

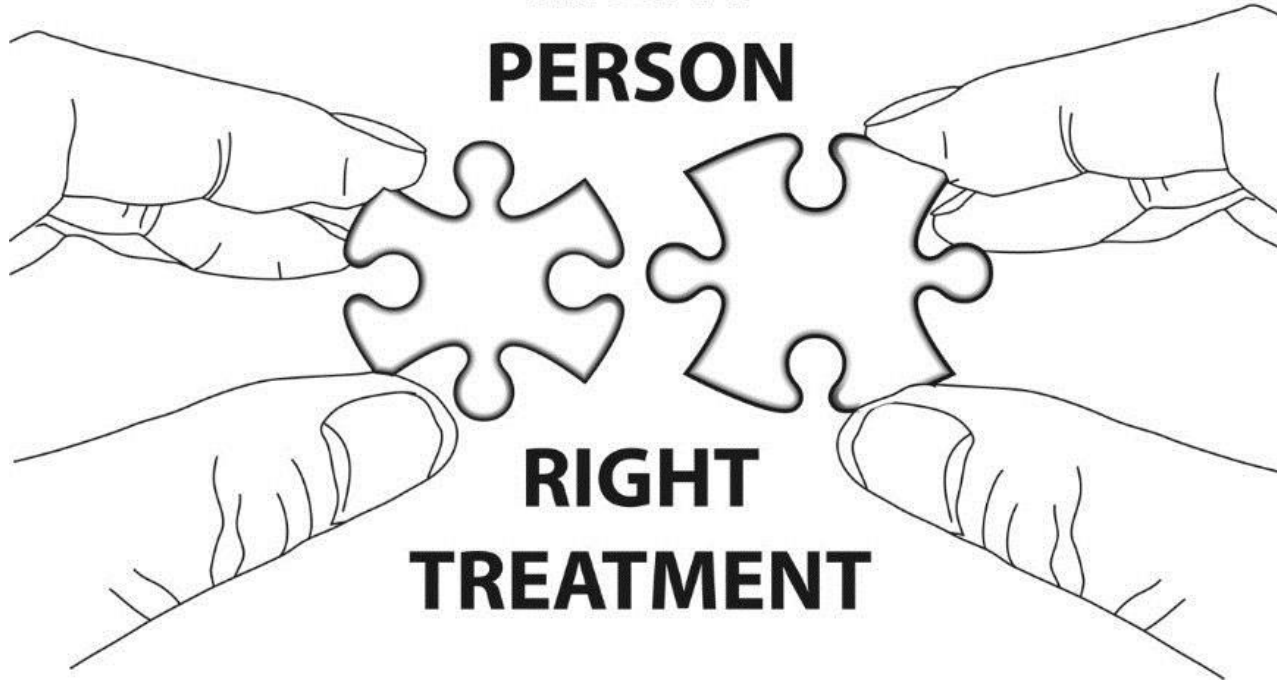
- Programma voor de pauze.
- 20:05 – 20:45 uur: Inhoudelijk deel
De waarde van CDST's & oefentherapie bij LRP
- Door Gerard Koel:
WG inhoud RNT

Volgende bijeenkomst RNT Donderdag 5 april 2018.

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**

Waarom een CDST ?

1. Fysiotherapie is, als je het goed wilt doen, best een ingewikkeld vak; is dat zo ??

Waarom een CDST ?

1. Fysiotherapie is, als je het goed wilt doen, best een ingewikkeld vak; is dat zo ??
2. Naast mogelijk complexe gezondheidsproblemen (BPS, ICF, chroniciteit) is ook nog eens sprake van een interactief en communicatief proces (begrijpt onze patient het allemaal wel, hoe toetsen we dat?).

Waarom een CDST ?

1. Fysiotherapie is, als je het goed wilt doen, best een ingewikkeld vak; is dat zo ??
2. Naast mogelijk complexe gezondheidsproblemen (BPS, ICF, chroniciteit) is ook nog eens sprake van een interactief en communicatief proces (begrijpt onze patient het allemaal wel, hoe toetsen we dat?).
3. Als dat zo is, is ondersteuning bij het nemen van klinische beslissingen zinvol; kennen we dat soort hulpmiddelen ??

Vraag 1:

Welke typen CDST's kun je onderscheiden?

Types CDST.

- CDST type 1:
Computergestuurde instrumenten / vragenlijsten
- CDST type 2:
Clinical prediction Rules (CPR's) / classificatie
- CDST type 3:
Theoretische modellen of algoritmes

Vraag 2:

Passend behandelplan voor de matig- & hoog-risico op chroniciteit groep?

- Zie presentatie Jasper Boer
- Hoeveel petten kan een FT (tegelijk of procesmatig) opzetten?

Vraag 3:

Iets veranderd aan je interpretatie /
toepassing van de TBC?

Vorige keer:

Wat is je eigen score over je teleurstelling betreffende het resultaat van deze RCT?

0= diep teleurgesteld

10= helemaal niet teleurgesteld, 'blij man'

Score RNT'ers.

- Vingers per NPRS.
- Onvoldoende = 4 of lager.

Nota bene: 'Slechts' 40% van de RNT'ers geeft een 4 of lager; de RNT leden lijken niet aangedaan door de matige resultaten die in deze trial worden beschreven.

- Wat zou Julie Fritz er zelf van vinden?

Wat zou beter kunnen?

- De originele TBC strikter hanteren?
- Andere prognostische factoren?
Meer psychologische factoren meenemen!
- Slechter scorende controle groep?
- Iedereen een boekje; een RNT boekje maken?
- Andere uitkomstmaten?
- Andere follow up?

- Zie ook: Airwally et al in Phys Ther, 2016.

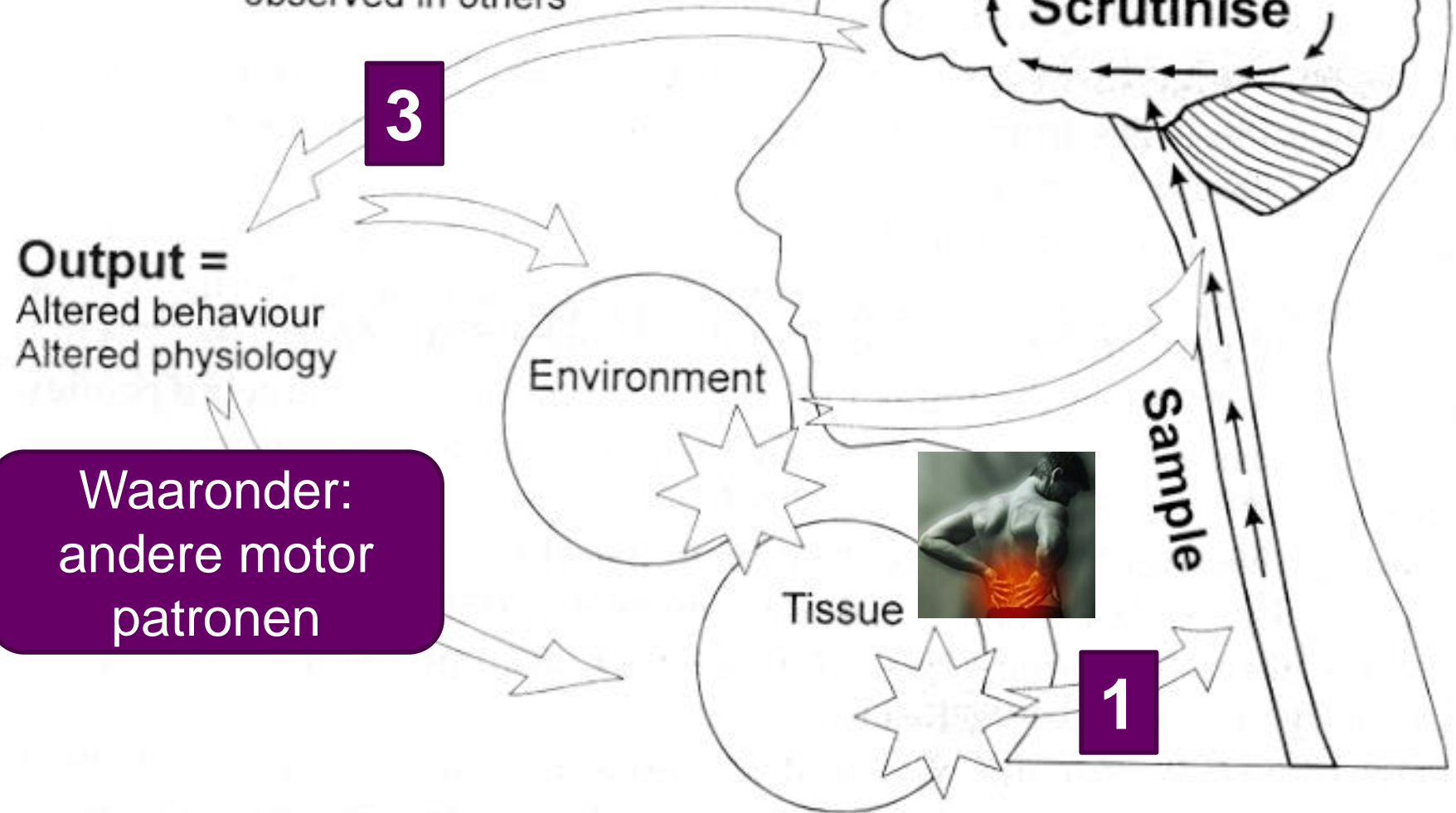
Vraag 4:

Wat vind je van 'neuromotoriek' als handvat voor oefentherapie?

- 'wederkerig samenspel tussen afferente en efferente informatie vanuit het CZS

Brain samples itself....

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



Bijdrage van pijn-modulerende
c.q.
cognitie-gerichte oefentherapie
bij patiënten met CLRP:

- doen we daar al wat mee?
- en op methodische wijze?

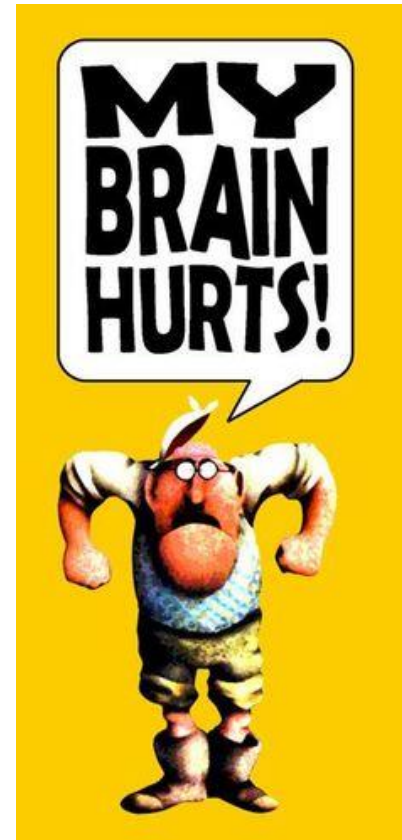
Wat gebeurt er in het
brein / CZS
van patiënten met chronische LRP ?

- a. Welke veranderingen aangaande de
input (verwerking) van nocisensoriek?
- b. Tot welke veranderde output (motor
patroon) gaat dat leiden ?

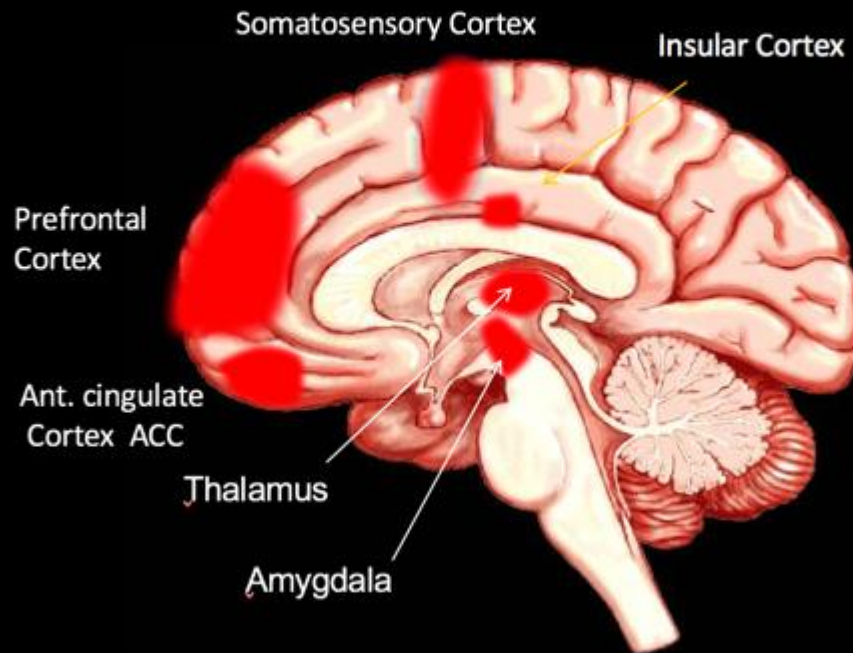


Plastische veranderingen In het CZS

- deels sensitatie (drempel)
- deels minder actieve delen



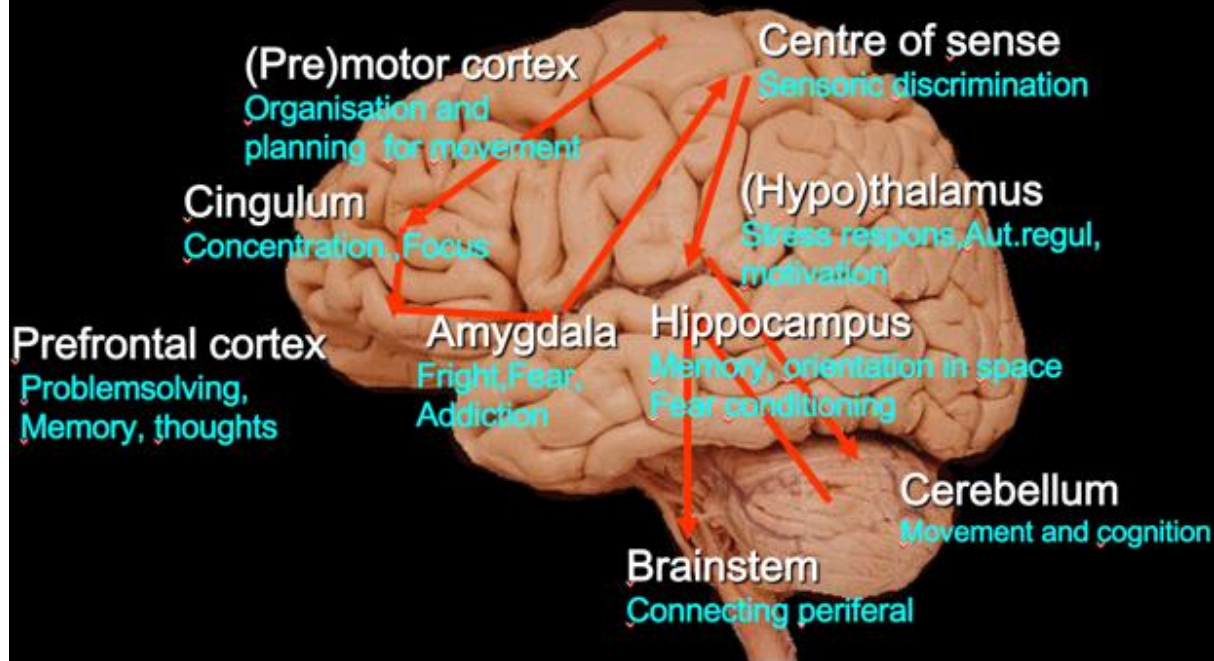
Representation of pain processing



Agkarian AV et al . Eur J Pain 2006

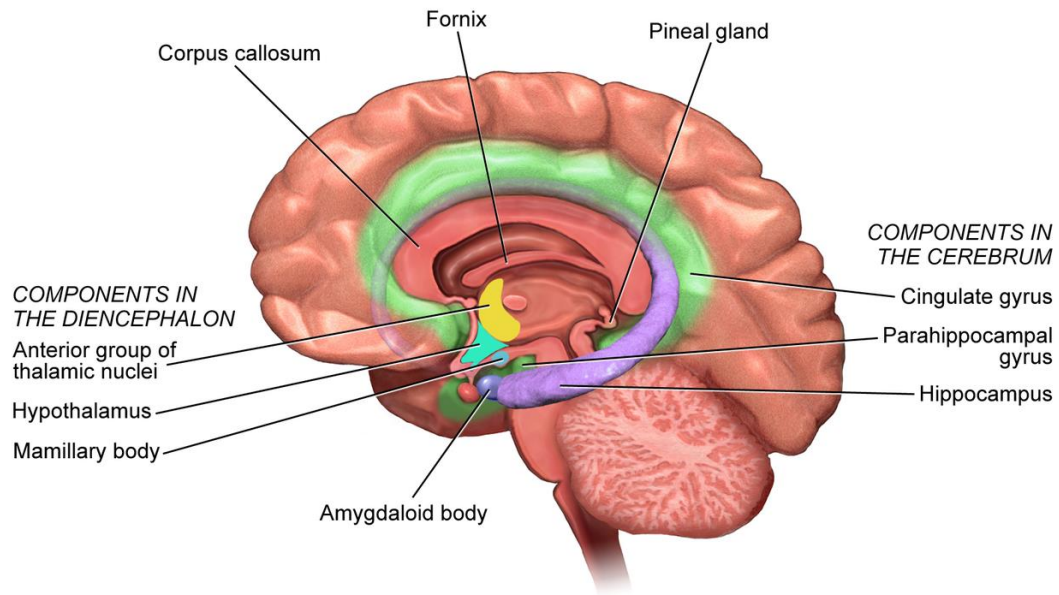
Belangrijke delen CZS betrokken bij pijngewaarwording.

Possible neurotags/painknots in someones pain memory

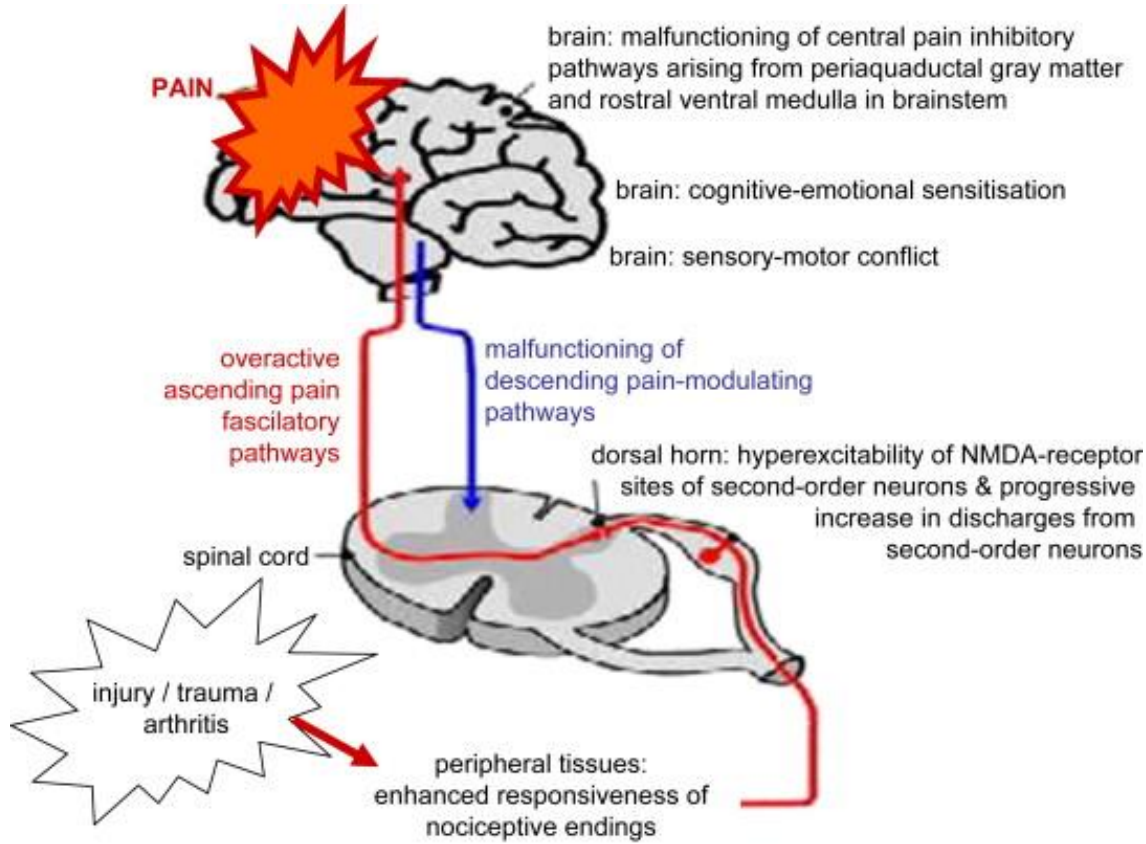


Belangrijke delen CZS betrokken bij aanhoudende pijn.

The Limbic System



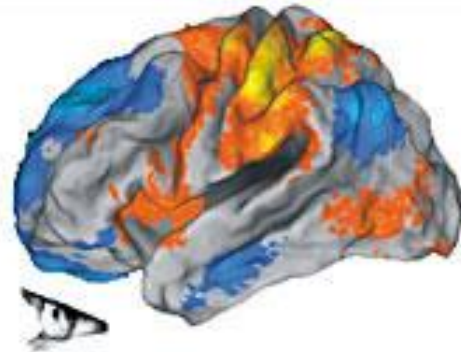
Involved in emotions / affective.



Sensitiserende factoren.



**CHRONIC
PAIN**



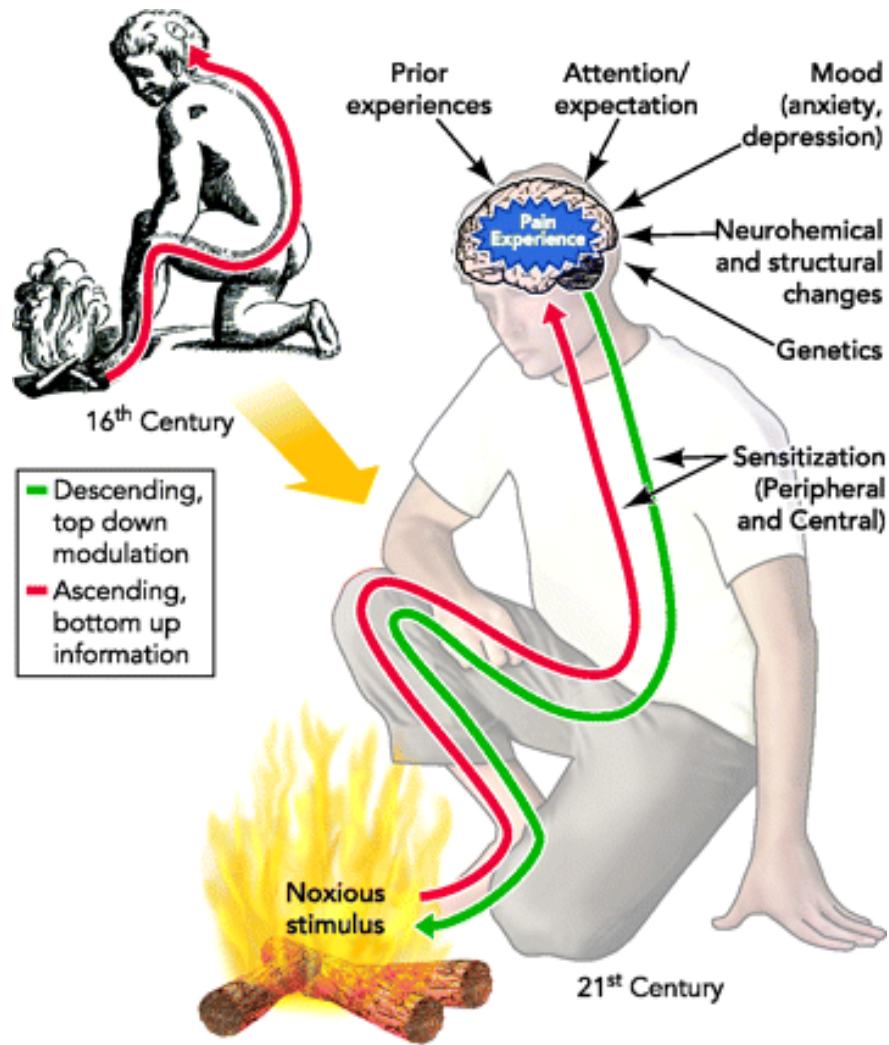
HEALTHY





Welke neuronen zijn actief / inactief ??
Zijn die veranderingen plastisch ?? Als een geheugen /
associatie ??

Kunnen we dat met oefentherapie beïnvloeden ??
Ja, via neuromodulerende oefentherapie / cognitieve
gerichte oefentherapie.



**Inputs to Body-self
Neuromatrix from:**

COGNITIVE-RELATED
BRAIN AREAS

Memories of past experience,
attention, meaning and anxiety

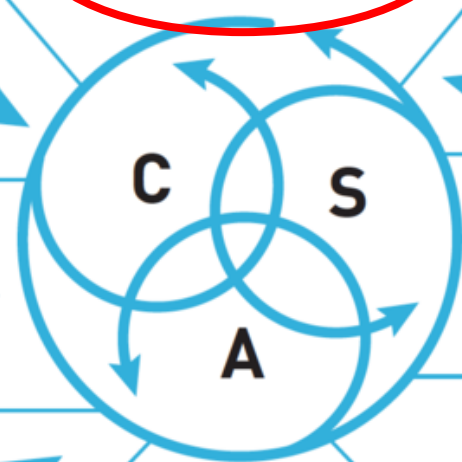
SENSORY
SIGNALLING SYSTEMS

Cutaneous, visceral and
musculoskeletal inputs

EMOTION-RELATED
BRAIN AREAS

Limbic system and associated
homeostatic/stress mechanisms

**BODY-SELF
NEUROMATRIX**



C=Cognitive
S=Sensory
A=Affective

**Outputs to Brain Areas
that produce:**

PAIN RECEPTION

Sensory, affective and
cognitive dimensions

ACTION PROGRAMS

Involuntary and
voluntary
action patterns

STRESS-REGULATION
PROGRAMS

Cortisol, noradrenalin
and endorphin levels.
Immune system activity

TIME



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Manual Therapy

journal homepage: www.elsevier.com/math



Professional issue

Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories

Jo Nijs^{a, b, c, *}, Enrique Lluch Girbés^{a, d}, Mari Lundberg^e, Anneleen Malfliet^{a, b, c},
Michele Sterling^f

^a Pain in Motion Research Group[†]

^b Departments of Human Physiology and Physiotherapy, Faculty of Physical Education & Physiotherapy, Vrije Universiteit Brussel, Belgium

^c Department of Physical Medicine and Physiotherapy, University Hospital Brussels, Belgium

^d Department of Physical Therapy, University of Valencia, Spain

^e Department of Orthopaedics, University of Gothenburg, Sweden

^f Centre of National Research on Disability and Rehabilitation Medicine (CONROD), Centre for Musculoskeletal Research, Griffith Health Institute, Griffith University, Australia





Cognitie-gedreven oefentherapie: combinatie van oefentherapie en PNE 'Pain Neuroscience Education'.

- Stap 1: Voorwaarde scheppend / Openstaan
 - pijnmechanisme / grondvorm onderscheiden
 - verschil acute / chronische pijn kennen
 - invloed van (centrale) sensitisatie begrijpen
 - voldoende communicatie / begrip
- Stap 2: Neuro-modulerende oefeningen
 - tijdcontingent, doelgericht (wel realistisch)
 - invloed op perceptie, graduele exposure
 - gericht op herstel functionele beperkingen



Sit to Stand-Intro

MovementSeminars.com



DAVID BUTLER | LORIMER MOSELY | ART SUNYATA

EXPLAIN PAIN

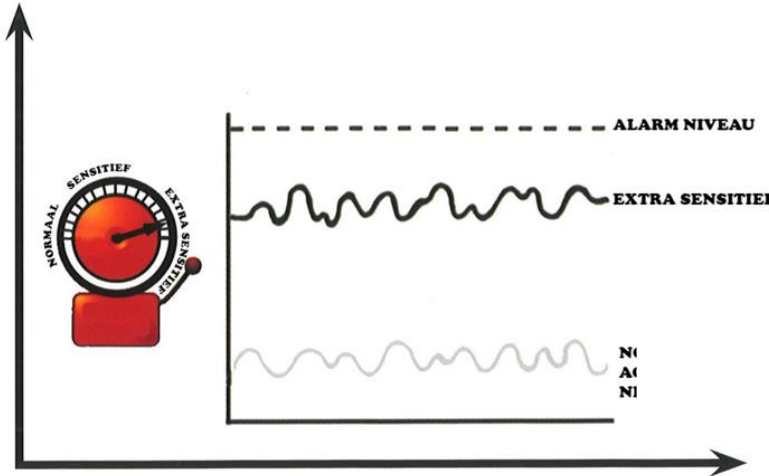
Explain pain \neq CBT

EP= 'biologische informatie' !

5 Leerdoelen van EP / Pijneducatie:

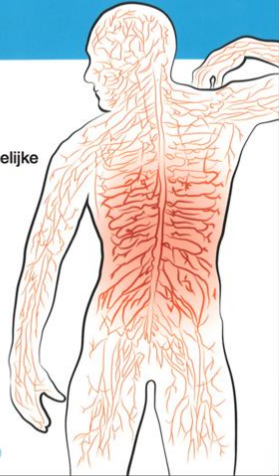
1. Er is een verschil tussen een boodschap van gevaar (nocisensoriek) en pijn.
2. Daadwerkelijke pijngewaarwording wordt ook bepaald door contextuele factoren.
3. Bij aanhoudende pijn treedt focus/gerichtheid op het waarnemen van gevaar (nocisensoriek)
4. Er zijn meer beschermings systemen in ons organisme; pijn valt het meest op.
5. De veranderingen / aanpassingen in de nocisensoriek zijn omkeerbaar (kost tijd).

ELEKTRISCHE ZENUWACTIVITEIT



UW ZENUWEN KRIJGEN EEN RUG OPERATIE

Neuro-wetenschappelijke instructie voor patiënten die een rugoperatie krijgen



Adriaan Louw
PT, PhD (c), M.App.Sc (physio)

Vraag 5:

Wat vind je van de beschrijving van DPE?

- MDT aspect lijkt te ontbreken.
- Te veel aan de casus die wordt besproken

Vraag 6:

Over de somatische disfunctie 'instabiliteit'?
Hebben we daar gepaste oefentherapie voor?

Vraag 7:

Vier principes voor 'motorisch leren'?

De drie getoonde oefeningen?

- Varied practice
- Analogieën / figuurlijk
- Externe focus
- Impliciet leren

Vraag 8:

Verschillen Nederlands / Engels artikel?