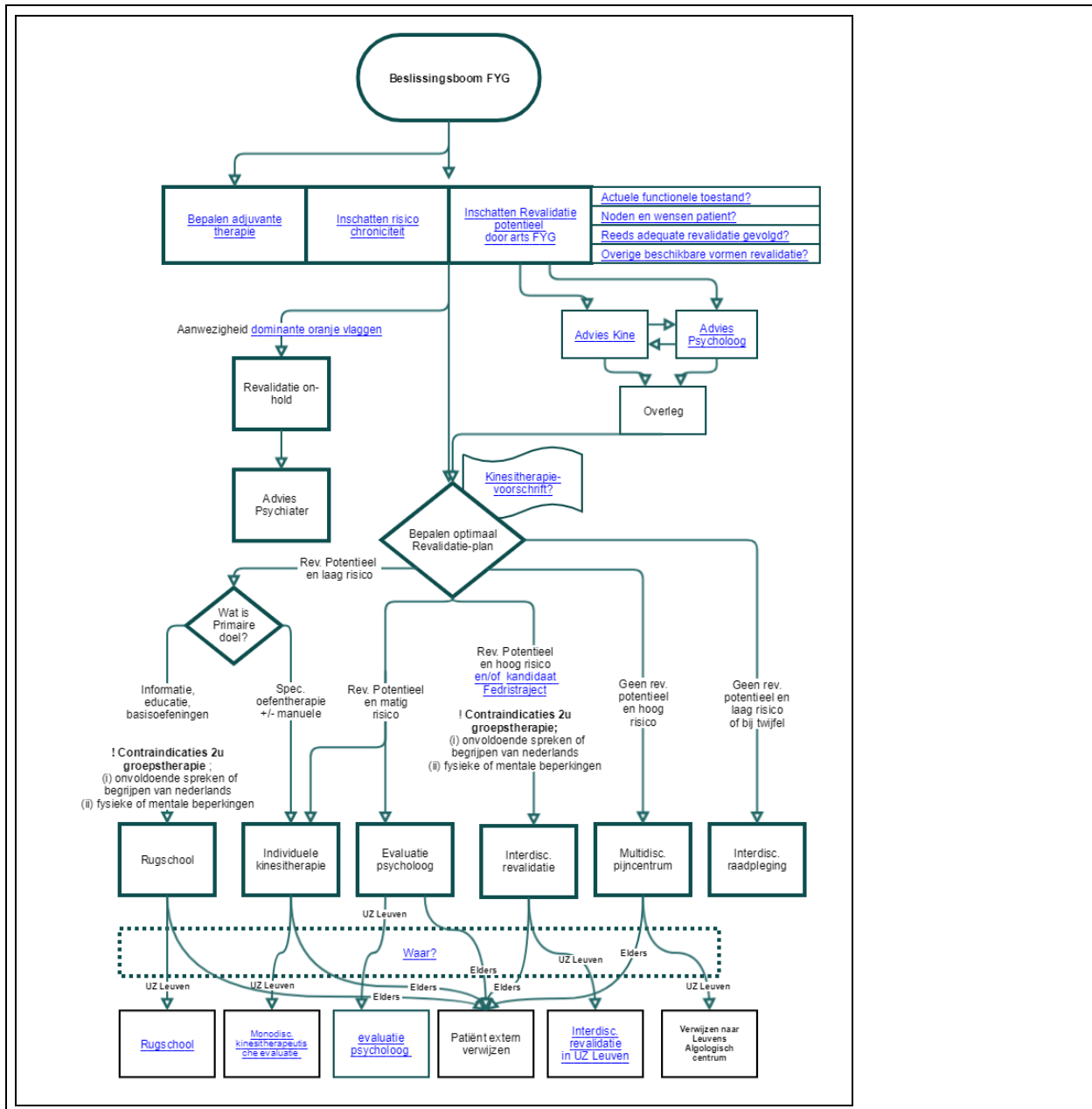


Beslissingsboom FYG ivm revalidatietraject wervelkolomaandoeningen

A. Inhoudstafel

- [Inhoudstafel](#)
- [Flowchart](#)
- [Bepalen Type therapie](#)
- [Inschatten revalidatiepotentieel door arts FYG](#)
- [Hoe een adequaat kinesitherapievoorschrift maken?](#)
- [Waar revalidatie?](#)
- [Referenties](#)

B. Flowchart



Bepalen Type therapie

Inschatten revalidatiepotentieel door arts FYG

Wat is het risico op chroniciteit?

Evaluatie van het risico op chroniciteit volgens het systeem van de verschillende vlaggen (geel, oranje, blauw en zwart), via semi-gestructureerde anamnese en met behulp van een vragenlijst: Orebro (korte versie: 10 items).

Tekstkader 2 – Lijst van gele, blauwe, zwarte en oranje vlaggen

Gele vlaggen

Overtuigingen en percepties

- Negatieve overtuigingen over de pijn: de patiënt beschouwt het letsel als oncontroleerbaar of denkt dat het zal verergeren
- De patiënt verwacht niet dat de behandeling goede resultaten zal opleveren, en dat hij niet snel het werk zal kunnen hervatten

Emotionele reacties

- Ontreddering die niet beantwoordt aan de diagnosecriteria voor een mentale aandoening
- Ongerustheid, angsten
- Gedrag t.a.v. de pijn (met inbegrip van pijn-coping strategieën)
- Vermijden van activiteiten wegens vrees voor pijn of een nieuw letsel
- Zeer grote afhankelijkheid van passieve behandelingen (hot packs, cold packs, analgetica)

Oranje vlaggen

Psychiatrische symptomen

- Klinische depressie
- Persoonlijkheidsstoornissen

Zwarte vlaggen

Systeem- of contextuele obstakels

- Wetgeving die de mogelijkheden tot werkhervatting beperkt
- Conflict met de verzekeraar over schadevergoeding
- Te beschermende familie en zorgverleners
- Zware professionele activiteit, met weinig mogelijkheden om taken aan te passen

Blauwe vlaggen

Perceptie van de relatie tussen werk en gezondheid

- Overtuiging van de patiënt dat werk te belastend is en waarschijnlijk verder letsel zal veroorzaken
- Overtuiging dat leidinggevende en collega's hem niet ondersteunen

Bron: Michael K. Nicholas et al., in "Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in patients with low back pain: A Reappraisal". PHYS THER. 2011; 91:737-753.

De Orebro is weinig voorspellend voor pijn, matig voor disability en goed voor absentisme.

Tevens bevat de Orebro één vraag over depressie en één over angst. Indien op één of beide van deze vragen de score hoger is dan 4, zal bijkomend de HADS afgenomen worden. Indien op deze vragenlijst de subscore angst en/of depressie hoger is dan 11/21, zal een bijkomende evaluatie bij de psycholoog voorgesteld worden, gevolgd door een overleg.

Bij twijfel door de arts FYG zal tevens een evaluatie bij de psycholoog voorgesteld worden, gevolgd door een overleg.

Bij aanwezigheid van dominante oranje vlaggen, zal bijkomend advies van een psychiater voorgesteld worden en tijdelijk de verdere revalidatie on-hold gezet worden. Na overleg en bespreking met patiënt zijn 3 opties mogelijk:

- Eerst behandeling psychiatrisch/psychologisch (indien dominant) en revalidatie even on hold
- Parallel behandeling psychiatrisch/psychologisch (niet dominant) en opstarten revalidatie
- Opstarten revalidatie (geen relevante psychiatrische symptomen)

Uiteindelijk zal dan een globaal risicoprofiel ingeschat worden: laag, matig of hoog op basis van de Orebro (korte versie):

- 0-50: laag risico
- 51-75: matig risico
- 76-100: hoog risico

Wat is de actuele functionele toestand van patiënt?

De actuele mogelijkheden/beperkingen dienen ingeschat te worden op basis van grondige anamnese en functioneel klinisch onderzoek (na correcte medische diagnostiek, inclusief uitsluiten rode vlaggen)?

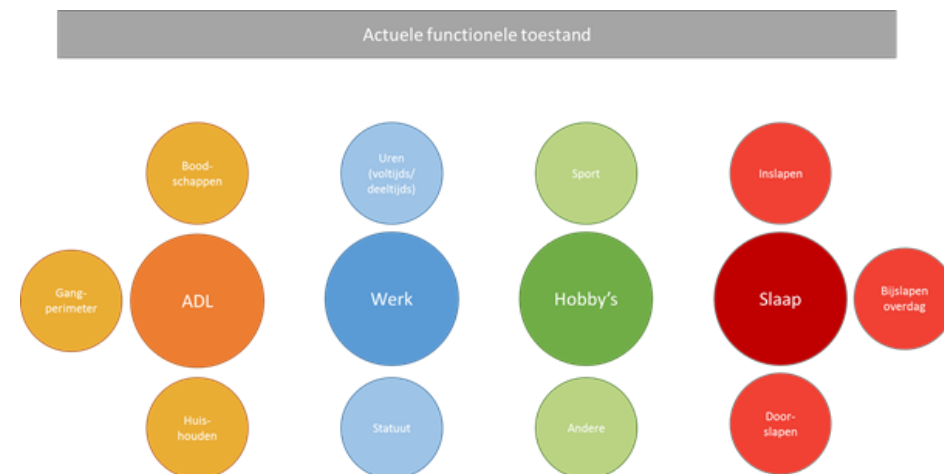
Mede met behulp van een vragenlijst: COMI.

1. Anamnese

Volgende domeinen en deeldomeinen kunnen een beeld geven van de actuele functionele toestand van de patiënt (zie afbeelding):

- ADL
 - Huishouden
 - Boodschappen
 - Gangperimeter

- Werk
 - Uren (deeltijds/voltijds)
 - Statuut (werkzaam/werkloos/werkonbekwaam; mutualiteit/invaliditeit;...)
- Hobby's
 - Sport
 - Andere
- Slaap
 - Inslapen
 - Doorslapen
 - Bijslapen overdag
- Andere



Anamnestic kan gestart worden met de vraag of patiënt ergens in beperkt wordt door zijn klachten. Indien hij hier ja op antwoordt, kan ingegaan worden op de hoger genoemde (deel)domeinen met meer specifieke vragen.

1. Klinisch onderzoek

Op vlak van onderzoek kan reeds informatie gehaald worden uit observatie van de patiënt:

- Gang en –varianten
- Transfer stoel-onderzoekstafel
- Houding
- “Pijngedrag” (vb. kinesiofobie)

Verder dient ook bijkomende testing te gebeuren:

- Krachtsonderzoek
- Mobiliteitsonderzoek
- Test van Trendelenburg
- Specifieke testing vb. SIG-testen

Bij twijfel door de arts FYG zal een bijkomende evaluatie door de kinesitherapeut voorgesteld worden met nadien overleg en bespreking met patiënt.

Wat zijn de noden en wensen van patiënt?

Wat wenst een patiënt te bereiken socioprofessioneel: ADL, sport, vrije tijd, werk?

In welke mate is dit doel haalbaar, realistisch of dient er bijgestuurd te worden?

Heeft patiënt reeds revalidatie gevolgd en hoe adequaat was dit inhoudelijk?

Focus dient te liggen op actieve aanpak: gesuperviseerde oefentherapie aan te leren voor thuis, al dan niet in combinatie met manuele technieken

- Gekende kinesitherapeut (netwerk)?
- Bevraging patiënt (subjectief)
- Opvragen/inkijken verslag kinesitherapeut

- “Ben je beter/tevreden?”
- “Welke behandeling werd er uitgevoerd?”
 - Electrotherapie, US, Laser...
 - Enkel massage en warmte
 - Meerdere patiënten tegelijkertijd
 - Actief (oefentherapie): toestellen of oef. ook voor thuis
 - Welke oef.: high/low load, geïntegreerd, statisch/dynamisch
 - Evolutie/variatie in behandeling
- Wat doet de patiënt nog zelf thuis (implementatie); kan hij oefeningen voordoen?

Bij twijfel door de arts FYG zal een bijkomend evaluatie door de kinesitherapeut voorgesteld worden met nadien overleg en bespreking met patiënt.

Welke vormen van revalidatie zijn (nog) ter beschikking?

- Individuele therapie:
 - Privé: M-nomenclatuur:
 - 18 sessies per kalenderjaar per pathologie
 - F-[pathologie:postop](#) (ortho N200 of meer; nch K225 of meer) 1x 60 sessies
 - Ziekenhuis: K-nomenclatuur:
 - 48 sessies per jaar: K20 (558795/558806) eerste 18 sessies, dan K15 (558390)
 - Onder coördinatie van FGR-arts
- Groepstherapie:
 - Avondrugschool UZ Leuven: K-20
 - Ambulante interdisciplinaire revalidatie voor wervelzuilaandoeningen:
 - Ziekenhuis en onder coördinatie van FGR-arts
 - K60 (558994): max. 36 sessies van 120 min., max. 2/w, aaneensluitende periode van 6m
 - Essentiële disciplines: kinesitherapie, psychologie, ergotherapie/ergonomie
 - Indicatie: éénmalig per patiënt
 - Niet-specifieke nek- of rugpijn > 6w
 - < 3m na spinale heelkunde
 - 2^{de} maal enkel mogelijk:

- Na nieuwe heelkunde
- Na goedkeuring medisch adviseur en als gericht op socioprofessionele re-integratie
- Na 36 sessies K60, kan K15 (558434) toegevoegd worden tot 104 sessies: revalidatie in combinatie met ergotherapie/ergonomie

Hoe een adequaat kinesitherapievoorschrift maken?

- **Diagnose:**
 - Zo specifiek mogelijk omschrijven (medische diagnose, functionele beperkingen)
 - Evt. vermelden relevante of ook niet relevante gegevens uit onderzoeken
 - Persoonlijkheidskenmerken patiënt: avoider (kinesiofobie) versus persister
 - Andere lopende therapieën vermelden
- **Behandelaarvoorstel à doelstellingen:**
 - Mobiliteit
 - Stabiliteit
 - Belastbaarheid (globaal, specifiek)
 - Houdingsadvies/ergonomie
 - Ademhaling/relaxatie
 - Work-sports hardening (type werk of sport, vereisten)...
- *Maximum aantal beurten*
- *Administratieve gegevens arts: naam, stempel, handtekening, datum*

Waar revalidatie?

- UZ
- Elders:
 - Perifere kinesitherapeut of psycholoog, bij voorkeur via netwerk
 - Ander revalidatiecentrum
- In functie van:
 - Afstand
 - Taal
 - Reeds gevolgde therapie
 - Voorkeur patiënt

Referenties

Linton, S.J., Nicholas, M., MacDonald, S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine*, 36, 1891-1995.

Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Fraselle V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsens J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Vanschaeybroeck P, Vlaeyen J, Jonckheer P. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 287As. D/2017/10.273/33.

Jonckheer P, Desomer A, Depreitere B, Berquin A, Bruneau M, Christiaens W, Coeckelberghs E, Demoulin C, Pierre Duquenne (CHC Liège), Forget P, Fraselle V, Godderis L, Hans G, Hoste D, Kohn L, Mairiaux P, Munting E, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Pirotte B, Van Boxem K, Van Lerbeirghe J, Van Schaeybroeck P, Van Wambeke P, Van Zundert J, Vanderstraeten J, Verhulst D. Lage rugpijn en radiculaire pijn: kernelementen van een zorgpad – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 295As. D/2017/10.273/84.

Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE): [Klinische richtlijn rond lage rugpijn](#)

Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE): [Zorgpad lage rugpijn en radiculaire pijn](#)