



A-specifieke lage rugklachten



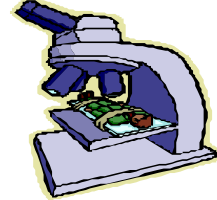
In fysiotherapeutisch perspectief

Rayen Bindraban



Presentatie

- Casus analyse (opvallende dingen)
- "Mijn" visie, conclusies en aanpak



Casusanalyse



Duidelijk sprake van afwijkend beloop

- Forse afname in zijn functionele status
- Ontstaan van bewegingsangst
- Verontrustende sociale omgeving (partner-kennissen)
- Ziekteverzuim
- Teleurstellend resultaat fysiotherapie



Welke strategie kiezen ?

- Biomedische strategie
Pijn = schade
Actieve inbreng van patiënt is niet noodzakelijk
Medicatie en herstel van structuren zijn de oplossing
- Gedragsgeoriënteerde strategie
Pijn loskoppelen van schade
Actieve inbreng is noodzakelijk
Controle en inzicht m.b.t. rugklachten is primair



Mijn "insteek"



Gedragsgeoriënteerde aanpak



Hoofddoel

Streven naar volledig (of gewenst) niveau van activiteiten en participatie en voorkomen van (verdere) chroniciteit



De praktijk

Inventariseren

- Hulpvraag (probeer ik door te vragen)
- Cognities verkennen
Hoe denk je dat je rug er van binnen uitziet?
Wat zou er gebeuren als je door de pijn heen gaat?
- Verwachtingen (we helpen hem zichzelf te helpen)





Sleutel tot succes

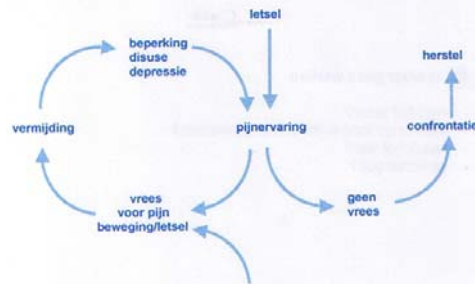
Leg uit de keuze van je benadering

Informatie en voorlichting

- Reconceptualisatie van pijn (andere opvatting over pijnbeleving)
- Ontrafelen van irreële cognities (verergering wil zeggen dat er iets stuk gaat)
- Bespreken van disuse syndroom (rust en vermijding leidt tot afname van activiteiten en toename pijnervaring)



Disuse syndroom



Voorstel en consensus

Bespreken aanpak
Een gestructureerde actieve en veilige trainingsaanpak, gericht op tijdcontingente stapsgewijze toename van activiteiten.

- Doel:
1. Verminderd pijndrag
 2. Toename activiteiten niveau (lopen-wandelen)
 3. Toename sociale participatie (fitness)
 4. Verbeterde stemming
 5. Vaak vermindering in ervaren pijn
 6. Toename zelfvertrouwen



Reële doelen stellen



- Inventarisatie ongemakken en beperkingen (PSK)
- Welke activiteiten en vaardigheden belemmeren zijn functioneren (werk-ADL-hobby's)
- Doelen worden niet opgelegd, maar in overleg vastgesteld.



Baseline metingen

- Pijncontingent, patiënt beslist wanneer hij stopt
- Functionele activiteiten die consistent zijn met behandeldoelen
- Activiteiten schriftelijk en in meetbare eenheden vastleggen (minuten, gewichten, afstanden)

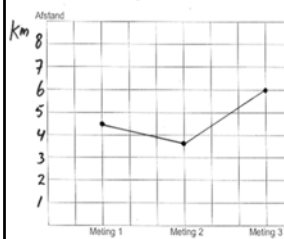


Baselinemetingen

Fietsen

	Meting 1	Meting 2	Meting 3
Tijd	15 Min.	12 Min.	20 Min.
Wattage	120 W	120 W	120 W
Snelheid	18 km/u	18 km/u	18 km/u
Afstand	4,5 km of m	3,6 km of m	6,0 km of m

Grafiek baseline meting fietsen

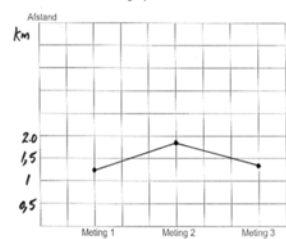


Gemiddeld: $\frac{4.7 \text{ km}}{3} = 3.3 \text{ km}$
(doelmatigheidsniveau 70%)

Lopen

	Meting 1	Meting 2	Meting 3
Tijd	12 Min.	17 Min.	13 Min.
Wattage	6 W	6 W	6 W
Snelheid	6 km/u	6 km/u	6 km/u
Afstand	1,2 km of m	1,7 km of m	1,3 km of m

Grafiek baseline meting lopen

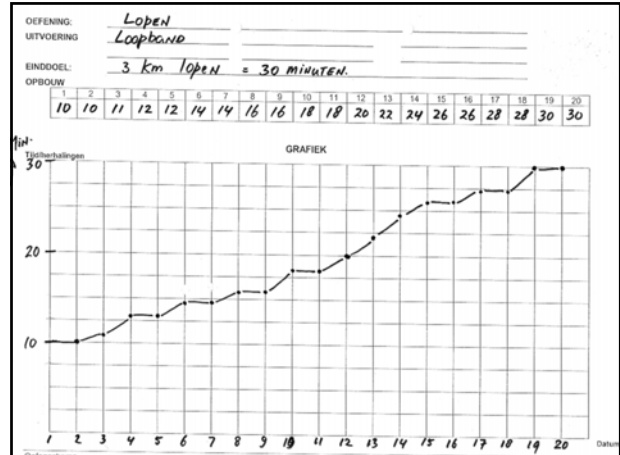


Gemiddeld: $\frac{1.4 \text{ km}}{3} = 1 \text{ km}$
(doelmatigheidsniveau 70%)



Oefenprogramma opstellen

1. Tijdsfad is leidend i.p.v. klachten of pijnniveau.
2. Stapsgevijs belasting op belastingsniveau dat niet bedreigend is voor patiënt.
3. Er wordt veelal gestuurd op coping: gedrag en cognities (complimenteer vorderingen)



Tot slot

- Gedragsgeoriënteerd is geen "haarlemmerolie"
- Wat goed werkt niet weggooien
- Therapeut vergt meer communicatieve vaardigheden en dient getraind te zijn in gedragsgeoriënteerde principes
- Richtlijnen nooit hanteren als plichtlijnen



Bedankt voor uw aandacht

