



## **Dia 2**

Mijn bijdrage vanmiddag komt voort uit een casus die ik heb ontvangen van de organisatie. Men heeft mij gevraagd hoe ik met mijn expertise deze casus zou aanpakken dit vergelijk/toets met het KNGF richtlijn "lage rugklachten".

Ik ga de opvallende dingen uit de casus halen en mijn keuze voor de aanpak beschrijven en motiveren.

## **Dia 3**

Opvallende dingen aan deze casus is het beloop, duidelijk een afwijkend beloop ipv dat de klachten spontaan herstellen (zoals bij 90% van de mensen literatuur). Bij deze cliënt is behalve het wegblijven van herstel ook opvallend de verslechtering van de functionele status van cliënt. Het ontstaan van bewegingsangst, vermindering van activiteiten niveau, verontrustende sociale omgeving partner/kennissen, ziekte verzuim en later ook een zeer matig resultaat van 6 weken fysiotherapie (alleen op stoornis niveau zie ik hier en daar wat bewegingsuitslagen die zijn verbeterd) verder is de angst voor recidief alleen en hervatten ADL functies alleen maar toegenomen.

## **Dia 4**

Welke keuze zal ik volgen een biomedische, gedraggeoriënteerde of een combinatie daarvan. Als ik kijk naar de kenmerken van deze strategieën dan zou mijn keuze vooral gezien mijn casus analyse een gedragsgeoriënteerde zijn. Ik zou mij niet gaan richten op lokale bewegingsbeperkingen, spierspanningen en geen accent gaan leggen op een pijngericht aanpak (interferentie, warmte of iets dergelijks).

Ik besef wel dat ik tegen problemen zal aanlopen, de eerdere behandelingen en zorgen uit sociale omgeving zijn voor de cliënt zeer bevestigend dat er iets gaande is in de rug die zich uit in pijn. Hij is vaak bevestigend in het schade veroorzaakt pijn gedachte (klassieke biomedische gedachte) Er werd immers aan zijn rug gewerkt.

## **Dia 5**

Een gedragsgeoriënteerde aanpak kenmerk zich vooral om zijn operante technieken, gezond gedrag stimuleren en negeren van ongezond gedrag (pijngedrag). Ook in combinatie met cognitief-gedragsmatig technieken om inzicht geven dat er meer processen een rol spelen bij het instandhouden van rugklachten (stresfactoren, pschyo-sociale factoren). Hoofddoel is het streven naar volledig of gewenst niveau van activiteit en participatie en voorkomen van verdere chroniciteit. En minder focus op pijn maar meer op het opheffen van gevolgen die door de pijn zijn veroorzaakt.

Mijn aanpak, zou bij deze casus niet veel verschillen van de richtlijnen van het KNGF



## Dia 6

**Mij zou als eerste interesseren wat de hulpvraag van de cliënt zou zijn. Ik wil informatie verzamelen over de cliënt en zijn klacht en daarbij ook zijn cognities en beliefs.**

Nu moet ik zeggen dat dit in heel veel gevallen het zelfde is, namelijk wat heel veel van onze cliënten zeggen: **Ik wil af van de pijn.**

Nu de behandeling bij mij (en ook in de RL) voor a-specifiek rugklachten niet sec pijngericht is zal ik deze hulpvraag verder uitdiepen.

Dat gaat een beetje als volgt:

T: Waarom wilt u van de pijn af ?

C: (Kijkt vreemd )Het is hinderlijk en belemmert me.

T.Wat belemert ?, Zegt C: ik kan niet normaal zitten, staan, hardlopen, werken, sporten etc.

Dit is voor mij een aangrijpingspunt in te gaan op belemmeringen op activiteiten niveau.

Ik inventariseert zijn beliefs en cognities ( wat denkt hij zelf wat er met z'n rug gebeurt als hij pijn krijgt en hoe zal het er van binnen uit zien als hij erin kan kijken) deze zijn bepalend waar ik straks aan moet werken. Daarna ga ik zijn verwachtingspatroon verkennen en afstemmen op wat hij mag verwachten van deze aanpak. **DIT IS VOORAL CONTOLE KRIJGEN OVER ZIJN RUGKLACHTEN**, zodat we samen geen verwachtingen koesteren die we niet waar kunnen maken.

We gaan de rugklachten op een ander wijze benaderen, we gaan vooral werken aan de gevolgen van de pijnklachten, hierdoor zult u merken dat indien u de vaardigheden weer terug heeft de pijnklachten heel vaak vanzelf verminderen.

## Dia 7

Dan komt voor mij het belangrijkste onderdeel. Patiënt moet weten waarom we niet een pijn gerichte benadering kiezen.

**Op maat afgestemde informatie naar cliënt is voor mij absoluut het belangrijkste voor mijn verdere behandeling.** In de vorm van een socratische dialoog, ik wil zeker weten of cliënt de informatie snapt.

Belangrijke items die aan bod komen.

### 1. Pijnverhaal:

- pijnklachten worden ook instant gehouden door stress en negatieve emoties.

andere opvatting geven over pijnbeleving, verstoring van impulsen naar CZS,

pijn heeft zijn alarmfunctie verloren en veroorzaakt alleen maar stress.

Sensitisatie verhaal

- ### 2. Cognities - pijn in de lage rug is niet schadelijk en verergering hoeft niet perse te betekenen dat er structuren kapot gaat, pijn betekend niet dat je moet rusten.



### 3. Het bespreken van wat rust doet bij deze klachten. (disuse)

#### **Dia 8**

Centraal in dit verhaal staat vrees voor pijn waarbij 2 wegen mogelijk zijn vermijding of confrontatie.

Vermijding zou leiden tot instandhouding en mogelijk zelfs toename van de vrees tot een fobie. Confrontatie daarentegen vermindert de vrees, waardoor dagelijkse activiteiten weer sneller opgenomen worden en pijngedrag en zelfs pijnbeleving naar de achtergrond verdwijnt.

#### **Dia 9**

Aanpak bespreken, een gestructureerde actieve en veilige trainingsaanpak, gericht op tijdcontingente stapsgewijze toename van activiteiten. Wat mag hij ervan verwachten.

Vermindering van bewegingsangst, toename in activiteiten en participatie niveau een verbeterde stemming, meer zelfvertrouwen en gevoel van controle

over zijn klachten. Dit alles leidt vaak tot een vermindering in pijnervaring.

Ik koppel geregeld terug wat hij ervan vindt.

#### **Dia 10**

Als er een akkoord is bereikt dat onze aanpak gericht moet zijn op herwinnen van relevante en functionele vaardigheden die door de pijnklachten zijn verminderd.

Belangrijk is het komen tot doelen, die zijn vooral vaardigheden herwinnen die zijn functioneren belemmeren b.v. zitten, staan, stevig wandelen, fietsen etc. Deze kan ik inventariseren uit een PSK lijst.

Belangrijk is dat patiënt zijn doelen gaat bepalen met subtiele hulp van fysiotherapeut.

Bij deze patiënt laat ik van 2 vaardigheden zien hoe ik dat aanpak, ik kies voor de vaardigheden stevig wandelen en fietsen.

#### **Dia 11**

Om veiligheid en succes te waarborgen, teleurstellingen te voorkomen ga ik een baseline meting doen, dit is het uitgangsniveau van patiënt. Deze meting is pijncontingent, patiënt mag tijdens de metingen zelf bepalen hoe lang hij kan en wil lopen, fietsen tillen, trekken etc.

Ik kies hierbij lopen en fietsen en doe 3 van deze metingen, noteer de prestaties en gebruik dit voor het opstellen van mijn oefenprogramma.



## **Dia 12**

Uitleg 3 metingen

## **Dia 13**

Het oefenprogramma heeft een aantal duidelijke kenmerken, de belangrijkste is dat ik in een afgesproken tijdsbestek afspreek hoe we naar onze doelen gaan werken, pijn en ongemak is dan ondergeschikt. Patiënt vooral complimenteren

## **Dia 14**

Uitbreiden van activiteiten is tijdgebonden en start op 70% van de baseline, om een "sure to win" ervaring te bewerkstelligen. Ik kies voor de praktijk 7-8 oefeningen die in een grafiek worden bijgehouden en 2 relevante oefeningen thuis in ( buikspieren, rugstrekken, kniebuigen, latpulley's wandelen, fietsen, step-up's) thuis voor lang zitten en langdurig staan.

## **Dia 15**

Deze aanpak is dus echt conform de richtlijnen, helaas FT collega's als u het niet op deze manier zou doen, dan doet het niet volgens de richtlijnen. Ik ben toch benieuwd wie van mijn collega's het zo zou doen. Ik moet vooral toegeven dat ik niet elke a-specifieke rugklacht op deze manier benader

Ik ben de laatste die roep dat dit de beste manier is, maar ik kan u wel verzekeren dat dit volgens de KNGF richtlijnen is gedaan en ik het in dit geval zo zou doen, vaker heb gedaan en met redelijk succes. Zolang het werkt zal ik ermee doorgaan, en ik denk dat dit voor een ieder geldt. WAT WERKT MOET JE NIET WEGDOEN.