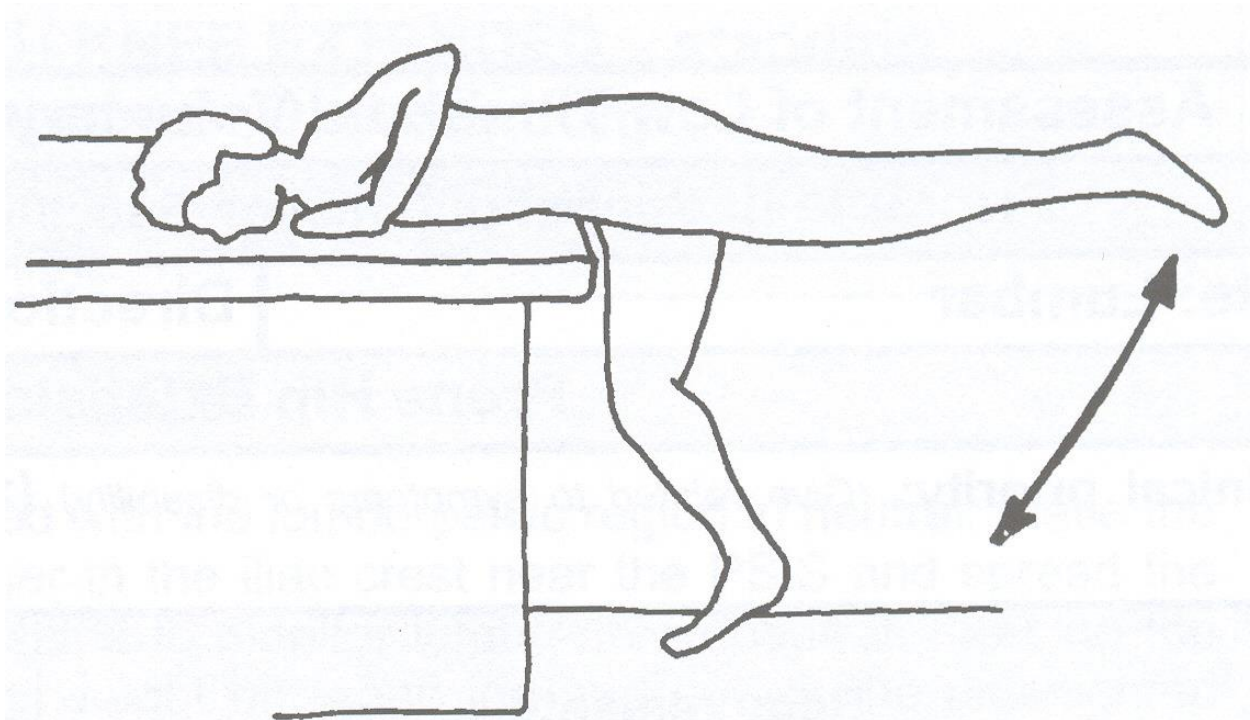
Herken je patiënten met aanhoudende LRP met 'flexion' resp. 'extension stress'?

Blok 5: BDS anteflexie give: Standing bow.



- Vraag patiënt om de lage rug neutraal te houden en om in de heup 50° te buigen.
- Disfunctie: LWK flecteert al voor de 50° heupflexie, of het kost te veel moeite (verbaal, kracht, adh).
- Facilitatie: tape op LWK, hand op rug en buik, gebruik spiegel.

BDS retroflexie give: ½ Lig retro heup.

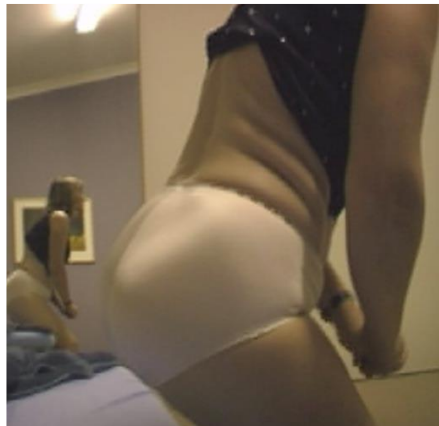


Halflig op de bank met de knieën licht gebogen en de LWK in neutrale houding (lichte lordose). FT stabiliseert LWK en voert passief een volledige heupextensie uit om de ROM te testen.

Vraag patiënt 1 been langzaam te strekken en daarna gestrekt op te tillen en de LWK in de neutrale positie te houden (gedissocieerde extensie heup).
Disfunctie: te weinig stabiliteit zodat lumbale lordose wordt versterkt, te weinig functie gluteus maximus (te laat), te veel hamstrings, rotatie LWK.

CBT / kinesioopathologie (voorbeeld)

- Welke richting is pijnlijk; gaat dat gepaard met hypo (Stiff) of juist hypermobiliteit (Give).



Vraag 7:

Welke spieren trainen bij flexie stress?

Welke spieren trainen bij extensie stress?

BDS: beleid bij flexie - GIVE

- ***Probleem:*** *Lumbaal segment 'scharniert' te snel in flexie; spieren die stabiliseren zijn de multifides & ES.*
- Aanleren contractie: buiklig, FT 'duwt' wervel naar ventraal, PT houdt selectief tegen; wisselend tempo; zonder adh fixatie.
- Selectief aanspannen: kortlig & aanleren bekken kantelen, handen onder LWK, PT flecteert heup zonder dat bekken achteroverkantelt / evt. ook 'fietsen' met 2 benen; of zit; rest wk stabiel, FT plaatst duim / vinger op instabiele segment, PT beweegt wervel selectief naar voren.
- Stabiliseren lordose in verschillende houdingen; evt. controle met PBF in kortlig of zit (muur).
- Functioneel: zit / stand theraband of pully, behoud lichte lumbale lordose, diverse squat vormen met controle v. lordose.
- Correct uitvoeren van de flexie give tests.

BDS: beleid bij extensie - GIVE

- **Probleem:** lumbale segment 'scharniert' te snel in lordose; stabilisatie door de TrAbd + buik + glut. max.
- Aanleren contractie: kortlig, PT trekt buik & flank in onder de navel, FT palpeert aan binnenzijde SIAS.
- Selectief aanspannen: kortlig & aanleren bekken kantelen; PT brengt handen onder LWK, extendeert heup/knie zonder dat een toename van de lordose optreedt;
of: zit met duim FT op segment, vraag strekken / eleveren van arm(en) & behoud de druk.
- Stabiliseren LWK / bekken in verschillende houdingen; evt. controle met PBF in kortlig of buiklig; of: buiklig (kussen onder buik) dan retro heup zonder lordose.
- Functioneel: zit / stand theraband of pully, diverse 'roei' oef. met behoud bekkenpositie met lichte lumbale lordose.
- Correct uitvoeren van de extensie give test.

Vraag 8:

Wat zijn de overeenkomsten in de
cognitieve approach van beide sporters?

‘Vaste’ onderdelen cognitieve beïnvloeding.

- Verstrekken van epidemiologische kennis over het ontbreken van causale relaties tussen ‘objectieve beeldvorming’ en aanhoudende rugklachten.
- Uitleg geven over plastische veranderingen in CZS bij aanhoudende pijn (sensitisatie).
- Benadrukken dat sprake is van multidimensioneel beeld; daarbij belang van disfunctionele cognities benadrukken.
- Zorg er voor dat de patiënt een positief beeld (her)krijgt over zijn ‘pijnveroorzakende’ orgaan (i.c. vertrouw je rug!) (nota bene toets dat zelfvertrouwen met onze LAZeps lijst).
- Zorg voor een duidelijk plan dat start met bewuste oefeningen op controle van rug / bekken (integrale neuromodulerende oefentherapie), stap snel over op functionele oefentherapie en overleg met sporter & trainer omtrent intensivering & return to sport.
- Heb aandacht voor leefstijl & emotionele aspecten.

Mijn verklaringsmodel voor rugpijn is sterk verbeterd, ik ken het verschil tussen acute en chronische pijn, mijn rug is sterk genoeg en een beetje pijn betekent nog niet dat sprake is van een beschadiging. Bewegen is goed voor mijn rug.



Samenvattend.

- Beleid RNT geeft al ruim aandacht aan beïnvloeden disfunctionele cognities.
- RNT model bestaat voor substantieel deel uit interventies gericht op positief beïnvloeden van LRP patiënten met kinesioopathol. Beeld.
- WCPT oordeelt dat CB-CFT een relevant model is om LRP patiënten te klasseren.
- RNT leden dienen CB-CFT model te kennen (& later ook te beheersen).
- Pijneducatie is relevant onderdeel CB-CFT.

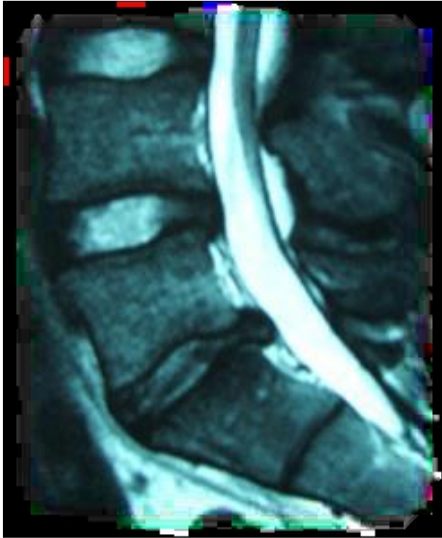
Stap	Classificatie systeem	Cluster van oz gegevens	Klassering	Plan van aanpak
1	Rode vlaggen	Zie 'rijtjes' van rode vlag vragen	Mogelijk specifieke LRP (vooral serious, nonmech.)	Indicatie medisch ond.?
2a	KNGF richtlijn LRP	Profiel 1: normaal, kort behandelen	Profiel 2: vertraagd, FT beh.	Profiel 3: traag & gele vl.
2b	STarT screening tool	Laag risico	Matig risico	Hoog risico
3a	Mechanism based, met een biomechanisch patroon, is er een plausibele somatische oorzaak (substraat)?	- Medical mechanism / beeld (ICD)	Vb.: discusdegeneratie, artrose, sacroïliitis, sp.stenose	Conditie verbeterende / activerende therapie
		- FT / MT mechanism / beeld (FT functiediagnostiek / FT classificatie systeem)	Vb.: myofasciaal syndroom hypo LWK / sacrum dispositie neurale verschuifbaarheid ↓	- Desensitisatie MTP - Mobil./Manipulatie - Mobilisatie, rekkingen
3b	Bij aanhoudende kl88: Hip Spine Syndrome	Vooral <u>LWK/TLO</u> :AROM bew.diagram PA test, (in)stab, segm.samenhang	Vooral <u>bekkenpijn</u> : Fortin pijn, dispositie, cluster, ± force closure	Vooral <u>heup</u> : artrose, labrum, mob./ sagittale & frontale balans
4	Treatment Based Classification (TBC)	16 dg, distaal, FABQ , PA vering, heup	LRP door beperkte mobiliteit	Manipulatie / mobilisatie
		a-ritmisch, prone instab, (leeft.; >SLR)	LRP door beperkte stabiliteit	Stab./ Spierversterking
		positief centralisatie fenomeen	LRP door 'reducible disc'	Directional Preference
5	Kwaliteit van bewegen BDS (Bew. Disf. Syndr)	Biomech. pijn bij vergrote mobiliteit	Control impairment (GIVE)	Verbeteren stabiliteit
		Biomech. pijn bij beperkte mobiliteit	Movement impairment(STIFF)	Verbeteren mobiliteit
6	Pijn reductie t. (MWM, SNAG's)	Biomech. provocatie van pijn neemt af bij correctie van de bew./ dispositie	Pijn bij bewegen door dispositie / insuff.coördinatie	Verbeteren sturing / tape
7	Functioneel onderzoek (CB-CFT)	PSK duidt op disfuncties ADL gedrag	LRP met beperkte activiteiten o.b.v. operante conditionering	Graded activity (CGT) Cogn.Funct.Ther (CFT)
8	Gele vlaggen, coping stijl: (te) passief / actief	Disfunctionele cognities & percepties, IPQ en/of emoties FABQ , Tampa , AEQ (Avoidance Endurance Quest.)	LRP & disfunctionele cognities	CTIP Illness Perc./ CGT)
			LRP & bewegingsangst	Graduele exposure(CGT)
			LRP & confrontatie	Ontspan. / Coping (CGT)
9	Gele / oranje vlaggen	Psychologie/ psychiatrie: 4 DKL	LRP bij psycholog. disfuncties	Indicatie andere profess.
10	Blauwe/zwarte vlaggen	Sociaal-maatschappelijke problemen	LRP bij conflicten werk	Indicatie andere profess.



En nu op naar
PIJNEDUCATIE.

CB – CFT (Peter O'Sullivan).

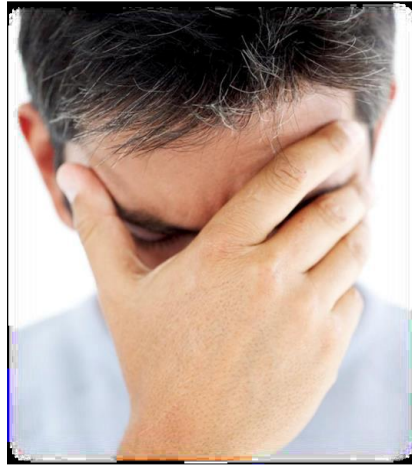
- Behandeling richten op het 'mechanisme' dat de rugpijn onderhoud:
 - patho-anatomisch (GIVE vs STIFF, McKenzie)
 - pijnmechanismes: sensitisatie CZS
 - disfunctionele cognities / emoties
 - provocatief houding / bew. gedrag / leefstijl
- Het gaat om een multimodale behandeling maar wel met maatwerk voor die LRP patient.

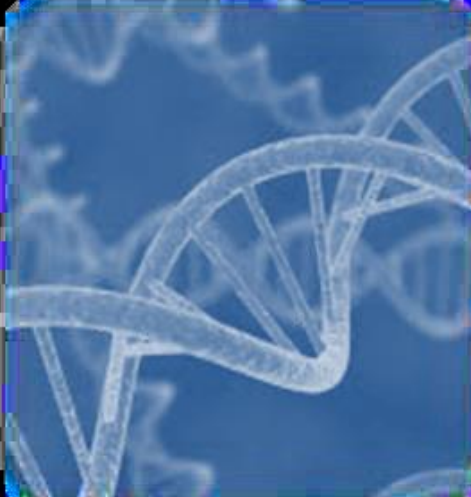


- Tja, ik heb nu eenmaal een bulging disc.

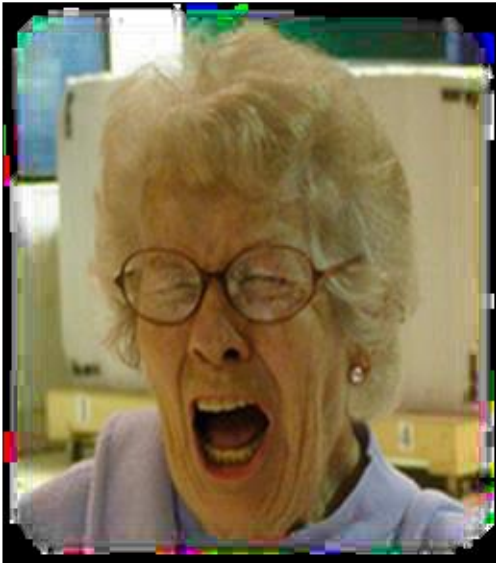


- Vooroverbuigen is gevaarlijk; ik moet mijn rug beschermen.



- 

- Het zit in de familie, mijn vader is ook aan een hernia geopereerd.



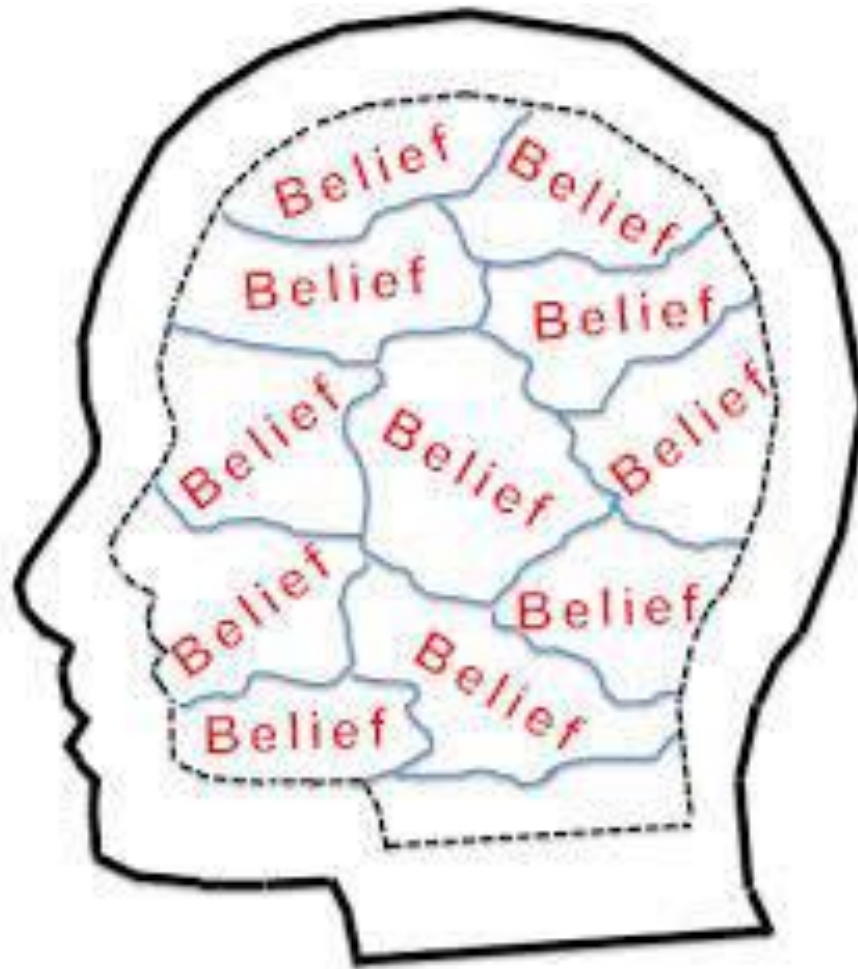
- Die pech heb ik nu eenmaal, het is echt verschrikkelijk pijnlijk..



- Mijn lijf laat me in de steek, ik kan ook niet veel meer.

Mijn verklaringsmodel voor rugpijn is sterk verbeterd, ik ken het verschil tussen acute en chronische pijn, mijn rug is sterk genoeg en een beetje pijn betekent nog niet dat sprake is van een beschadiging. Bewegen is goed voor mijn rug.

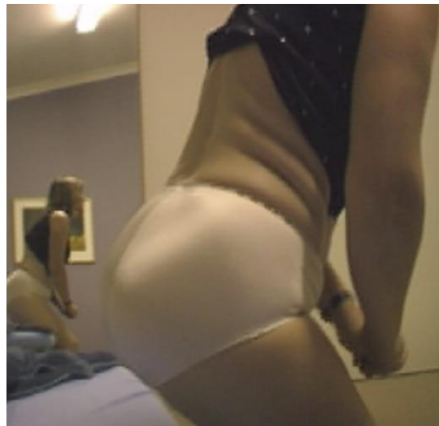




Helpen we de LRP patiënt door
functionele cognities te kunnen genereren ??

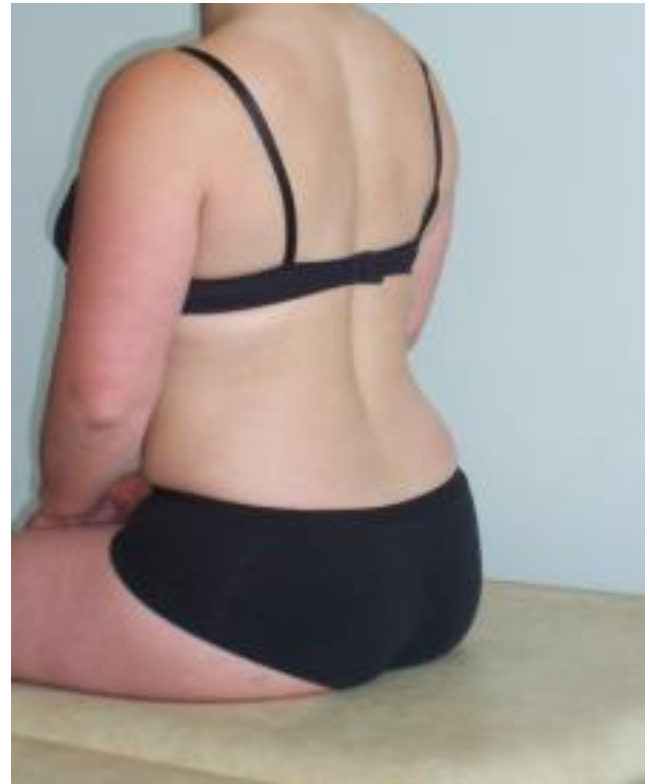
CBT / kinesiotherapie 1 / 3

- Welke richting is pijnlijk; gaat dat gepaard met hypo (Stiff) of juist hypermobiliteit (Give).



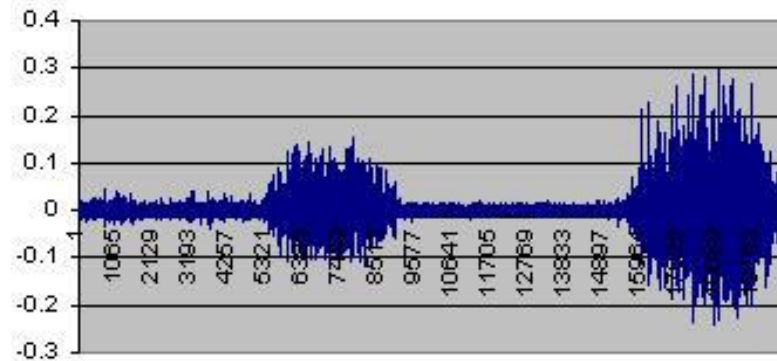
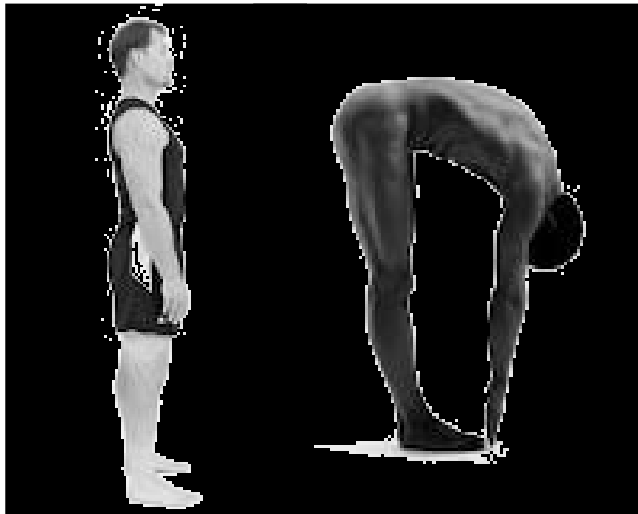
CBT / kinesiotherapie 2 / 3

- Welke richting is pijnlijk; zit een patient graag rechtop of juist onderuit?

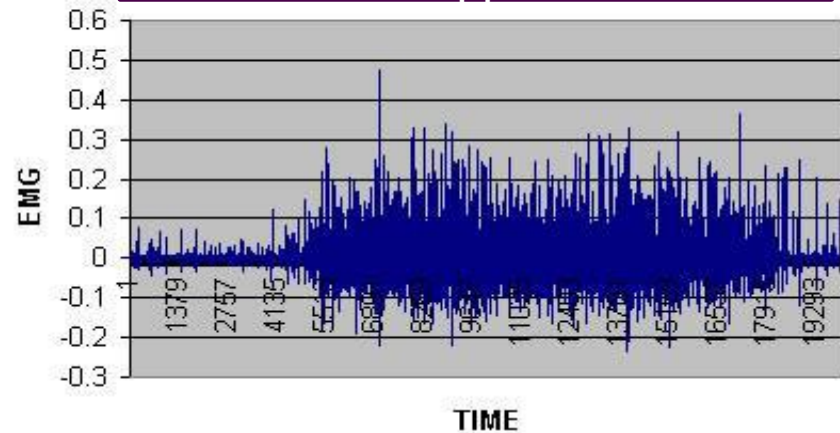


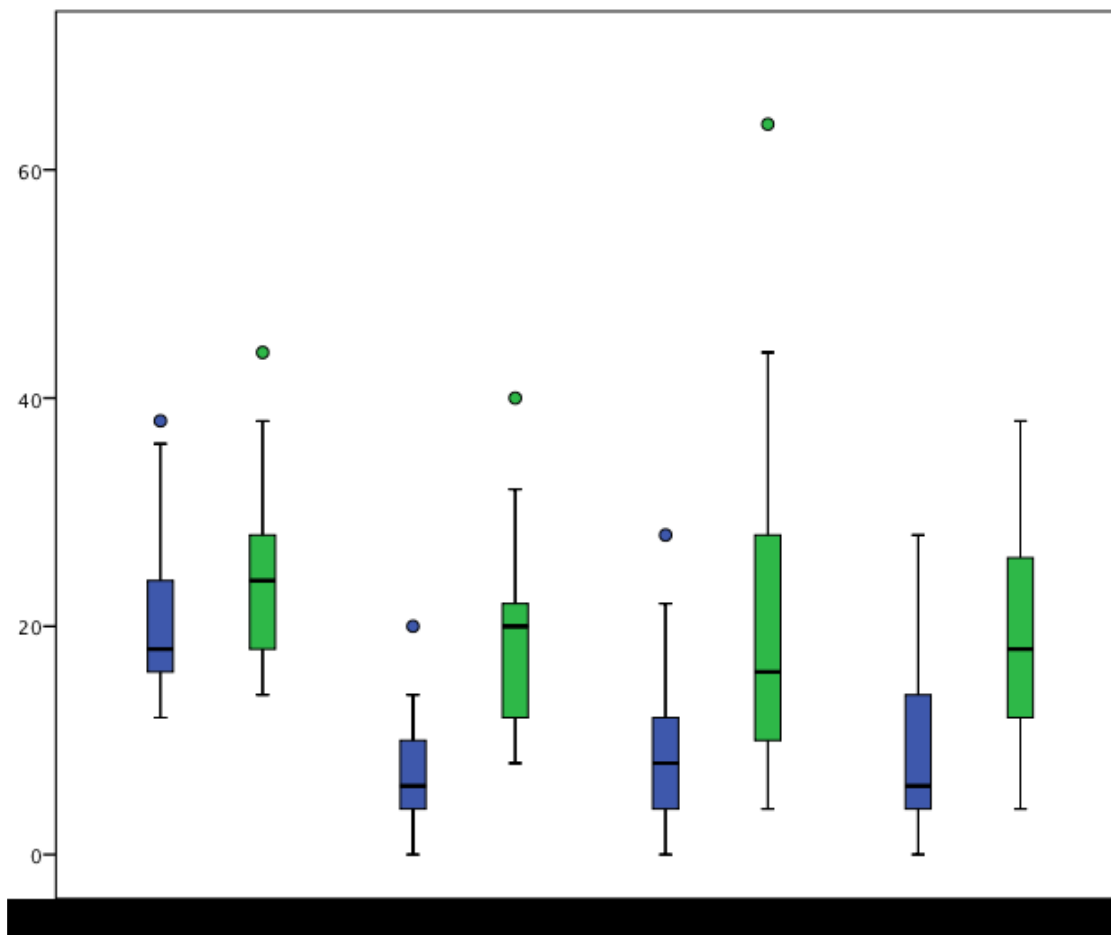
CBT / kinesiotherapie 3 / 3.

- Hoe verloopt de anteflexie?



Met normale / abnormale tonus
??





CBF

Manual Therapy

Vibe Fersum et al, Eur J of Pain, 2013. N= 121; 12 weeks treatment with either MT or CFT. Outcome ODI; resp. Pre, 12 weeks, 12 months and 36 months.

Beperkingen van CB – CFT

- Niet bij rode vlaggen !!
- Niet bij acute LRP / radiculopathie.
- Vooral bij kinesio-pathologisch beeld / stadium.
- Vereist 'nieuwe' competenties van de FT / MT.
- Betrouwbare analyse herstelbelemmerende factoren (passende meetinstrumenten?).
- Verbetert de zelfredzaamheid van de patient.
- Past bij actuele gezondheidsproblematiek.
- Typische vorm van patient gecentreerde zorg met SDM (Shared Decision Making).

