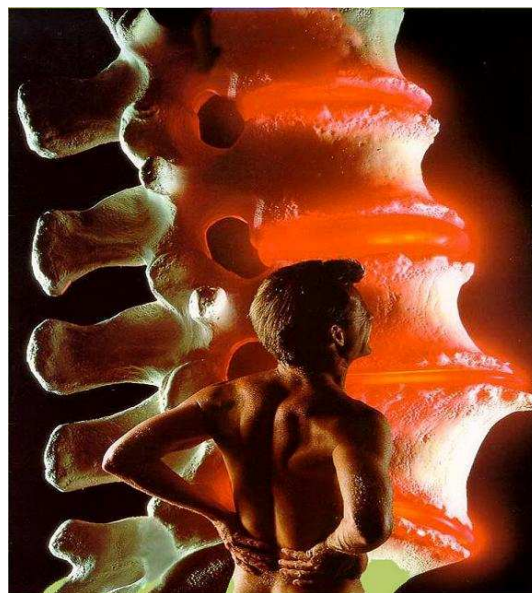


Casuïstiek Blok 2.4

Bio-psycho-sociaal gerelateerde problematiek



C.J.T. Meessen 0608017

J.M.C. Linckens 0605328

L.M.J.M. Quaedvlieg 0605212

Afstudeerbegeleider: Raymond Swinkels

Hogeschool Zuyd, Heerlen

Faculteit Gezondheid en Techniek

Opleiding Fysiotherapie

Mei 2010

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

Voorwoord

De opzet van deze casuïstiek is dat je als student zelfstandig het klinisch redeneren kunt oefenen. Het methodisch handelen is in deze casuïstiek opgedeeld in verschillende stappen om het klinisch redeneren inzichtelijker te maken. Allereerst krijg je gegevens over de patiënt; hierbij wordt nagegaan welke informatie er nog nodig is, en hoe deze verkregen gaat worden. Na het volgen van de stappen krijg je nieuwe gegevens van het onderzoek die je verder helpen het methodisch handelen te doorlopen. De casuïstiek berust op feiten uit de praktijk.

Het onderwerp van deze casuïstiek is de lumbale wervelkolom. Iedere stap in het fysiotherapeutisch methodisch handelen bestaat uit een aantal vragen of opdrachten. Hierop volgt de reflectie waarin de antwoordmogelijkheden uitgebreid besproken worden. De resultaten uit het onderzoek worden apart weergegeven.

De bedoeling is dat je eerst alle vragen en opdrachten maakt en daarna pas controleert of je goed geredeneerd hebt en of je iets vergeten bent. Ga hierna pas verder met de volgende stap. De vragen worden aangegeven met een nummer en de opdrachten worden aangegeven met dit ❖ symbool.

De leerdoelen op de volgende pagina zullen in deze casuïstiek centraal staan. Verder is aan het einde van de casuïstiek achtergrondinformatie opgenomen, die betrekking heeft op deze casuïstiek.

Om de verschillende stappen binnen het fysiotherapeutisch handelen en de reflectie duidelijk te maken in de casuïstiek zijn deze in verschillende kleuren gemaakt.

Achtergrondinformatie

Anamnese

Antwoordformulier

Conclusie/Diagnose

Klinimetrie

Literatuur

Reflectie

RPS formulier

Leerdoelen

- De student heeft kennis over de anatomie en biomechanica van de lumbale wervelkolom.
- De student kan aan de hand van anamnesegegevens specifieke vragen opstellen om gerichte informatie te verwerven.
- De student kan gerichte hypothesen opstellen aan de hand van verworven anamnesegegevens.
- De student kan een gericht onderzoeksplan opstellen naar aanleiding van de opgestelde hypothesen uit de anamnese.
- De student kan bio-psycho-sociaal gerelateerde problemen herkennen.
- De student kent de verschillende domeinen van de gele vlaggen.
- De student kan de juiste conclusies trekken uit de anamnese- en onderzoeksgegevens en aan de hand hiervan behandeldoelen opstellen.
- De student is in staat een behandelplan op te stellen rekening houdend met duur, frequentie en persoonlijke factoren.
- De student kent de verschillende fasen van gedragsverandering en kan dit toepassen.

Situatie

Er komt een patiënt via een verwijzing bij jou in de praktijk.

Naam: Dhr. S. Jansen

Leeftijd: 56 jaar

Verwijzing: Chronische a-specifieke lage rugklachten
St. na HNP november 2006

1. Anamnese

Dhr. Jansen is in 2006 bij de huisarts geweest en bij de fysiotherapeut. Er is een HNP geconstateerd en hij is geopereerd. De operatie is gelukt. Na de operatie was de uitstraling in het linkerbeen verminderd. In februari 2007 heeft meneer zijn werk hervat als opperman bij een aannemersbedrijf. In juni 2007 kwam dhr. wederom in de ziektewet i.v.m. rugklachten en een toename van de uitstraling in het linkerbeen. Hij heeft aangepast werk gedaan tot april 2008, toen heeft Dhr. Jansen een recidief gekregen. Tevens heeft dhr. nu rugklachten naast de uitstraling in het linkerbeen. Dhr. heeft met name veel last tijdens lang stilzitten of liggen in dezelfde houding. Ook heeft hij een stijf gevoel in de rug bij het opstaan uit bed.

Dhr. Jansen is getrouwd en heeft 2 kinderen. Ook wordt hij beperkt in zijn ADL activiteiten. Zodra dhr. pijn ervaart, stopt hij direct met de activiteit.

Dhr. Jansen voelt zich niet begrepen door zijn familie en collega's vanwege de variërende pijnklachten.

Dhr. Jansen doet verder niet aan sport.

1. Reflectie na de anamnese:

1.1 Aan welke hypothesen denk je nu? En waarom?

1.2 Wat voor specifieke vragen kun je nog stellen om meer informatie te verkrijgen om hypothesen te kunnen bevestigen of te kunnen uitsluiten? Of zijn alle hypothesen nog mogelijk?

1. Reflectie na de anamnese:

1.1 Aan welke hypothesen denk je nu? En waarom?

- Recidief HNP
 - o rugklachten en uitstralende pijn in linkerbeen
 - o provocerend → lang zitten, lang staan
- Bio-psycho-sociaal gerelateerde problematiek
 - o niet begrepen voelen door familie en collega's
- Artrose lumbaal;
 - o ochtendstijfheid
- Bewegingsbeperking lumbaal;
 - o werkzaamheden niet meer kunnen uitvoeren
- Verstoring belasting/belastbaarheid;
 - o weinig beweging
 - o zittend werk
- Slechte (werk)houding (zitten/tillen/lopen);
 - o Zittend/staand werk

1.2 Wat voor specifieke vragen kun je nog stellen om meer informatie te verkrijgen om hypothesen te kunnen bevestigen of te kunnen uitsluiten? Of zijn alle hypothesen nog mogelijk?

Deze vragen zijn erop gericht om te zien of er sprake is van een normaal of afwijkend beloop.

- *Waar zijn de klachten gelokaliseerd?*

Rugklachten beiderzijds en toename van zeurende pijnklachten in het linkerbeen tot aan de knie. Op dit moment meer pijn in de rug dan in het been.

- *Is de pijn continue aanwezig?*

De pijn is continue aanwezig net als de uitstraling. Na belastende activiteiten nemen de pijnklachten toe.

- *Hoe was het beloop van de klachten in de tijd? Toenemend, gelijkblijvend of afnemend*

De klachten zijn gelijk gebleven.

Deze vragen zijn erop gericht om te zien in welke mate er nu nog sprake is van een radiculair syndroom.

- *Is er sprake van merkbaar krachtsverlies?*

Dhr. heeft het gevoel alsof hij minder kracht heeft in de benen.

- *Is dhr. Jansen nog voor verder onderzoek in het ziekenhuis geweest?*

Ja dhr. Jansen heeft een MRI scan gehad.

Uitslag MRI:

- o Er zijn allereerst sagitale T1 en T2-gewogen opnamen vervaardigd waarbij er een kleine hyperintense laesie zichtbaar is mediaal in L3. Parasagitaal normaal uitredende wortels. Vervolgens zijn er opnamen vervaardigd na intraveneus contrast. Er zijn nog transversale opnamen vervaardigd op de volgende niveaus:
- o L3-L4 → Normaal uittredende wortels L3. Normale diameter van de duraalzak. Normaal verlopende wortels L4
- o L4-L5 → Normaal uittredende wortels L4. Normale diameter van de duraalzak. Normaal verlopende wortels L5. Normale discus
- o L5-S1 → Normaal uittredende wortels L5. Beiderzijds een dichotome S1. Minimaal mediaal uitpuilende discus. Vrij verlopende wortels S1.

De opnamen na intraveneus contrast laat geen laesies zien.

Conclusie: Geen wortelcompressie aantoonbaar.

Dit zijn vragen die erop gericht zijn een indruk te krijgen van de factoren die de prognose kunnen beïnvloeden.

- *Wat zijn de provocerende factoren?*

Dhr. heeft meer klachten bij: tillen, bukken, in en uit bed komen, opstaan uit een stoel, huishoudelijke activiteiten zoals stofzuigen en het bed opmaken, in en uit de auto stappen, lang zitten, staan en liggen.

- *Wat zijn de reducerende factoren?*

Pijnvermindering bij voldoende beweging zoals lopen en fietsen (startproblemen).

Dhr. gebruikt zonodig een paracetamol.

Deze vragen geven je een indruk van de copingstijl van de patiënt.

- *Hoe gaat de patiënt met de pijn om?*

Dhr. gaat zolang door totdat hij de pijn voelt. Wel is hij angstig over de ernst van de klacht. Hij wilt voor zijn gezin zorgen, hij heeft een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Hij probeert wel zoveel mogelijk te doen, maar zodra hij pijn voelt stopt hij met de activiteit.

- *Wat heeft dat voor gevolgen voor dhr. Jansen?*

Door deze manier van werken zal de familie de grenzen van dhr. Jansen niet weten en zal dhr. ook weinig begrip van zijn familieleden krijgen.

- *Is er bij dhr. Jansen sprake van bewegingsangst?*

Dhr. gaat door tot hij pijn voelt, dan stopt hij direct met de activiteit waar hij op dat moment mee bezig is. Volgens dhr. is pijn gelijk aan schade.

- *Wat is de VAS-score van dhr. Jansen nu op dit moment, op een moment van weinig pijn en op een moment van hevige pijn op een schaal van 0 tot 10?*

Op dit moment is de VAS-score 6, op een moment van weinig pijn 3, en op een moment van hevige pijn 8.

Deze vragen worden gesteld om een indruk te krijgen van de sociale omstandigheden van de patiënt.

- *Hoe is de thuissituatie?*

Dhr. is gehuwd en heeft 2 kinderen van 16 en 18 jaar oud.

- *Hoe gaat het gezin met de klachten om?*

Hij krijgt steun van vrouw en kinderen, maar hij wilt hen er niet teveel mee belasten. Dhr. Jansen doet veel in het huishouden en houdt de tuin goed bij. Dhr. geeft zijn grenzen niet goed aan, waardoor het voor de gezinsleden moeilijk in te schatten is wat meneer wel en niet kan.

- *Is dhr. momenteel nog werkzaam?*

Dhr. wilt graag weer gaan werken, maar dat is op dit moment onmogelijk. In de bouw werken is fysiek heel zwaar. Zelfs het aangepast werk wat hem is aangeboden viel hem erg zwaar. Hij zit sinds april 2008 in de ziektewet. Op dit moment is er een WIA-aanvraag lopende. Door de werkgever is inmiddels, ook vanwege economische redenen, ontslag aangevraagd. Hij is wel bezig met een cursus beveiliging omdat hij weet dat hij zijn oude werkzaamheden niet meer naar behoren zal kunnen uitvoeren.

Heeft dhr. in het verleden wel een sport beoefend?

De patiënt is gestopt met fitness in verband met financiële problemen

- *Heeft de patiënt nog hobby's?*

Zijn hobby is in de tuin werken en klussen in huis.

Deze vraag geeft je een indruk van de verwachtingen en het doel van de patiënt.

- *Wat is de hulpvraag van de patiënt?*

Zo normaal mogelijk kunnen functioneren tijdens ADL (algemeen dagelijks leven) en HDL (huishoudelijk dagelijks leven).

1. Reflectie na vervolg anamnese:

1.3 Wat zijn je hypotheses na de volledige anamnese? Welke hypotheses heb je kunnen bevestigen en welke heb je kunnen uitsluiten? Of zijn alle hypotheses nog mogelijk?

1.4 Hoe ga je verder met je onderzoek en waarom doe je dit?

1.5 Wat verwacht je als uitkomst?

1.6 Zou je bij deze patiënt meetinstrumenten gebruiken? Zoja welke en waarom?

1. Reflectie na vervolg anamnese:

1.3 Wat zijn je hypothesen na de volledige anamnese?

- Recidief HNP
 - o rugklachten en uitstralende pijn in linkerbeen
 - o provocerend → lang zitten, lang staan
- Bio-psycho-sociaal gerelateerde problematiek
 - o niet begrepen voelen door familie en collega's
 - o bewegingsangst
- Verkeerde copingstijl
 - o voert activiteiten pijncontingent uit (volgens patiënt pijn=schade)
- Artrose lumbaal;
 - o ochtendstijfheid
- Bewegingsbeperking lumbaal;
 - o bukken en tillen verloopt moeizaam
 - o in en uit bed komen gaat moeizaam
 - o verminderde stabiliteit
- Verstoring belasting/belastbaarheid;
 - o weinig beweging
 - o veel tilwerkzaamheden
 - o gaat door totdat lichaam aangeeft dat het echt niet meer kan, teveel pijn
- Slechte (werk)houding (zitten/tillen/lopen);
 - o veel tilwerkzaamheden
 - o bukken verloopt moeizaam, teveel pijn.

1.4 Hoe ga je verder met je onderzoek en waarom doe je dit?

- Inspectie in rust en in gang en palpatie → Inspectie om eventuele houdings- en/of standsafwijkingen te ontdekken. Palpatie om eventuele hypo- of hypertonie te palperen.
- Screeningstesten → Vanwege recidief HNP en om radiculaire prikkelingen uit te sluiten.
- Functietesten: hurken, tenen en hakkenstand → Om een algemene indruk te krijgen van functioneren en spierkracht

- Regionaal actief/geleid actief lumbaal onderzoek → Om de bewegelijkheid van de wervelkolom te onderzoeken van dhr. Jansen. Dhr. geeft aan tijdens het bukken niet geheel tot het einde van de beweging te komen, wat eventueel kan duiden op lumbale mobiliteitsproblematiek.
- Spierkracht onderzoek grote spiergroepen onderste extremiteit → Dhr. Jansen geeft in de anamnese aan minder kracht in zijn benen te hebben. Om hier een globale indruk van te krijgen test je de grote spiergroepen van de onderste extremiteit.
- Spierkracht onderzoek abdomen en lumbale musculatuur → Om een indruk te krijgen van de spierkracht van de abdominale en lumbale musculatuur omdat deze verzwakt kan zijn vanwege onderliggende pathologie in het verleden.

3,13

1.5 Wat verwacht je als uitkomst?

- Inspectie in rust en in gang en palpatie → stands en/of houdingsverandering, hypertonus
- Screeningstesten → De testen zullen negatief zijn omdat dhr. via de huisarts is verwezen met een chronische indicatie. Om zeker van je zaak te zijn dat er geen radicaire prikkeling aanwezig is.
- Functietesten: hurken, tenen en hakkenstand → Geen bijzonderheden.
- Regionaal actief/geleid actief lumbaal onderzoek → Moeilijk uitvoerbaar vanwege de pijnklachten.
- Spierkracht onderzoek grote spiergroepen onderste extremiteit → Verzwakte musculatuur van de grote spiergroepen.
- Spierkracht onderzoek abdomen en lumbale musculatuur → Verzwakte musculatuur van abdomen en lumbale musculatuur.

1.6 Zou je bij deze patiënt meetinstrumenten gebruiken? Zoja welke en waarom?

Bij deze patiënt zal het zinvol zijn om de PSK te gebruiken. De PSK kan gebruikt worden om de voornaamste klachten en activiteiten te inventariseren en de hulpvraag te verhelderen. Daar kan naderhand een behandelplan en behandelingen op afgestemd worden. Verder kunnen deze gegevens later gebruikt worden ter evaluatie van de behandeling.

Verder is het bij patiënten met a-specifieke chronische lage rugklachten zinvol de Tampa schaal af te nemen om de bewegingsangst in kaart te brengen.

Om meer werkgerelateerde vragen in kaart te brengen kan ervoor gekozen worden om de FABQ-DV af te nemen. De BORG-score kan worden afgenomen om een beeld te krijgen over de conditionele gesteldheid van de patiënt.

Ook kan het bij deze patiënt zinvol zijn om de 4DKL af te nemen. Bij deze vragenlijst wordt er onderscheid gemaakt tussen distress, depressie, angst, en somatisatie van de klachten.²

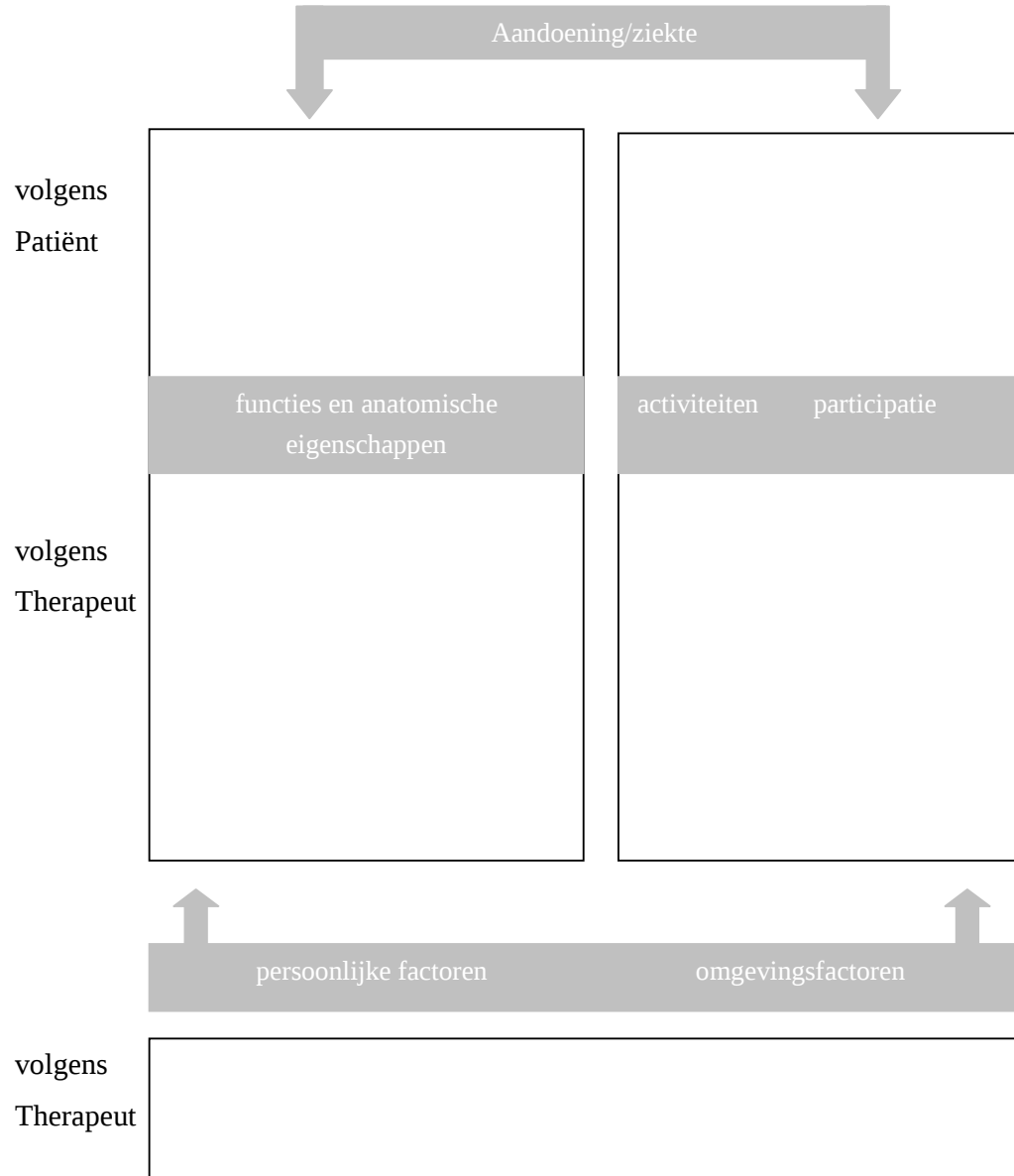
❖ Vul het RPS formulier zover als mogelijk is in.

Het RPS formulier kun je op de volgende pagina vinden.

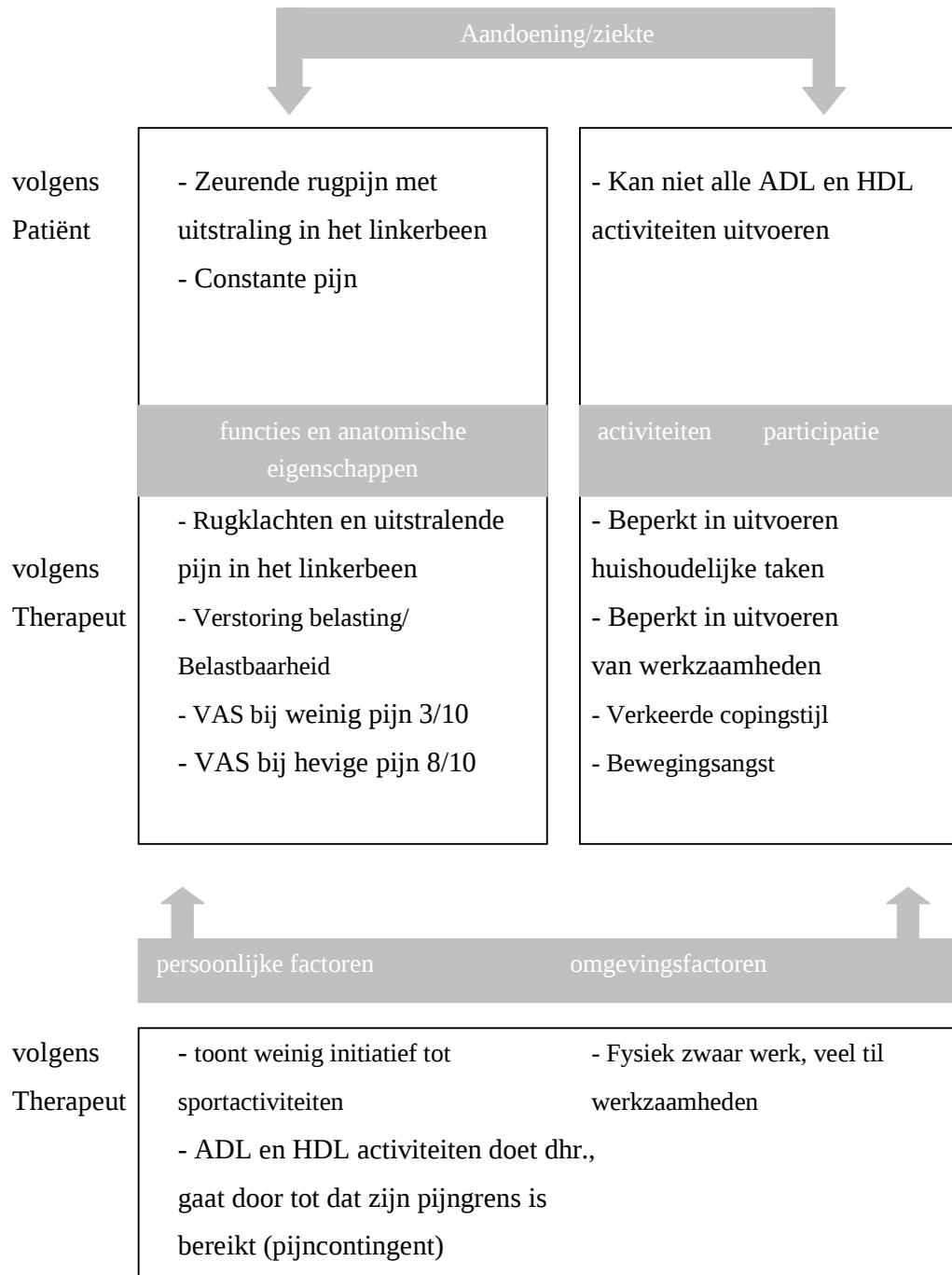
❖ Voer de klinimetrie uit.

❖ Voer het onderzoek uit.

RPS-formulier



RPS-formulier



RPS formulier

PSK Activiteitenlijst Chronische Lage Rugpijn ²

Loopfuncties

- Lopen, wandelen
- Staan
- Traplopen
- Buitenshuis lopen op effen terrein
- Buitenshuis lopen op oneffen terrein
- Hardlopen

Sport / hobby's

- Fietsen
- Fitness
- Tuinieren

Huishouden

- Strijken
- Ramen wassen
- Bed opmaken
- Stofzuigen
- Het dragen van voorwerpen b.v.
boodschappen/wasmand

Activiteiten Dagelijks Leven

- Aan- en uitkleden
- In bed liggen
- Seksuele activiteiten
- Omdraaien in bed
- Opstaan uit bed
- Opstaan uit een stoel
- Gaan zitten in een stoel
- Lang achtereen zitten
- In/uit auto stappen
- Rijden in een auto/bus
- Tillen
- Voorover buigen
- Overige...

PSK scoreformulier²

Selecteer de 3 belangrijkste activiteiten (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1. Lopen / wandelen
2. Autorijden
3. In bed liggen

Score van de 3 activiteiten

Activiteit 1: Lopen en wandelen

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 ⑥ 7 8 9 10 *onmogelijk*

Activiteit 2: Autorijden

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 ⑦ 8 9 10 *onmogelijk*

Activiteit 3: In bed liggen

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 ⑦ 8 9 10 *onmogelijk*

TAMPA-Schaal voor kinesiofobie²

Geef van onderstaande beweringen door middel van een cijfer tussen 1 en 4 aan in welke mate u het eens of oneens bent met deze bewering. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = in hoge mate mee oneens

3 = enigszins mee eens

2 = enigszins mee oneens

4 = in hoge mate mee eens

1. Ik ben bang om bij het doen van lichaamsoefeningen letsel op te lopen.	1	2	3	4
2. Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.	1	2	3	4
3. Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijks mis mee is.	1	2	3	4
4. Mijn pijn zou waarschijnlijk minder worden als ik lichaamsoefeningen zou doen.	1	2	3	4
5. Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen.	1	2	3	4
6. Door mijn pijnproblemen loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar.	1	2	3	4
7. Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.	1	2	3	4
8. Als mijn pijn erger wordt door iets, betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is.	1	2	3	4
9. Ik ben bang om per ongeluk letsel op te lopen.	1	2	3	4
10. De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak	1	2	3	4
11. Ik had wellicht minder pijn als er niet iets gevaarlijks aan de hand zou zijn met mijn lichaam.	1	2	3	4
12. Hoewel ik pijn heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijk actief zou zijn.	1	2	3	4
13. Mijn pijn zegt me wanneer ik moet stoppen met lichaamsoefeningen doen om geen letsel op te lopen.	1	2	3	4

14. Voor iemand in mijn toestand is het echt af te raden om lichamelijk actief te zijn.	1	2	3	4
15. Ik kan niet alles doen wat gewone mensen doen, omdat ik te gemakkelijk letsel oploep.	1	2	3	4
16. Zelfs als ik ergens veel pijn door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is	1	2	3	4
17. Ik zou geen lichaams oefeningen hoeven doen wanneer ik pijn heb.	1	2	3	4

Bij het optellen van de scores dienen de scores van de vragen 4, 8, 12, en 16 omgekeerd te worden (dus 1 wordt 4, enz.)!

Totaalscore: 39/68

Borg Schaal ²

Bij lopen

Schaal	
6	
7	Heel, heel licht
8	
9	Heel licht
10	
11	Tamelijk licht
12	
13	Iets zwaar
14	
15	Zwaar
16	
17	Erg zwaar
18	
19	Heel, heel zwaar
20	

FABQ-DV (Fear avoidance beliefs questionnaire- Dutch version)²

0 = geheel oneens 1 = tamelijk oneens 2 = enigszins oneens

3 = weet het niet 4 = enigszins eens 5 = tamelijk eens 6 = geheel eens

1 De pijn werd veroorzaakt door lichamelijke activiteit	0	1	2	3	4	5	6
2 Lichamelijke activiteit verergert de pijn	0	1	2	3	4	5	6
3 Lichamelijke activiteit zou mijn rugpijn kunnen schaden	0	1	2	3	4	5	6
4 Ik zou geen lichamelijke activiteiten moeten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren	0	1	2	3	4	5	6
5 Ik kan geen lichamelijke activiteiten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren	0	1	2	3	4	5	6
6 De pijn is ontstaan door mijn werk of door een ongeval tijdens mijn werk	0	1	2	3	4	5	6
7 Door mijn werk is de pijn erger geworden	0	1	2	3	4	5	6
8 Ik heb een beroep gedaan op uitkering van ziektegeld vanwege de rugpijn	0	1	2	3	4	5	6
9 Mijn werk is te zwaar voor mij.	0	1	2	3	4	5	6
10 Mijn werk verergert de pijn (of zou dat kunnen verergeren)	0	1	2	3	4	5	6
11 Mijn werk zou mijn rug kunnen schaden	0	1	2	3	4	5	6
12 Ik zou mijn normale werk niet moeten doen met mijn huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6
13 Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren met mijn huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6
14 Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren totdat de pijn wordt behandeld	0	1	2	3	4	5	6
15 Ik denk niet dat ik mijn normale werk binnen drie maanden zal hervatten	0	1	2	3	4	5	6
16 Ik denk niet dat ik ooit zal terugkeren naar mijn werk	0	1	2	3	4	5	6

Physical Activity score: 16 + Work score: 42 → Totaalscore: 58

VierDimensionale KlachtenLijst ²

Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij) zijn ervaren.

	Nee	Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?					
2. pijnlijke spieren?					
3. flauw vallen?					
4. pijn in de nek?					
5. pijn in de rug?					
6. overmatige transpiratie?					
7. hartkloppingen?					
8. hoofdpijn?					
9. een opgeblazen gevoel in de buik?					
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien?					
11. benauwdheid?					
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is?					
13. pijn in de buik of maagstreek?					
14. tintelingen in de vingers?					
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?					
16. pijn in de borst?					
17. neerslachtigheid?					
18. zomaar plotseling schrikken?					
19. piekeren?					
20. onrustig slapen?					
21. onbestemde angst-gevoelens?					
22. lusteloosheid?					
23. beven in gezelschap van andere mensen?					
24. angst- of paniek-aanvallen?					
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen?					

26. snel geïrriteerd?					
27. angstig?					
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is?					
29. dat u tot niets meer kunt komen?					
30. dat het leven niet de moeite waard is?					
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?					
32. dat u 't niet meer aankunt?					
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was?					
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben?					
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie?					
36. dat u er niet meer tegenop kunt?					
37. dat u nergens meer zin in hebt?					
Hebt /bent u de afgelopen week:					
38. moeite met helder denken?					
39. moeite om in slaap te komen?					
40. angst om alleen het huis uit te gaan?					
41. snel emotioneel?					
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn?					
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams?					
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?					
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?					
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?					
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over aangrijpende gebeurtenissen die u hebt meegemaakt?					
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?					
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?					
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?					

Score formulier 4DKL

‘nee’ = score 0

‘soms’ = score 1

‘regelmatig’ of vaker = score 2

17	0	28	0	18	2	1	0
19	2	30	0	21	1	2	0
20	2	33	0	23	0	3	0
22	0	34	0	24	1	4	1
25	0	35	0	27	2	5	2
26	1	46	0	40	0	6	0
29	0			42	1	7	0
31	0			43	0	8	1
32	0			44	1	9	0
36	0			45	1	10	0
37	0			49	1	11	0
38	1			50	2	12	0
39	1					13	0
41	1					14	0
47	0					15	1
48	0					16	0
Distress		Depressie		Angst		Somatisatie	
8		0		12		5	

	Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Matig verhoogd	> 10	>2	>8	>10
Sterk verhoogd	>20	>5	>12	>20

2. Fysiotherapeutisch onderzoek

Inspectie in rust

- Flexie houding in knieën en heupen
- Afgevlakte lordose lumbaal
- Anterior positie hoofd
- Protractie schouders

Inspectie in gang

- Verminderde armzwaai rechts en links
- Weinig romprotatie
- Verkorte paslengte

Palpatie

- Verhoogde tonus lumbaal

Screeningstesten lumbale wervelkolom ^{7,13}

<u>Test</u>	<u>Uitvoering</u>	<u>Toelichting</u>	<u>Uitkomst casus</u>
Straight Leg Raise (SLR) test, (Lasègue)	Ruglig, gestrekte been aangedane zijde in heup flecteren. Accenten dmv: - N. Tibialis: <i>dorsaalflexie en eversie</i> - N. Suralis: <i>dorsaalflexie en inversie</i> - N. Peroneus communis/superficialis: <i>plantairflexie en inversie</i>	Bij de SLR wordt als ergst ervaren als de pijn al bij 30-40° optreedt. De SLR is positief bij een schietende pijn die niet tot de tenen hoeft te gaan. De test is positief bij compressie op de zenuwwortels van L4 t/m S1 De SLR is niet positief bij een heup flexie van meer dan 60-70°.	Negatief

Pseudo Lasègue	Na het optreden van compressie-verschijnselen wordt de heupflexie gereduceerd totdat de verschijnselen verdwijnen en laat men de mm. hamstrings krachtig tegen weerstand aanspannen.	Kan men nu na ontspanning, de heup in de positie brengen waarop eerder de compressie-verschijnselen werden aangeven zonder dat deze nu optreden, dan spreekt men van een pseudo lasègue (verkorte mm. hamstrings)	Negatief
Gekruiste Lasègue	Hierbij wordt in ruglig het gestrekte been aan de niet-aangedane zijde in de heup geflecteerd.	Hierdoor wordt de dura mater naar caudaal getrokken en dit zou indirect compressie op de zenuwwortel aan de aangedane zijde kunnen veroorzaken, waardoor schietende pijn in het niet geflecteerde been ontstaat. De gekruiste Lasègue zou het meest voorkomen bij een prolaps op het niveau van de zenuwwortel L4	Negatief
N. femoralis rekttest (omgekeerde Lasègue)	Hierbij wordt in buiklig het been aan de aangedane zijde in het kniegewricht geflecteerd en in het heupgewricht geëxtendeerd	Wanneer de compressie veroorzakende factor de beweeglijkheid van de durale mouw van de zenuwwortel van L3 belemmert, respectievelijk de zenuwwortel comprimeert, zal deze beweging de symptomen provoceren.	Negatief

Functie testen ¹³

<u>Test</u>	<u>Uitvoering</u>
Hurken	Beperkt door bewegingsangst
Hakkenstand	Normaal
Tenenstand	Normaal

Actief lumbaal onderzoek ¹³

<u>Test</u>	<u>Pijn rechts</u> <u>(VAS)</u>	<u>Pijn links</u> <u>(VAS)</u>	<u>ROM rechts</u>	<u>ROM links</u>
Flexie	7		Beperkt	
Extensie	5		Beperkt	
Lateroflexie	4	4	Beperkt	Beperkt
Rotatie	7	5	Beperkt	Beperkt
3D flexie (homolaterale rotatie, lateroflexie)	7	7	Beperkt	Beperkt
3D extensie (homolaterale rotatie, lateroflexie)	6	5	Beperkt	Beperkt

Alle bewegingen zijn beperkt vanwege bewegingsangst en een hoge mate van pijn.

Weerstandstesten ¹³

<u>Test</u>	<u>Pijn rechts</u> <u>(VAS)</u>	<u>Pijn links</u> <u>(VAS)</u>	<u>Uitslag</u> <u>rechts</u>	<u>Uitslag</u> <u>links</u>
Flexie	4		Verzwakt	
Extensie	7		Verzwakt	
Rotatie (L/R)	6	6	Verzwakt	Verzwakt
Lateroflexie (L/R)	6	6	Verzwakt	Verzwakt

De patiënt heeft niet of nauwelijks controle over zijn lichaam. Hij durft ook niet volledig kracht te zetten in verband met de pijn.

Geleidactief lumbaal onderzoek ¹³

<u>Test</u>	<u>Pijn rechts (VAS)</u>	<u>Pijn links (VAS)</u>	<u>ROM rechts</u>	<u>ROM links</u>	<u>Eind-gevoel rechts</u>	<u>Eind-gevoel links</u>
Flexie	7 eindstandig pijnlijk		Normaal		Verend	
Extensie	0 ervaart dit als prettig		Normaal		Stug	
Lateroflexie	2	2	Normaal	Beperkt	Stug	Leeg
Rotatie	6 eindstandig pijnlijk	3	Normaal	Normaal	Verend	Verend
3D flexie (homolaterale rotatie, lateroflexie)	7 eindstandig pijnlijk	6 eindstandig pijnlijk	Normaal	Beperkt	Verend	Verend
3D extensie (homo-laterale rotatie, lateroflexie)	4	3	Normaal	Normaal	Verend	Verend

Spierkracht onderzoek grote spiergroepen onderste extremititeit ^{7,13}

<u>Spier</u>	<u>Test</u>	<u>Uitslag</u>
M. iliopsoas	Flexie heup	5
M. Quadriceps	Extensie knie	5
M. Hamstrings	Flexie knie	5
Mm. Gluteï	Extensie en abductie heup	4+
M. Tibialis anterior	Dorsaalflexie voet	5
M. Triceps sura	Plantairflexie voet	5

Spierkracht onderzoek abdomen en lumbale musculatuur¹³

<u>Spier</u>	<u>Test</u>	<u>Uitslag</u>
Mm. Abdominalis	Curl-up	Positief → verzwakt
Mm. Multifidi	Testen d.m.v. de Stabiliser	Positief → verzwakt

2. Reflectie na compleet fysiotherapeutisch onderzoek

2.1 Is er gekozen voor een meetinstrument, zo ja, waarom?

2.2 Hoe kun je de score van de verschillende vragenlijsten interpreteren?

2.3 Wat zijn de conclusies uit het onderzoek?

2. Reflectie na compleet fysiotherapeutisch onderzoek

2.1 Is er gekozen voor een meetinstrument, zo ja, waarom?

De PSK is gekozen om de voornaamste klachten en activiteiten helder te krijgen om daar een behandelplan en behandelingen op af te stemmen. Verder kunnen deze gegevens later gebruikt worden ter evaluatie van de behandeling.

De VAS-score is gekozen om een indicatie te krijgen van de pijn, die de patiënt op dat moment ervaart. Verder kunnen deze gegevens later gebruikt worden ter evaluatie van de behandeling.

De Tampa schaal is gekozen om de bewegingsangst in kaart te brengen.

De FABQ-DV is ook gekozen om de bewegingsangst in kaart te brengen, bij deze vragenlijst komen meer werkgerelateerde vragen naar voren. Dhr. werkt momenteel niet maar wil toch graag weer aan het werk. Waardoor deze vragenlijst toch van toepassing is bij deze patiënt.

Ook hebben we gekozen voor de BORG-score. Dit omdat we een beeld willen krijgen over de inspanning van de patiënt tijdens het uitvoeren van de activiteit.

Bij deze patiënt is het zinvol om een inzicht te krijgen in de verschillende dimensies van zijn klachten (distress, depressie, angst en somatisatie) waardoor er is gekozen om de 4DKL af te nemen. ²

2.2 Hoe kun je de score van de verschillende vragenlijsten interpreteren?

De PSK, *Patiënt Specifieke Klachten*, wordt toegepast als meetinstrument om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de 3 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten relevant (belangrijk) zijn, de patiënt moet hinder ondervinden bij de uitvoering en de uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (wekelijks). Oorspronkelijk is het meetinstrument ontwikkeld voor patiënten met lage rugklachten. De lijst met activiteiten heeft daarom betrekking op rugklachten. De mate waarin de hinder wordt ondervonden wordt door de patiënt gescoord op een visual analogue schaal (VAS). ²

De VAS-score, *Visual Analogue Scale*, is een specifieke meetschaal, bestaande uit een horizontale lijn. Aan de linker kant staat de minimum-score, 0, aan de rechter kant staat de maximumscore, 10. De patiënt dient het cijfer te omcirkelen in welke mate de patiënt de gevraagde pijnsensatie beleeft. De VAS-schaal wordt voor vele

doeleinden gebruikt. Hierbij wordt de uitkomstmaat mede bepaald door de doelgroep, de tijdsspanne en de setting waarin de schaal wordt toegepast. ²

TAMPA schaal voor kinesiofobie: Een hogere score komt overeen met meer pijngerelateerde vrees.

Bij chronische LRP patiënten varieert de mediaan/gemiddelde tussen 36 en 44
Bij een score onder 37 is er geen aanwijzing voor bewegingsvrees maar dat wil niet specifiek zeggen dat de patiënt dit ook daadwerkelijk heeft.

Bij een score hoger dan 41 is er sprake van irrationele vrees voor bewegen (vermijdingsgedrag).

De score tussen 37 en 41 is niet duidelijk definieerbaar, ook wel het grijze gebied genoemd. ²

De FABQ, *De Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*, is een veel gebruikte vragenlijst gericht op pijngerelateerde angst bij patiënten met lage rugklachten. Met de FABQ kan vastgesteld worden in hoeverre de chronische lage rugpijn wordt beïnvloed door de componenten fysieke activiteiten en werk. In totaal bestaat de vragenlijst uit 16 items. Hoe hoger de scores op de FABQ des te meer pijn en/of beperkingen ondervindt de patiënt.

De score ziet er als volgt uit:

Totaal 16 items, subcategorie lichamelijke activiteiten (5 items); Werk (11 items),

Meetniveau per item: wijze score (0-6) meetniveau ordinaal.

Meetniveau per subtest Lichamelijke activiteit: score (0-30) meetniveau ordinaal.

Meetniveau per subtest Werk: wijze score (0-66) meetniveau ordinaal.

Meetniveau totaalscore: wijze score (0-96) meetniveau ordinaal.

Physical Activity: score > 14 aannemelijk dat de patiënt pijnmijdend is.

Work: score > 34 verhoogd risico niet terug te keren naar zijn werk.

Work: score < 29 verminderd risico niet terug te keren naar zijn werk. ²

De Borg-schaal is een 15 punt schaal (6 tot 20) die gebruikt wordt om subjectieve ervaringen tijdens fysieke belasting te beoordelen. Deze subjectieve belastingsschaal kan helpen bij het inschatten van belastingsverschijnselen, zoals de mate van inspanning, de belastingsgraad en vermoeidheid.

Hoe hoger de patiënt op de schaal scoort des te zwaarder zijn de lichamelijke aanspanning die hij/ zij ervaart. ²

De 4DKL, de *Vierdimensionale Klachtenlijst*, is een vragenlijst, bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patiënt scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten ondervindt hij in zijn dagelijkse handelingen.

In totaal zijn er 50 items, subcategorie 'Distress' (16 items); Depressie (6 items), Angst (12 items); Somatisatie (16 items). De patiënt geeft aan hoe vaak hij de gevraagde klachten of verschijnselen de afgelopen week heeft gehad en kiest voor één van de mogelijke antwoorden.

Meetniveau per subtest Distress: wijze score (0-32) meetniveau ordinaal.

Meetniveau per subtest Depressie: wijze score (0-12) meetniveau ordinaal.

Meetniveau per subtest Angst: wijze score (0-24) meetniveau ordinaal.

Meetniveau per subtest Somatisatie: wijze score (0-32) meetniveau ordinaal. ²

	Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
Matig verhoogd	> 10	>2	>8	>10
Sterk verhoogd	>20	>5	>12	>20

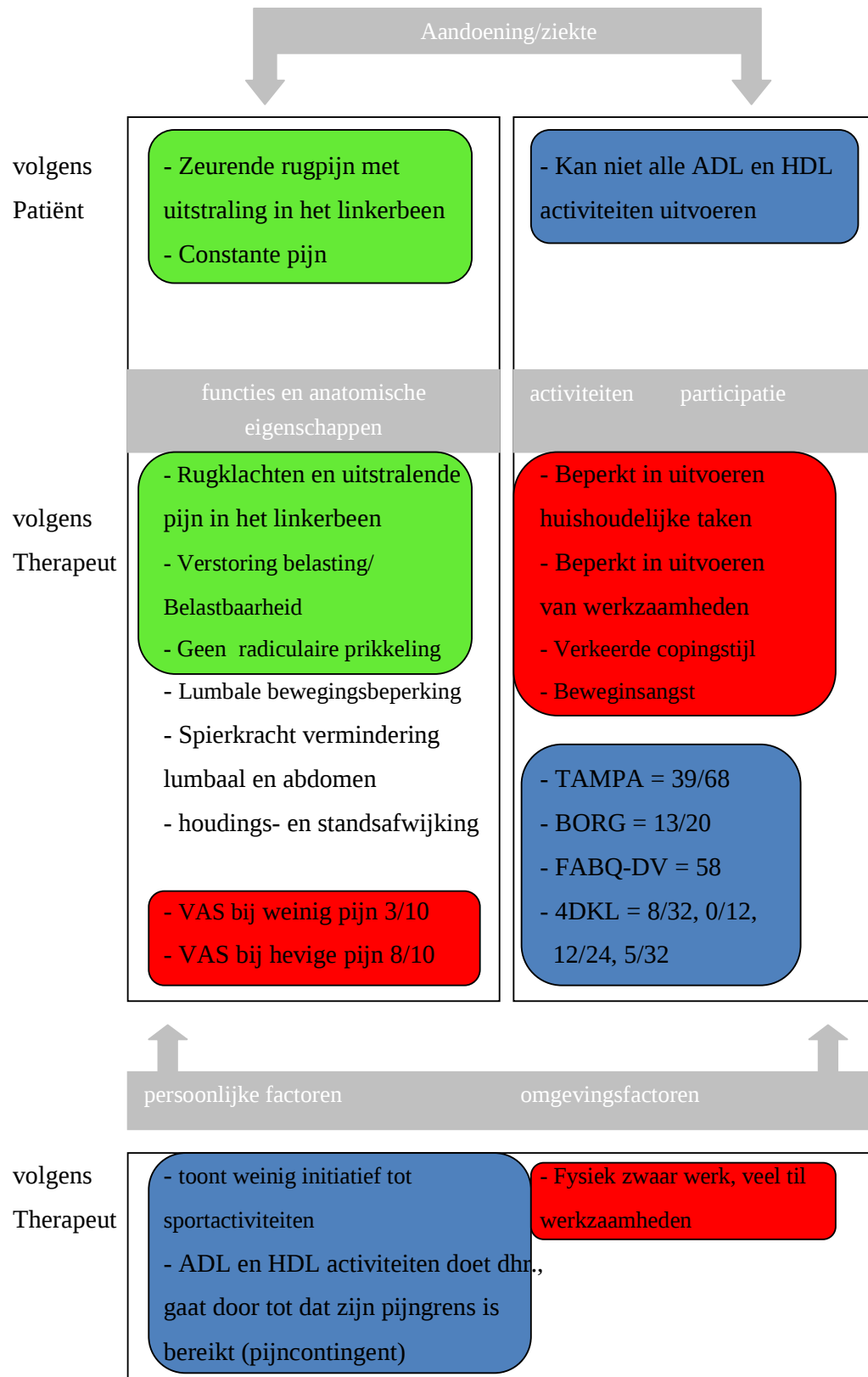
2.3 Wat zijn de conclusies uit het onderzoek?

- Inspectie in rust en in gang en palpatie:
 - o Flexie houding in knieën en heupen en een afgevlakte lordose lumbaal
 - o Anterior positie hoofd en protractie schouders
 - o Weinig romprotatie en een verminderde armzwaai rechts en links
 - o Verhoogde tonus lumbaal
 - o Verkorte paslengte
- Screeningstesten:
 - o Zoals verwacht zijn de screeningstesten negatief
- Functietesten: hurken, tenen en hakkenstand:
 - o Hurken is beperkt door pijn en bewegingsangst
- Regionaal actief/geleid actief lumbaal onderzoek en weerstandstesten:
 - o Alle bewegingen zijn beperkt vanwege bewegingsangst en een hoge mate van pijn. De lateroflexie naar links is beperkt.
 - o De patiënt heeft niet of nauwelijks controle over zijn lichaam. Hij durft ook niet volledig kracht te zetten in verband met de pijn.
- Spierkracht onderzoek grote spiergroepen onderste extremiteit:
 - o De spierkracht van de onderste extremiteiten is over het algemeen goed. De spierkracht rechts is gelijk aan de spierkracht links. Alleen de mm. Glutei zijn licht verzwakt.
- Spierkracht onderzoek abdomen en lumbale musculatuur:
 - o De spierkracht van de Abdomen en de lumbale musculatuur zijn verzwakt.
- Vragenlijsten:
 - o Uit de vragenlijsten komt naar voren dat dhr. Jansen vrees heeft voor bewegen, dit blijkt uit de Tampa-schaal en de FABQ-DV vragenlijst. De BORG-score is normaal, dhr. moet echter stoppen door pijn. Wandelen, lopen, autorijden en in bed liggen zijn de belangrijkste activiteiten en ervaart dhr. de meest problemen volgens de PSK. De 4DKL geeft ook verhoogde angst weer.

❖ **Vul het RPS formulier nu volledig in.**

❖ **Maak vanuit je conclusie een fysiotherapeutische diagnose volgens de ICF classificatie.**

RPS-formulier



RPS formulier

3. Conclusie en fysiotherapeutische diagnose⁹

Stoornis niveau

- MRI-scan: geen wortelcompressie aantoonbaar
- Verhoogde tonus lumbaal
- Houdings- en standsafwijkingen
- Geen radriculaire prikkeling
- Lateroflexie naar links is beperkt
- Spierkracht vermindering van de mm. Gluteï
- Verminderde spierkracht lumbale en abdominale musculatuur

Activiteiten niveau

- Moeite met traplopen
- Lopen en wandelen gaat moeizaam, m.n. op oneffen terrein
- Fietsen en tuinieren gaan moeilijk
- Niet in staat lang te zitten en te staan
- Stofzuigen en het bed opmaken zijn moeilijk uitvoerbaar
- Tillen van zware voorwerpen is niet mogelijk
- In en uit de auto stappen gaat moeilijk
- Vooroverbuigen geeft klachten
- Liggen in bed en het opstaan uit bed gaat moeilijk

Participatie niveau

- Niet meer kunnen werken
- De tuin niet meer na behoren kunnen bijhouden

Persoonlijke factoren

- Bewegingsangst
- Verkeerde copingstijl
- Dhr. is erg gedreven om te revalideren. Hij wil graag zo snel mogelijk weer aan het werk en volgt daarom een opleiding tot beveiligers.
- Kan zijn grenzen niet goed aangeven.
- Hij wil graag voor zijn gezin zorgen maar kan dit op dit moment niet naar behoren uitvoeren.
- Dhr. Jansen voelt zich niet begrepen door zijn familie en collega's vanwege de variërende pijnklachten.

Externe factoren

- Vanwege economische redenen is door de werkgever zijn ontslag aangevraagd.
- Het gezin kan geen inschatting maken over het functioneren van dhr. Jansen.
- Door de variërende pijnklachten van dhr. Jansen en in het verschil in uitvoeren van werkzaamheden kunnen de collega's geen goede inschatting maken van het huidige functioneren.

4. Reflectie na Conclusie en fysiotherapeutische diagnose:

4.1 Wat zijn je behandelbare componenten?

4.2 Hoe ziet jouw behandelplan eruit rekening houdend met alle tot nu bekende gegevens.

4.3 Hoe ga je het effect van de behandeling evalueren tijdens en na de behandeling?

4.4 Wat verwacht je dat de prognose zal zijn?

4. Reflectie na Conclusie en fysiotherapeutische diagnose

4.1 Wat zijn je behandelbare componenten?

- Informeren/adviseren van de patiënt m.b.t. belasting/belastbaarheid. Grenzen stellen: niet doorgaan totdat het niet meer kan, maak afspraken met jezelf. Maak een planning en hou je daaraan.
- Gedragsverandering: copingstijl van dhr. Jansen veranderen d.m.v. een graded activity programma. Dit is een tijdcontingent oefenprogramma waarbij stapsgewijs het activiteitsniveau wordt geoptimaliseerd, ondanks de aanwezigheid van pijn.
- Stabiliseren van de lumbale wervelkolom (core stability) de spieren van de romp zo effectief mogelijk te gebruiken tijdens ADL-HDL activiteiten en sportactiviteiten en om de positie van de wervelkolom zo goed mogelijk te beheersen tijdens inspanning.

4.2 Hoe ziet jouw behandelplan eruit rekening houdend met alle tot nu bekende gegevens.

Behandelplan

Hoofddoel:

Gedragsverandering en het optimaliseren van het activiteiten niveau, waarbij de pijn op de achtergrond staat.

Subdoelen en middelen in volgorde van prioriteit:

<u>Doel</u>	<u>Middel</u>	<u>Frequentie</u>
Gedragsverandering d.m.v. een tijdcontingent oefenprogramma waarbij stapsgewijs het activiteitsniveau wordt geoptimaliseerd, ondanks de aanwezigheid van pijn.	Graded activity	Drie keer per week
Verminderen van bewegingsangst: omdat dit niet volledig binnen de competenties van de fysiotherapeut valt, wordt de patiënt multidisciplinair behandeld.	Psycholoog en maatschappelijk werk	In overleg met de betreffende disciplines

Grenshantering, zelf aangegeven aan familie en collega's over het niveau van functioneren, grenzen aangeven en om hulp durven vragen.	Informeren/ adviseren van de patiënt	Continue bij iedere behandeling
Verbeteren lichaamsgevoel: de spieren van de romp zo effectief mogelijk te gebruiken tijdens ADL-HDL en sportactiviteiten en om de positie van de wervelkolom zo goed mogelijk te beheersen tijdens inspanning.	Core stability	Drie keer per week

Frequentie en duur:

Drie keer per week, gedurende 3 maanden. Na drie maanden evalueren of we de behandelingen minder frequent voortzetten en activiteiten thuis gaat oppakken.

4.3 Hoe ga je het effect van de behandeling evalueren tijdens en na de behandeling?

De behandeling wordt geëvalueerd aan de hand van de vragenlijsten die zijn afgenomen tijdens het onderzoek. De gebruikte vragenlijsten zijn: PSK, VAS en de BORG-score. De Tampa en de FABQ zijn nooit onderzocht op responsiviteit waardoor we deze vragenlijsten niet gebruiken om de behandeling te evalueren.²

4.4 Wat verwacht je dat de prognose zal zijn?

Patiëntenprofielen KNGF manuele therapie bij lage rugklachten⁹

1. Acute fase (0-6 weken)
 - 1a normaal beloop.
 - 1b afwijkend beloop.
2. Subacute fase (7-12 weken)
 - 2a afwijkend beloop; geen gele vlaggen.
 - 2b afwijkend beloop; met gele vlaggen.
3. Chronische fase (> 12 weken)
 - 3a adequate omgang met de klachten; adequate coping.
 - 3b inadequate omgang met de klachten; geen adequate coping.

Normaal beloop

Bij het normale beloop van de klachten nemen in de loop van de tijd de stoornissen in de functies van het bewegingssysteem en beperkingen in activiteiten af, en neemt de participatie toe tot het niveau van voor de klachtenepisode. De pijnklachten nemen meestal af maar het hoeft niet te betekenen dat de lage-rugpijn geheel verdwenen is. De klachten staan het uitvoeren van activiteiten en de participatie niet meer in de weg.

Afwijkend beloop

Als binnen 3 weken na aanvang van de klachten de pijn niet afneemt, spreken we van een afwijkend beloop. De stoornissen in de functies van het bewegingssysteem niet verminderen en beperkingen in activiteiten en participatie niet verminderen.

- Biomedische factoren: bijv. verminderde mobiliteit, verminderde spierkracht/stabiliteit of een verminderde coördinatie.
- Psychische factoren: bijv. bewegingsangst of irrealistische gedachten over de lage-rugpijn.
- Sociale factoren: bijv. de werksituatie en de omgeving.

De patiënt valt in patiënten profiel 3b volgens de KNGF richtlijn manuele therapie. We spreken van een afwijkend beloop, omdat de klachten niet zijn afgenomen binnen 3 weken na aanvang van de klachten en er sprake is van biomedisch, psychische en sociale factoren.

Door middel van een tijdcontingent oefenprogramma gedurende drie maanden zal het activiteiten niveau van dhr. Jansen verbeteren. De pijnklachten zullen niet verdwijnen. Dhr. Jansen zal beter kunnen omgaan met zijn pijn. Ook zal hij zijn grenzen beter kunnen bepalen, wat hij op zijn beurt ook weer beter over kan brengen op zijn gezin.

Gele vlaggen

Mensen met aspecifieke klachten zijn gebaat bij het zo goed mogelijk in kaart brengen van hun klachtenpatroon. Goed gestandaardiseerd fysiotherapeutisch onderzoek is belangrijk om een zo optimaal mogelijke behandelstrategie te bepalen voor het behalen van een zo optimaal behandelresultaat. Met name het systematisch in kaart brengen van psychosociale risicofactoren is van belang voor het voorspellen van mogelijk risico op chronische beperkingen. Onderzoek heeft aangetoond dat psychosociale factoren belangrijke voorspellers zijn bij het al dan niet ontwikkelen van chronische klachten.³

Deze voorspellende psychosociale factoren worden ook wel ‘**Yellow Flags**’ genoemd.

1. Attitudes: ‘ideeën omtrent de pijn bij rugpijn.’
 - Vermijdingsgedrag als gevolg van de gedachte dat de pijn beschadigend of beperkend is;
 - De gedachte dat de pijn helemaal weg moet zijn alvorens weer gewerkt kan worden;
 - Verwachting dat werken of activiteiten de pijnklacht doen toenemen;
 - Catastroferende gedachten;
 - Gedachte dat pijn niet controleerbaar is;
 - Passieve houding ten opzichte van de therapie.
2. Behavior:
 - Langdurige bedrust;
 - Vermijding van dagelijkse activiteiten;
 - Op de VAS -schaal hoge pijnintensiteit aangeven;
 - Gebruik van hoge dosis pijnstillers;
 - Slechte ‘slaapkwaliteit’;
 - Toename alcoholgebruik en roken.

3. Compensation issues:
 - Geen grote financiële consequenties bij geen werkhervatting;
 - Bij eerdere episode van rugklachten langer dan 12 weken verzuim van werk;
 - Uitkering en claims bij eerdere episode en verzuim van werk.
4. Diagnosis and treatment:
 - Tegenstrijdige diagnosestellingen door hulpverleners;
 - Gevolg catastroferen en angst om te eindigen in rolstoel;
 - Passieve behandelmethoden en de afhankelijkheid hiervan in het verleden;
 - Groot aantal bezoeken hulpverleners in het afgelopen jaar;
 - Oorzaak gevolg denken (biomedisch weefselschade);
5. Emotions:
 - Angst voor toename pijn door activiteiten of werk;
 - Sneller geïrriteerd dan normaal;
 - Centrale sensitisatie, verhoogde arousal;
 - Depressieve gevoelens, gevoel nutteloos te zijn;
 - Afname interesse in sociale activiteiten (sociaal isolement);
6. Family:
 - Overbezorgdheid (met goede bedoelingen);
 - Weinig steun van personen om over de problemen te praten;
 - Weinig steun om werk en activiteiten te hervatten;
7. Work:
 - Zwaar lichamelijk werk (verpleegkundigen, bouwvakkers, chauffeurs)
 - Werk verleden (vaak andere job, stress op het werk, weinig direct contact/steun van directe leidinggevende)
 - Gedachte dat werk schadelijk is;
 - Laag opleidingsniveau, lage sociale status;
 - Werken in continudienst (nachtdienst e.d.)
 - Negatieve ervaringen met werkhervattingen in het verleden;
 - Slechte betrokkenheid/ interesse van directe leidinggevende;

Radiculair syndroom

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de validiteit van verschillende testen om een lumbosacraal radiculair syndroom te kunnen bevestigen of uitsluiten. In de CBO richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) staat een samenvatting van de literatuur die betrekking heeft op onderzoek naar het Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS). Hieronder staat de literatuur zoals beschreven is in de CBO-richtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom, die op deze casus van toepassing is.

Een systematische review van Devillé et al. (2000) van artikelen met als referentiestandaard chirurgie laat zien dat de diagnostische waarde van de test van Lasègue vooral wordt beperkt door de lage specificiteit (0.26). De gekruiste Lasègue toonde als in eerdere studies een hoge specificiteit (0.88). Overigens mag getwijfeld worden aan de waarde van diagnostische studies met operatie als gouden standaard gezien de belangrijke verificatiebias (patiënten met positieve testen zullen vaker ook aan de gouden standaard in casu operatie onderworpen zijn dan patiënten met negatieve testuitslagen).

Vroomen et al. (2002) deden onderzoek naar een set van symptomen en verschijnselen bij eerstelijnspatiënten met uitstralende pijn in het been tot onder de bilplooi met als referentietest wortelcompressie op de MRI. De anamnestiche gegevens (1) op de voorgrond staande pijn in het been, (2) typische dermatomere pijn, (3) toename van de uitstralende pijn bij drukverhogende momenten en (4) dermatomere koudesensaties waren geassocieerd met wortelcompressie op de MRI. Dit gold ook voor de klinische verschijnselen (1) spierzwakte, (2) vinger-vloer afstand >25 cm, (3) reflexverlaging en (4) positieve SLR. In een logistisch regressiemodel bleken de eerste drie anamnestiche gegevens sterke voorspellers voor wortelcompressie. Van de klinische verschijnselen waren in dit model alleen nog spierzwakte en verminderde vinger-vloer afstand (>25 cm) indicatoren voor wortelcompressie. Uit deze studie werd de conclusie getrokken dat een LRS op basis van wortelcompressie vooral kan worden vermoed op grond van anamnestiche gegevens en dat wanneer deze positief zijn, klinische verschijnselen nauwelijks meer bijdragen aan dit vermoeden. Opvallend in deze studie was dat in het regressiemodel de test van Lasègue geen onafhankelijke voorspeller voor wortelcompressie bleek. Dit gold ook voor andere zenuwprikkelingsproeven als de test van Kemp, Naffziger

en Bragard. De enigszins op de proef van Lasègue gelijkende vinger-vloer afstand scoorde op alle fronten net iets beter dan de proef van Lasègue. De wijze waarop de proef van Lasègue wordt gehanteerd is daarbij in belangrijke mate bepalend voor de sensitiviteit en specificiteit.

In de studie van Reihani-Kermani (2004) werden patiënten geïncludeerd, die geopereerd zouden worden voor een discushernia, bewezen met MRI. De combinatie van een monoradiculair pijnpatroon L5 in combinatie met zwakte van de m. extensor hallucis longus, normale achillespeesreflex en positieve SLR leverde een positief voorspellende waarde van 90% op voor een discushernia op het niveau L4-L5. Indien er alleen zwakte van voetheffers en een normale APR als teken van een L5 radiculopathie aanwezig waren leverde dit ook al een positief voorspellende waarde op van 91%. Een monoradiculair pijnpatroon S1 in combinatie met zwakte van teenflexoren, verlaagde achillespeesreflex en positieve SLR leverde een positief voorspellende waarde van 95,8% op voor een discushernia op het niveau L5-S1.

5,6,7,10,11,12

ICF classificatie

De ICF is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

Funcities zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme. Grofweg gezegd is de functie van het oor het horen, de functie van de hersenen het denken en de functie van de spieren het leveren van spierkracht om bewegingen te maken.

Met **anatomische eigenschappen** wordt bedoeld de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. In bovenstaande voorbeelden zijn dat bijvoorbeeld de vorm van (onderdelen van) het oor, de vorm en positie van de (delen van de) hersenen, en de dikte of aanhechtingsplaats van een spier. Is een functie of anatomische eigenschap niet optimaal, dan spreekt men van een *stoornis*.

Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Stoornissen van het oor zijn bijvoorbeeld: het niet meer kunnen horen of een gat in het trommelveel; stoornissen van de hersenen: vermindering van het denkvermogen en het geheugen of een laesie in de hersenen; stoornissen van een spier: verminderde spierkracht of een gescheurde spier.

Activiteiten zijn onderdelen van iemands handelen. Voorbeelden zijn: zitten, schoonmaken, boodschappen formuleren en nemen van beslissingen. Zijn er problemen met het uitvoeren van een activiteit dan spreekt men van een *beperking*.

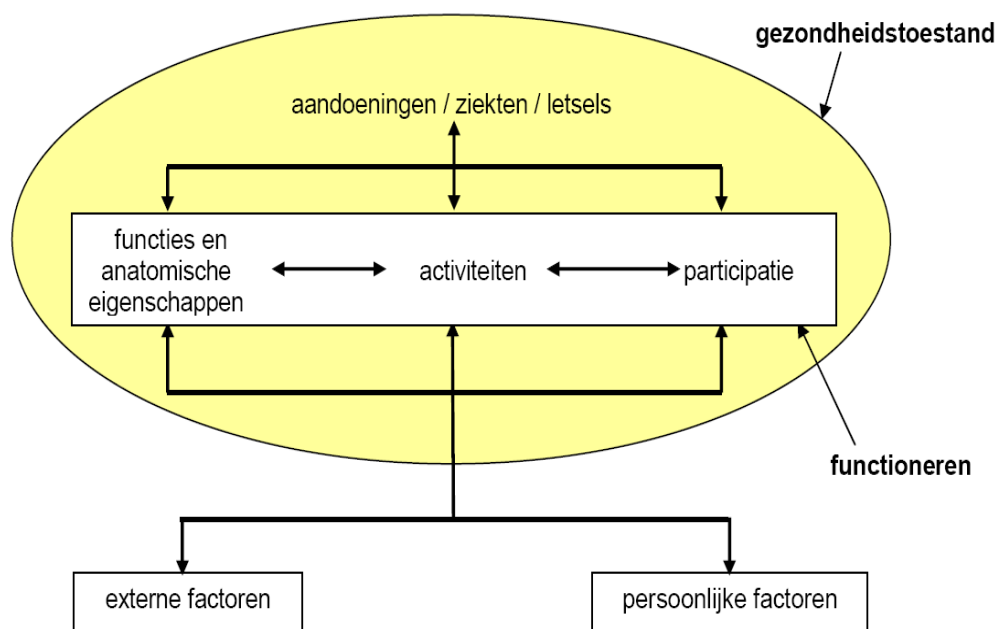
Beperkingen zijn moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Voorbeelden zijn: alleen op een aangepaste stoel kunnen zitten, het schoonmaken niet lang genoeg kunnen volhouden of het in complexe situaties niet goed kunnen nemen van beslissingen.

Participatie betreft iemands deelname aan het maatschappelijk leven. Voorbeelden zijn: deelnemen aan het verkeer, een eigen huishouden hebben, in het openbaar spreken, een (betaalde) baan hebben en houden.

Participatieproblemen zijn problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Voorbeelden zijn: niet van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken vanwege ontoegankelijkheid (te ver weg of niet binnen kunnen komen), geen eigen huishouden mogen of kunnen hebben vanwege regelgeving of normen en waarden van de sociale omgeving, niet in het openbaar mogen spreken (belemmeren in de vrije meningsuiting) of niet er in slagen een (betaalde) baan te houden (door eigen onvermogen of stigma).

Externe factoren zijn iemands fysieke en sociale omgeving. Voorbeelden zijn: het huis waarin men woont, de aanwezigheid van hulpmiddelen, de werkomgeving, de kwaliteit van de buitenlucht, vrienden, sociale normen en geldende wetten. Externe factoren kunnen het functioneren van een persoon positief of negatief beïnvloeden. **Persoonlijke factoren** bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand.⁹

Schema 1 : De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.



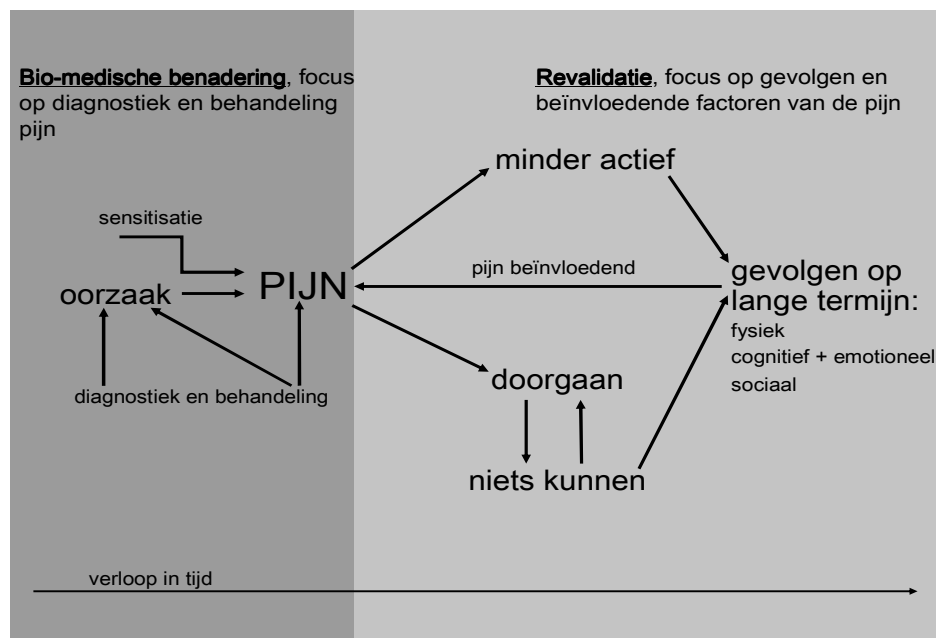
In bovenstaand schema is aangegeven hoe de verschillende aspecten van iemands gezondheidstoestand op elkaar kunnen inwerken. Daarin is tevens aangegeven dat externe factoren en persoonlijke factoren elkaar kunnen beïnvloeden en van invloed kunnen zijn op iemands gezondheidstoestand.

Educatie

Doelstelling van de educatie is dat de patiënt z'n inzichten in het pijnprobleem verandert en zich openstelt voor de gedragsgeoriënteerde aanpak. Een belangrijke voorwaarde is acceptatie van patiënt en behandelaar dat een pijngerichte aanpak niet tot het gewenste resultaat zal leiden. Hiervoor is het zinvol om met de patiënt te kijken naar de effecten van de behandelingen die tot nu toe zijn uitgevoerd. De patiënt moet leren dat er geen één op één relatie bestaat tussen weefselschade en chronische pijn en dat beperkingen in het dagelijks functioneren (ADL activiteiten) veel complexer zijn. Verder is het belangrijk dat de fysiotherapeut begrip uit ten aanzien van de manier waarop de patiënt tot dusverre met z'n pijnprobleem is omgegaan, maar tegelijkertijd de negatieve langere termijn effecten benadrukt. Uitleg geven over de belasting en belastbaarheid: het pijnsignaal is niet altijd betrouwbaar. Soms is er geen pijn en is er toch een ernstige ziekte en soms is er ernstige pijn-problematiek zonder duidelijk letsel. Er is een relatie tussen pijn en belastbaarheid. Pijn ondermijnt de belastbaarheid en bij een verminderde belastbaarheid is er eerder overbelasting en die veroorzaakt pijn. Als de de belastbaarheid steeds meer terugloopt door de pijn valt het des te moeilijker om je eigen grenzen te respecteren. Een voorbeeld van een model dat de fysiotherapeut ter verduidelijking voor dergelijke gesprekken kan gebruiken is het pijn-gevolgenmodel.

3,4

Schema 2: Het pijn-gevolgen model



Graded Activity

Bij het graded activity programma gaan we uit van de belangrijkste activiteiten van de patiënt. De patiënt kiest de activiteiten. Dit verschilt duidelijk met een andere ‘normale’ fysiotherapeutische behandeling, waarin wij de behandeling bepalen en werken volgens bepaalde trainingsprincipes. Dit alles is wel in overleg met de patiënt.

De activiteiten die de patiënt kiest kunnen vanalles zijn; de verschillende domeinen van het dagelijks functioneren kunnen er in naar voren komen: werk, huishoudelijke activiteiten, vrije tijd en sport. De selectie van activiteiten kan ondersteund worden door de patiënt de Patiënt Specifieke Klachtenlijst in te laten vullen. De fysiotherapeut kan vanuit de gegevens uit de fysiotherapeutische diagnose doelstellingen op functieniveau toevoegen als voorwaardenscheppend voor de opbouw. Voor het stellen van reële en haalbare doelen is inzicht vereist in het huidige niveau van functioneren met betrekking tot de gekozen activiteiten. Hiervoor wordt het basisniveau van activiteiten bepaald.

Basisniveaumeting

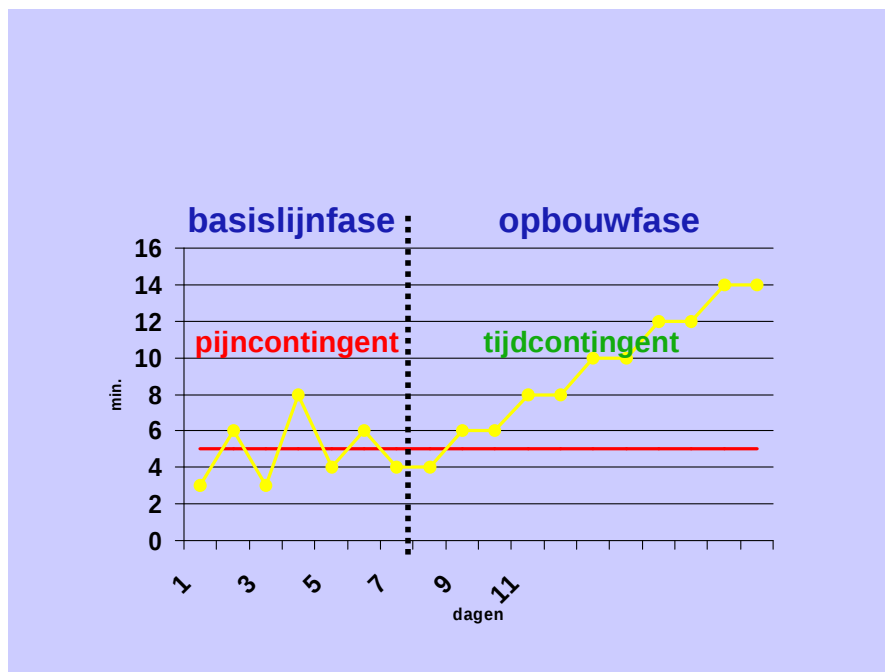
Bij het bepalen van het basisniveau krijgt de patiënt de instructie de gekozen activiteiten of oefeningen zo lang of zo vaak uit te voeren als mogelijk vanwege pijn, waarbij de duur of het aantal uitvoeringen wordt geregistreerd. Het functioneren op deze manier is pijncontingent, omdat de patiënt zelf bepaalt wanneer hij stopt. Pijntoename speelt meestal een rol bij het stoppen met een activiteit of oefening. Door herhaalde metingen, meestal 4 meetmomenten, wordt inzicht verkregen in het pijncontingente gedrag van de patiënt, ook wel het functionele niveau van de patiënt. Vaak vertoont het activiteitsniveau een wisselend verloop, het zogenaamde zaagtandprofiel; bij veel pijn zal de patiënt minder doen dan bij weinig pijn. Het basisniveau (basislijn) wordt berekend door het gemiddelde te bepalen van alle metingen. Je startniveau is dan 70% van het gemiddelde. Vanuit die 70% begint de opbouw van de patiënt. De reden om onder het gemiddelde te beginnen is omdat op deze manier de patiënt meer verzekerd is van succes bij de eerste pogingen tot opbouw. Alle basismetingen worden met de patiënt besproken. Na de basislijnmetingen worden in overleg met de patiënt de einddoelen per activiteit vastgesteld. Dit is vaak een lastig proces. Het is belangrijk dat de patiënt de doelen zelf bepaalt. De fysiotherapeut begeleidt de patiënt om de doelen zo reëel mogelijk

en haalbaar te maken. Wanneer de patiënt het moeilijk vindt om einddoelen te stellen dan kunnen tussendoelen voor een kortere periode worden geformuleerd.

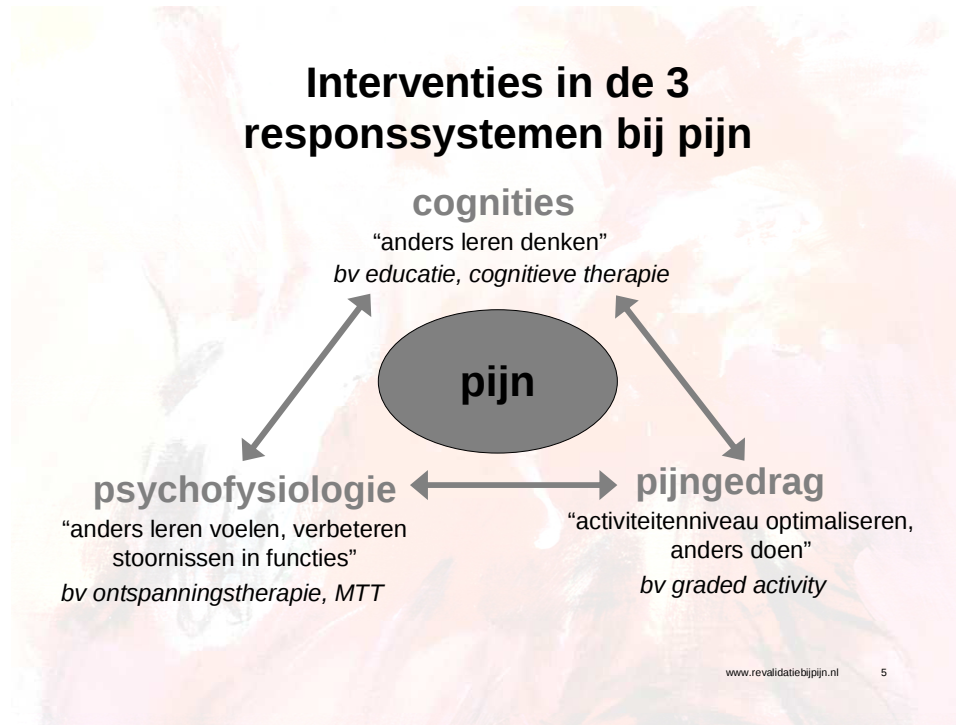
De opbouwfase

Tijdens de opbouwfase staat tijdcontingent functioneren centraal. Dit houdt in dat de patiënt de activiteit uitvoert naar afgesproken tijd. Dit betekent dat op een slechte dag, met veel pijn, de patiënt toch probeert de activiteit volgens afspraak uit te voeren. Dit houdt ook in dat op een goede dag, met weinig of geen pijn, de afgesproken tijd(en) niet wordt overschreden. De afspraken voor deze opbouw worden vastgelegd in de vorm van een grafiek. In de praktijk is het raadzaam de grafieken van de basislijnfase en opbouwfase in één grafiek weer te geven. Op deze manier kan de patiënt het verschil tussen zijn prestaties in de basislijnfase en opbouwfase in één overzicht zien. Hierbij is het belangrijk om de patiënt nogmaals het verschil duidelijk te maken tussen de basislijnfase, waarin hij pijncontingent functioneerde, en de opbouwfase waarin hij tijdcontingent gaat functioneren.^{3,4}

Schema 3: Basislijnfase en opbouwfase in één figuur weergegeven



Schema 4: Het 3-factoren model van pijn; pijn komt tot uiting in 3 responssystemen. Deze responssystemen worden gebruikt bij de indeling van de interventies.



Stadia van gedragsverandering

Prochaska en DiClemente onderscheiden vijf stadia van verandering (zie schema 5):

Stadium 1 Voorbeschouwing

Stadium 2 Overweging

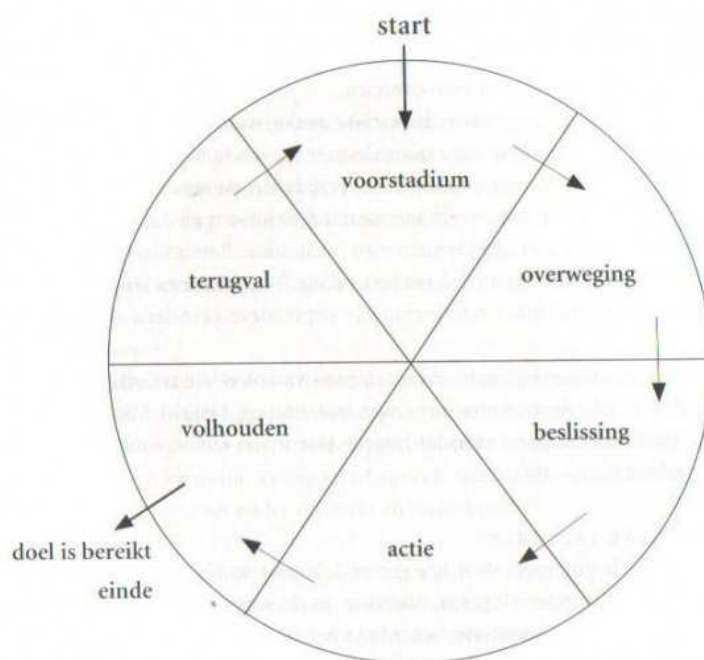
Stadium 3 Voorbereiding

Stadium 4 Actieve verandering

Stadium 5 Stabilisatie

Voordat we deze stadia één voor één gaan toelichten, is het belangrijk te bedenken dat gedragsverandering geen lineair proces is met een duidelijk begin en een eindpunt, maar een circulair proces. Tijdens iedere fase kan de persoon terugvallen in een vorige fase of in oud gedrag. Veranderen is dikwijls twee stappen vooruit en één stap achteruit. Het is van belang de stappen niet te snel te willen doorlopen. Als een patiënt niet goed alle voor- en nadelen van zijn gedrag heeft overwogen, bestaat de kans dat hij/zij een niet weloverwogen keuze heeft gemaakt. Dit wrekt zich in de fase van voorbereiding of actieve verandering, waarbij de patiënt weerstand gaat vertonen of met de armen over elkaar gaat zitten. De hulpverlener moet aanhaken in de fase waar de patiënt zich bevindt.

Schema 5: Het gedragsveranderingsmodel



Stadium 1: Het voorstadium

Dit stadium wordt ook wel voorbeschouwing of precontemplatie genoemd. In dit stadium is de persoon zich niet bewust van het feit dat hij een probleem heeft. Hij herkent niet dat zijn gedrag schadelijke effecten heeft of dat zijn probleem negatieve gevolgen heeft voor zichzelf of voor anderen. Het kan ook zijn dat men wel wat problemen signaleert, maar men brengt dit niet in verband met het eigen gedrag. We kunnen in deze fase de volgende afweermechanismen waarnemen:

- ontkenning
- rationaliseren, het goed praten van het eigen gedrag
- ontwijken van confrontaties met problemen
- het inslikken van problemen

Deze fase is in feite een statische fase, die jaren kan duren en niet als vanzelfsprekend uitmondt in de tweede fase. Het is daarom beter te spreken van 'situatie' in plaats van stadium of fase, hetgeen een dynamisch en doorgaand proces impliceert.

Stadium 2: Het overwegen

In de fase van het overwegen, de contemplatie, zal de persoon enigszins openstaan om na te denken over zijn problemen of de gevolgen daarvan voor zichzelf of anderen. De persoon wordt zich langzaam bewust van het feit dat hij een probleem heeft. In dit stadium staat ambivalentie centraal, dat wil zeggen dat de persoon enerzijds problemen (h)erkend maar nog niet weet of hij wel wil veranderen. Mensen stellen zich in dit stadium open voor informatie over hun probleem, maar er wordt nog geen beslissing genomen om tot verandering te komen. Prochaska en DiClemente stellen dat mensen in deze fase het meest open staan voor veranderingsprocessen die zijn gericht op bewustwording. In dit stadium moet je nog niet over willen gaan tot actie, dat zou veel te vroeg zijn.

Stadium 3: De beslissing

In dit stadium wordt de knoop doorgehaakt. De persoon neemt de beslissing iets aan zijn probleem te doen en hij maakt concrete plannen hoe hij zijn probleem gaat aanpakken. Een roker kan besluiten dat hij gaat stoppen met roken, hij prikt een stopdatum en hij bedenkt op welke wijze hij gaat stoppen. Gebruikt hij een hulpmiddel, of doet hij het geheel op eigen kracht? Wat zijn de voor- en nadelen daarvan?

Een persoon kan extern of intern gemotiveerd zijn tot gedragsverandering. Bij externe motivatie kunnen we denken aan het willen voorkomen van een gevangenisstraf en daarom meewerken aan een behandeling. Bij interne motivatie daarentegen ligt de reden van gedragsverandering in de persoon zelf.

Stadium 4: De actie

Dit is de fase van actieve verandering. De beslissing om iets aan het probleem te gaan doen is genomen, in deze fase wordt overgegaan tot actie. Het besluit krijgt handen en voeten. In deze fase kan de persoon geconfronteerd worden met afwijzing uit zijn omgeving. Het is daarom belangrijk dat hij een ondersteunend netwerk heeft of opgebouwd van mensen die hem steunen en support geven.

Ook kan de persoon in deze fase overweldigd worden door allerlei negatieve gevoelens. Hij kan het idee hebben dat hij zijn vrijheid verliest of gevoelens krijgen van falen, mislukking, schuld of twijfel. Het gevaar ligt op de loer dat hij de handdoek in de ring gooit. Hij is er nog lang niet, de persoon zal moeten volhouden. Hij moet weten dat deze negatieve gevoelens heel normaal zijn. Ieder veranderingsproces gaat gepaard met dergelijke moeilijkheden en strubbelingen. Het zoeken en krijgen van steun is onontbeerlijk.

Stadium 5: Het volhouden

Het volhouden oftewel het consolideren van de ingezette verandering is fase vijf. De patiënt zal in deze fase de veranderingen integreren in zijn leven en in zijn persoonlijkheid. Ondersteunende gesprekken en terugvalpreventie is in deze fase van groot belang. Ook een ondersteunend en stimulerend netwerk speelt een belangrijke rol in het voorkomen van terugval.

Stadium 6: De terugval

Terugval is een wezenlijk onderdeel van het veranderingsproces. Bij een terugval is er nog 'geen man overboord'. Van een terugval kan men leren. De hulpverlener moet een patiënt die is teruggevallen in bijvoorbeeld drugsgebruik niet veroordelen of berispen. Met zo'n houding wordt de deur krachtig dicht gegooid. Kies voor een positieve, motiverende benadering en wees niet te snel teleurgesteld. Veranderen is niet gemakkelijk, het gaat met vallen en opstaan. Terugval betekent niet per definitie dat men weer van voren af aan moet beginnen

Tot slot

Terugval in gedrag of oude gedragspatronen is altijd mogelijk en kan gevolgd worden in elke fase. We kunnen het beschouwen als een apart stadium, een zesde stadium. Het is niet zo dat na terugval het hele proces weer van voren af aan begint. De cirkel heeft wat dat betreft een opwaartse beweging. De persoon in kwestie kan na een terugval besluiten om de handdoek in de ring te gooien, maar hij kan ook een nieuwe poging wagen en in de fase van de voorbereiding bedenken wat daarvoor nodig is en leren uit eerdere ervaringen. Soms moeten meerdere cirkels worden doorlopen om uiteindelijk tot nieuw gedrag te komen.

Ook is het goed te weten dat een persoon zich voor het ene probleem in een andere fase kan bevinden, dan voor een ander probleem. De hulpverlener doet er in dat geval verstandig aan om voor ieder probleem apart te analyseren in welke fase de persoon zich bevindt en daarop het plan aan te passen.⁸

Patiëntenprofielen KNGF richtlijn manuele therapie bij lage rugklachten4. Acute fase (0-6 weken)

- 1a normaal beloop.
- 1b afwijkend beloop.

5. Subacute fase (7-12 weken)

- 2a afwijkend beloop; geen gele vlaggen.
- 2b afwijkend beloop; met gele vlaggen.

6. Chronische fase (> 12 weken)

- 3a adequate omgang met de klachten; hoge mate van zelfcontrole; adequate coping; afstemming belasting/belastbaarheid; aangepast participatie; episoden van toegenomen pijnklachten.
- 3b inadequate omgang met de klachten; weinig tot geen zelfcontrole; geen adequate coping; geen afstemming belasting/belastbaarheid; verminderde participatie.

1 a/b, 2a en 3a	Primair: stoornissen in functies Secundair: beperkingen in activiteiten
2b en 3b	Primair: beperkingen in activiteiten gele vlaggen Secundair: stoornissen in functies

Profiel 1a:

Het uitgangspunt is dat de patiënt op een adequate wijze omgaat met zijn klachten. Behandeling bij deze patiëntengroep is slechts één zitting. Tijdens deze zitting geeft de fysiotherapeut informatie en advies en eventueel ondersteunende oefeningen. Het advies 'actief blijven' is zinvol, het advies 'bedrust' is niet zinvol.

De fysiotherapeut legt uit dat het beloop van de lage-rugpijn bij de meeste patiënten gunstig is en bespreekt de relatie tussen belasting en belastbaarheid. De boodschap is dat gedoseerde beweging heilzaam en niet schadelijk is voor de lage rug. De fysiotherapeut stimuleert hem om het huidige bewegingsgedrag vol te houden en uit te breiden tot volledige activiteiten en participatie. De fysiotherapeut en de patiënt analyseren mogelijke uitvoeringsproblemen en zoeken hiervoor samen naar oplossingen.

Profiel 1b

De behandeling is gericht op het verminderen van stoornissen in de arthrogene, musculaire of neurogene functies van het bewegingssysteem, met als doel het bereiken van het niveau van activiteiten en de mate van participatie van vóór de klachtenperiode en het voorkomen van recidiverende of chronische lage-rugklachten.

Teweegbrengen van bewegingen

- Articulaire bewegingen ter verbetering van onder meer de mobiliteit en het eindgevoel;
- Musculaire bewegingen ter verbetering van spierlengte, rekbaarheid, eindgevoel, spiertonus, stabiliteit en coördinatie;
- Neurodynamische bewegingen ter verbetering van de gevoeligheid voor rek en/of druk;
- Huidbewegingen ter verbetering van oppakbaarheid, verschuifbaarheid, plooibaarheid en eindgevoel.

Dosering voor articulaire bewegingen

- Een lage dosering is bijvoorbeeld; vanuit ruststand, kleine amplitudo, snel ritme en in niet-beperkte richting.
- Een hoge dosering is bijvoorbeeld; vanuit de (meest) beperkte stand, grote amplitudo, laag ritme en in beperkte richting.

Er zijn 4-6 behandelingen nodig. Indien er binnen 3 weken geen vermindering optreedt, dient de behandeling te worden beëindigd en vindt overleg met de verwijzer plaats.

Profiel 2a

Gelijk aan de behandeling van profiel 1b.

Profiel 2b

In de subacute fase richt de behandeling zich in eerste instantie op het verminderen van de gele vlaggen. De behandeling richt zich op het beïnvloeden van negatieve gedragsfactoren in relatie tot het herstel en het functioneren van de patiënt en op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie.

Behandeldoelen:

- Het vergroten van kennis en inzicht bij de patiënt;
- Het bevorderen van een adequate wijze van omgaan met de klachten;
- Het verhogen van activiteiten en participatie;
- Het verbeteren van relevante functies.
- Beïnvloeding van ander bio-psycho-sociale factoren die geassocieerd zijn met het voortbestaan van klachten die binnen het bereik van de fysiotherapeut liggen (bijvoorbeeld lichamelijke conditie, bespreekbaar maken van de werkdruk of rol van de partner.)

Profiel 3a

Voor patiënten uit profiel 3a is manuele therapie geïndiceerd bij exacerbatie van de klachten, indien er een stoornis in gewrichtsfunctie bestaat. De behandeling is dan gelijk aan die van patiënten met profiel 1b, met dezelfde doelstellingen en gelijke behandelduur.

Profiel 3b

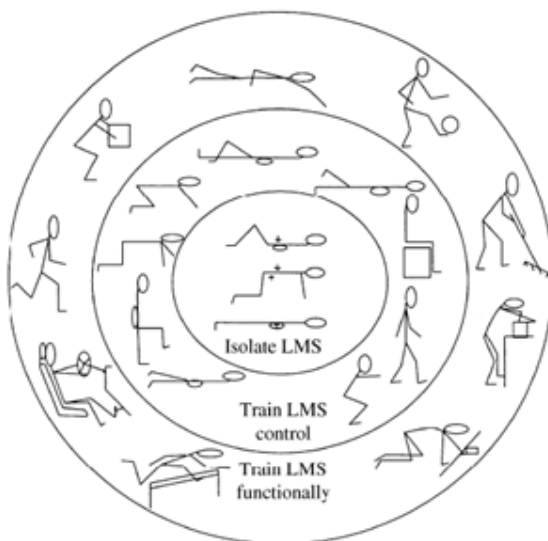
Voor patiënten uit profiel 3b is de behandeling gericht op het bewegend functioneren. Een oefenprogramma dat gebruik maakt van gedragsgeoriënteerde principes in relatie tot het bewegend functioneren van de patiënt staat op de voorgrond. Ook is het oefenprogramma gericht op geleidelijke verhoging van activiteiten en participatie.

Verslaglegging

De fysiotherapeut informeert de verwijzer eventueel tussentijds, maar in ieder geval na het beëindigen van de behandeling over onder andere de behandeldoelen, het behandelproces en de behandelresultaten.¹⁶

Core stability

Stabiliserende oefeningen zijn een onderdeel van core-stability training. Core-stability training is het oefenen van drie subsystemen zodanig dat de wervelkolom beschermd wordt tegen overbelasting of recidivering van de klacht. Deze subsystemen zijn: passief, actief en neurale. Het passieve systeem bestaande uit de wervelkolom, de intervertebrale gewrichten, facetgewrichten en ligamenten. Het actieve systeem bestaande uit globale/oppervlakkige spieren en lokale/diepliggende spieren, waarvan de mm. multifidi en m. transversus abdominis, m. erector spinae, m. quadratus lumborum en posterieure vezels van de m. obliquus internus gezien worden als belangrijkste stabiliserende functie van de wervelkolom. En het neurale systeem. Het neurale subsysteem is de dirigent van zowel het actieve als het passieve subsysteem. Deze subsystemen stabiliseren de wervelkolom bij het handhaven van een houding als ook bij actief bewegen. De core-stability training houdt in: eerst de TrAbd en de mm. Multifidi selectief leren aanspannen met de drawing-in techniek middels onder andere de stabilizer. (Fig. 2: geïsoleerd aanspannen van de lokale spieren) Vervolgens wordt de regionale belastbaarheid en coördinatie van de LWK verbeterd. Deze training is gericht op het integreren, van het aangeleerde selectief aanspannen van de lokale stabilisatoren, in het meer functioneel oefenen door ook de oppervlakkige spieren erbij te betrekken. (Fig. 2: gecontroleerd trainen van de lokale spieren) Het gaat geleidelijk richting het trainen in ADL-functies en activiteiten, zoals bukken en tillen. (Fig. 2: functioneel trainen van de lokale spieren)^{14,15}



Schema 6 core stability training

Literatuurlijst

1. Linden SGE van der, Gelissen GMJ, Sassen MEW. Als er niks gevraagd wordt, hoef je ook niet te antwoorden. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2009.
2. URL: <http://www.meetinstrumentenzorg.nl>
3. Nelissen YCM, Geilen, MJ, Dautzenberg HDJ. Blokboek 2.4 Bio-Psycho-Sociaal gerelateerde problematiek studiejaar 2009-2010. Hogeschool Zuyd, Heerlen, opleiding fysiotherapie; 2009.
4. Winter F. De pijn de Baas. 4e druk 2e herziende versie. Soest: RuitenbergBoek; 2000
5. URL: http://www.cbo.nl/Downloads/767/rl_lrs_def_08.pdf
6. Waddell, G. The Back Pain Revolution. 2^{de} druk. Edinburgh Churchill. Livingstone; 2004.
7. El A van der. Manuele diagnostiek van de wervelkolom. 6^{de} druk. Manthel; 2002.
8. URL: <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/diversen/34923-cirkelfasen-van-gedragsverandering-prochaska-en-diclemente.html>
9. URL: <http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>
10. Devillé WLJM, Windt DAWM van der, Džafaragić A, Bezemer PD, Bouter LM. The Test of Lasègue. Systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine. 2000 May 1; 25(9):1140-7.
11. Reihani-Kermani H, Correlation of clinical presentation with intraoperative level diagnosis in lower lumbar disc herniation. Annals of Saudi Medicine; 2004 Jul-Aug; 24(4):273-5.
12. Vroomen PCAJ, Krom MCTFM de, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review. Journal of Neurology; 1999 Oct; 246(10):899-906.
13. Broek MESM van de, Geilen MJ, Ruijter MHJG de. Blokboek 1.4 Ruggengraat in opspraak studiejaar 2009-2010. Heerlen: Hogeschool Zuyd, opleiding fysiotherapie; 2009.
14. Michels MWJ. Conservatieve aanpak bij een patiënt met een lumbaal radiculair syndroom. Amersfoort, Case Report; jaargang niet bekend. URL:http://www.fysiohuis.uwpraktijkonline.nl/uploads/usersftp/8352/Marijn_case_report71.pdf

15. Hodges PW. Core stability exercise in chronic low back pain. The Orthopedics Clinics of North America. 34 (2003) 245– 254
16. Heijmans WFGJ, Hendriks HJM, Esch M van der, Pool-Goudzwaard A, Scholten-Peeters GGM, Tulder MW van, Wijer A de, Oostendorp, RAB. KNGF richtlijn Manuele therapie bij lage-rugpijn. praktijkrichtlijn, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Amersfoort: Drukkerij De Gans; 2006