Hogeschool van Amsterdam  
Amsterdam School of Health Professions  
Opleiding fysiotherapie

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | Mitch de Droog |
| Stage instelling | Fysioholland Medicort Naarden |
| Stage | EFLP2 |
| Periode | 01-09-2018/03-02-2019 |
| Naam stagebegeleider | Merlijn Visser |
| Naam docent | Hugo Helmes |
| Studentnummer | 500704050 |

EFLP 2

**Voorwoord**

In de periode 01-09-2018/03-02-2019 heeft mijn EFLP 2 stage plaats gevonden van 28 uur per week. Ik heb deze stage mogen lopen bij Fysioholland Medicort in Naarden, deze instelling is in samenwerking met de Bergmankliniek (Orthopedische chirurgie). Tijdens deze periode werd ik begeleid door Merlijn Visser.

In dit verslag vind u als eerst mijn verwachtingspatroon en of dit is gerealiseerd. Vervolgens vindt u mijn opgestelde leerdoelen voor EFLP , welke ik evalueer en reflecteer. Als laatste vind u opgestelde leerdoelen voor EFLP 3.

Later in het document kunt u de gemaakte stage opdrachten, beoordelingsformulieren en overige bestanden vinden.

**Dankwoord**

Ten eerste wil ik Fysioholland Medicort heel erg bedanken dat ik mijn EFLP 2 stage mocht voltooien in deze organisatie. Ik wil in het speciaal Merlijn Visser bedanken voor de begeleiding. Ik vond het een prettige en gezellige, maar vooral een leerzame periode met mooie ervaringen die ik niet snel zal vergeten.

**Inleiding**

De maatschappij van Fysioholland Medicort in Naarden sinds kort. Van origine was de praktijk genaamd Medicort onder leiding van de eigenaar Rob Tamminga. Rob heeft veel betekend in de topsport. Hij was werkzaam bij meerdere honkbal teams en is nu het hoofd van de medische staf bij AZ Alkmaar. Vanwege mijn stage die ik bij AZ Alkmaar heb gelopen wilde ik mijn EFLP 2 voltooien bij Medicort. De instelling bestaat uit meerdere therapeuten: Robert Jan Askamp, Jan de Wit, Kevin Sprengers, Thijs Visser, Jesper Put zijn degene waarmee ik het meest contact had. Er zijn ook nog handtherapeuten en therapeuten die op de poli lopen bij de Bergmankliniek.

Als praktijk bieden zij meer dan alleen fysiotherapie. Zij geven in overleg personal trainingen gebaseerd op revalidatie, revalidatie trainingen zowel sportgericht als re-integratie en medische trainingen.

Tevens bieden zij de mogelijkheid om voor talentvolle jonge sporters om naast hun reguliere trainingen ondersteunende krachttrainingen of preventieve trainingen te doen/ondergaan.

Als praktijk verlenen zij zich ook al enige jaren bij verschillende soorten sportclubs met medische begeleiding zoals:

Rolstoelbasketbal

KNLTB tennis, waaronder de Davis Cup team.

Honkbalteams

Curling team NL

Hockeyclub Kampong

De praktijk heeft ook behoorlijk wat therapieën te bieden zoals: Manueel, Sport, Dry Needling, Echografie, ESWT en Biodex.

De patiënten groepen die hier het meeste voorkomen zijn erg uitlopend. Omdat veel therapeuten connecties hebben binnen sport verenigingen en door middel van de samenwerking met de Bergmankliniek.

Diagnoses die ik veel heb gezien bij Merlijn zijn, wervelkolom gerelateerd, schouders en knieën.

Als praktijk verlenen zij zich ook al enige jaren bij de lokale sportclubs met medische

**Verwachtingen**

Aan het begin van de stage periode heb ik bij mijzelf bedacht wat ik denk te leren, wat ik ga doen en wat ik verwacht van mijn stage begeleider. Hieronder staat het verwachtingspatroon wat ik had voordat ik aan deze stageperiode begon. Ook ziet u welke leerdoelen ik voor mijzelf had opgesteld. Deze leerdoelen zal ik vervolgens reflecteren.

Het verwachtingspatroon uit mijn PVA begin van mijn stage:

*Het stage lopen bij Fysioholland medicort in Naarden is een mooie kans die ik krijg. Door middel van mijn connecties heb ik gehoord dat dit een waanzinnige mooie praktijk is waar je veel kansen krijgt om jezelf te verbeteren op mijn doelen. Er zijn manuele therapeuten, dry needling, sportfysiotherapie oftewel hoop geschoolde en ervaren therapeuten. Bij mijn vorige stage en bij AZ ben ik er wel achter dat ik mij wil verdiepen in de sportfysiotherapie en dan met name de complexe maar mooie gewrichten knie en schouder. Ik hoop hier dan ook mijn kennis te vergroten.*

*Bij mijn vorige stage was alles nog nieuw. Ik hoop bij deze stage toch meer te mogen doen, waardoor ik waarschijnlijk fouten ga maken en daarvan kan leren. Ik denk dat dit een ultieme kans is om processen van pre operatief, operaties en post operatief mee te mogen maken. Dat is iets wat ik heel erg graag wil en verwacht ook te mogen doen bij deze stage met operaties meekijken, waardoor je beter gaat begrijpen hoe je postoperatief te werk moet gaan.*

🡪 Het was inderdaad een mooie kans om hier stagen te mogen lopen. Ik heb veel verschillende behandelmethodes gezien. Door dat dit mijn tweede stage is weet ik nu toch wel beter welke kant ik op wil. Je hebt hier natuurlijk een waanzinnig mooie setting gehad een eerste lijns praktijk die een samenwerking heeft met de Bergmankliniek. Vanuit mijn vorige stage wilde ik misschien nog richting ziekenhuis fysiohterapie, maar ik heb de mogelijkheid gehad om hier mee te lopen op de kliniek. Daar heb ik ervaring op gedaan hoe het gaat met mensen na een operatie en kwam ik erachter dat die functie niet bij mij past. Ik wil toch de sportkant op en mijzelf specialiseren in de knieen en schouders, vanwege hun complexiteit. De stage verliep voor mijn gevoel heel soepel. Merlijn hielp mijn tijdens mijn stage precies op de manier hoe ik dat prettig vond, waardoor ik er het maximale uit kon slaan. Ik heb bijna alle intakes mogen doen, waarmee mijn anamnese structuur goed in mijn hoofd kwam. Ik had alleen te weinig kennis over de pathologieen, waardoor ik bepaalde symptomen niet kon plaatsen en ik dus niet gericht kon vragen stellen. Door middel van een boek die Merlijn mij aanraadde is dat stukken verbeterd en konden wij ons meer focussen op de hypotheses. De laatste paar weken heb ik de onderzoeken uitgevoerd, waarbij de knieen, schouders en enkels goed gingen, maar de wervelkolom, heup, voet en hand nog wel beter kunnen. Dus hier zal mijn focus ook wat meer moeten liggen bij mijn EFLP 3.

**Evaluatie leerdoelen**

Ik heb aan het begin van EFLP 2 een paar persoonlijke leerdoelen opgesteld die ik aan het eind van mijn stage periode behaald wilde hebben:

*🡪in week 20 wil een anamnese uit mijn hoofd doen waaruit ik verschillende hypotheses op kan stellen en onderzoeksdoelen kan opstellen. Ik wil mijn structuur uit mijn hoofd kennen en kunnen toepassen op een RPS formulier.*

🡪 Ik had in mijn EFLP 1 een mooie structuur gemaakt van de anamnese die ik wilde uitvoeren. Aan het begin van de stage hield ik deze structuur heel erg vast wat de snelheid van mijn anamnese bevorderde, alleen kwam daarbij wel een probleem kijken. Ik luisterde niet naar de antwoorden van de patient. Hier kwam ik zelf pas achter toen Merlijn mij vroeg om hypotheses op te stellen na mijn anamnese. Dat lukte mij niet. Ik had ook bij sommige aandoeningen te weinig kennis over de bepaalde symptomen die voorkomen bij pathologieen. Merlijn heeft daarom mij geadviseerd om het boek: Evidence-Based diagnostiek van het bewegingsapparaat. Ik heb elke twee weken een andere pathologie geleerd en een samenvatting van gemaakt, met de incidentie/prevalentie, risicofactoren, specifieke testen en symptomen etc. per pathologie. Dit heeft mij heel veel geholpen later in mijn stage voor mijn anamneses en ook mijn onderzoek. Merlijn maakte ook gebruik van OVALTIS. Dit had ik nog niet eerder gezien in de praktijk, alleen in de les op school. Ik heb een paar anamneses uitgevoerd met de OVALTIS ipv mijn structuur en kwam erachter dat dit mij ook beter lag. Ik heb de rest van mijn stage de intakes uitgevoerd met OVALTIS. Ik merkte wel hoe vaker ik het deed hoe makkelijker het ging. Als ik een tijd niet had gedaan was het weer heel houterig en duurde het veel te lang voordat ik tot mijn hypotheses kwam.

*🡪 In week 20 van mijn stage heb ik mijn stage begeleiders laten zien dat ik een basis onderzoek kan doen over een willekeurig gewricht. Hiervoor zal ik wekelijks een basis onderzoek doen op stage, waarbij mijn kennis van anatomie en pathologie goed moet zijn. Dit doel heb ik behaald als mijn stage begeleider mij voldoende beoordeeld.*

🡪 Aan het begin van de stage mocht ik nog niet veel doen behalve de intakes om mijn anamnese te oefenen. Tijdens het onderzoek of bepaalde behandelingen die Merlijn uitvoerde testen hij wel mijn kennis over de testen met hun sensitiviteit en specificiteit. Daarin kon hij goed bepalen wanneer ik een onderzoek kon gaan uitvoeren onder zijn supervisie. Ik begon met onderzoeken van de knie, omdat ik daar echt de meeste kennis over had. Ik mocht ook snel testen uit voeren van VKB reconstructies op de Biodex, waarbij je eerst een onderzoek moet doen van het gewricht met ook alle specifieke testen. Dit mocht ik later in mijn stage zelfs alleen doen met daarna een verslag te schrijven richting Merlijn. In de bijlage heb ik een verslag hiervan toegevoegd. Naarmate ik het boek had gelezen die ik hierboven vernoem werd mijn kennis ook beter in de testen die ik moest uitvoeren. Waarbij ik later na het opstellen van de hypotheses ook het onderzoek mocht doen met name van schouder, lage rug en enkel. Ik moet wel mijn kennis blijven verbeteren in deze pathologieen om in mijn volgende stage zonder supervisie een onderzoek kan uitvoeren en het kan vertellen aan mijn begeleider.

*🡪 In week 20 van mijn stage heb ik mijn stage begeleiders laten zien dat ik een basisbehandeling kan uitvoeren en opstellen in opdracht van mijn stage begeleiders. Hiervoor zal ik minimaal 2 keer in de week een behandeling uitvoeren/opstellen alleen of onder supervisie. Dit doel heb ik behaald als ik in week 20 zonder begeleiding een behandelplan kan opstellen en uitvoeren.*

🡪 Omdat de focus meer lag op de intakes, hypotheses en de onderzoeken begonnen we pas laat aan dit leerdoel. Aan het begin vroeg hij wel bij patiënten die in de zaal moesten trainen wat ik zou doen of zou willen doen met de patiënt. Dat was dus deels opstellen alleen wel in overleg. Als dat hetzelfde was of dezelfde doelen had als Merlijn in gedachte had mocht ik het ook uitvoeren. Merlijn is wel van deels hands ON en hands OFF werken. Ik ben er achter dat ik deze visie wel deel. Je bouwt een band op met de patiënt als je de behandeling begint met hands ON. Je kan luisteren naar de verhalen die de patiënt misschien wel kwijt wil aan een vertrouwt persoon. Soms verwachten patiënten ook nog steeds van de fysio dat er hands ON gewerkt word, daarna zal de patiënt beter begrijpen dat we ook met oefeningen de klachten bestrijden. In de bijlage heb ik wel drie behandelplannen uitgewerkt voor de komende periode bij intakes die ik heb uitgevoerd met verschillende pathologieen.

*🡪 In week 20 wil ik mijzelf verbeterd hebben in het onderzoek van het schoudergewricht. Ik wil de hypotheses uit het onderzoek kunnen uitsluiten of aantonen d.m.v specifieke testen. Dit doel heb ik behaald als mijn stage begeleider en ik tot dezelfde conclusie komen na het onderzoek zelf gedaan te hebben.*

🡪 Zoals ik bij mijn vorige leerdoelen al heb verteld. Begon ik pas later in mijn stage met echt onderzoeken uitvoeren van andere gewrichten dan de knie. Ik heb aan het begin al met Merlijn gedeeld dat ik mij graag wil verbeteren in de knie en de schouder, omdat ik dit mooie complexe gewrichten vind. Wij hebben dan ook veel aandacht besteed aan de kennis die je nodig hebt om tot een schouder pathologie te komen na een onderzoek. In de samenvatting van Evidence-based diagnostiek van het bewegingsapparaat ben ik ook begonnen met de schouder. Hieruit kon ik een duidelijkere anamnese uitvoeren. Ik mocht pas een onderzoek uitvoeren als ik tot dezelfde hypotheses kwam als Merlijn vanuit de anamnese. Ik vond dit bij de schouder erg lastig, waardoor dit laat in mijn stage pas mocht. Uiteindelijk is het wel gelukt waarin ik grote stappen heb gemaakt, maar ik moet mijn kennis zeker van de testen die ik wil uitvoeren echt verbeteren. Ik wil mijn dan ook goed voorbereiden op mijn volgende stage en zal mij hierin meer moeten verdiepen en mijn anamnese af en toe moeten doornemen.

**Leerdoelen EFLP 3**

1. **Aan het einde van EFLP 3 wil ik verder ontwikkeld zijn in het opstellen van hypotheses en symptomen of factoren te herkennen in de anamnese en daarop door te kunnen vragen.** Ik vind dat ik hier zeker op niveau 2 zit, maar nog net te weinig kennis heb om op niveau 3 te zitten van competentieniveau.
2. **Aan het einde van EFLP 3 wil ik op niveau 3 zitten van competentie niveau als het gaat om behandelplannen opstellen en uitvoeren.** Het uitvoeren van de behandelingen daarin zit ik op niveau 3. Bij de gewrichten knie en schouder vind ik dat ik ook op niveau 3 zit voor het opstellen, maar van andere pathologieen heb ik te weinig kennis om op niveau 3 te zitten na deze stage. Daar moet mijn focus op liggen bij EFLP 3.
3. **Aan het einde van EFLP 3 wil ik competentie niveau 3 hebben als het gaat om verslaglegging en communicatie richting derde.** Ik heb deze stage naast de FDO verslagen van de knie, geen communicatie brief of overdracht kunnen oefenen richting derde. Ik kan dus niet zeggen dat ik op competentie niveau 3 zit en daar wil ik dus aan het eind van EFLP 3 wel op zitten. Door te oefenen in deze stage.
4. **Aan het einde van EFLP 3 ben ik instaat een intake uit te voeren (anamnese en onderzoek) zonder supervisie.** Ik vind dat ik bij bepaalde pathologieen op niveau 3 werk, maar zoals eerder vermeld heb ik meer kennis nodig van de andere gewrichten. Ik wil deze stage oefenen om dit zelf te doen met daarna een controle van mijn begeleider. Als wij hierbij tot dezelfde conclusie komen kan ik zelf zeggen dat ik op niveau 3 van competentie niveau volgens Dreyvus opereer.

**SWOT ANALYSE**

**Sterke punten**

***Attitude***: respect staat bij mij hoog in het vaandel. Ik ben daarom ook van mening dat wat je geeft je terugkrijgt en daarom ben ik altijd beleefd en respectvol naar patiënten en collega’s.

***Communicatie:*** Ik kan snel een band opbouwen met iemand. Mijn manier van communiceren probeer ik dan wel af te stemmen op de soort persoon en hierdoor kan ik vrij snel ‘levelen’ met iemand. Door goed te luisteren, samen te vatten wat iemand zegt en de juiste woordkeuze gaat mij dit goed af.

***Praktijk:*** Wat mij is opgevallen tijdens mijn eerste paar jaar school is dat ik erg praktisch ben aangelegd. Als ik test zie dan kan ik hem haast met dezelfde handvatting en manier meteen nabootsen en uitvoeren.

**Zwakke punten**

***Houding*:** Wanneer ik niet in klinische setting ben zoals op stage is mijn houding wat laconiek/nonchalant. Dit kan ongeïnteresseerd overkomen tegenover mijn stage begeleider. *Ik denk dat Merlijn kan beamen dat dit niet zo is geweest. Ik heb mijn 100 procent ingezet en als ik voor het blok werd gezet zorgde ik dat ik het de volgende dat wist.*

***Praktisch:*** Omdat ik praktisch aangelegd ben heb ik moeite met de theorie. De basiskennis zit er allemaal wel, maar ik heb hulp nodig om die kennis naar buiten te laten komen. Ik moet bij meerdere dingen/onderwerpen de waarom vraag stellen. *Dat doe ik nu al meer dan vorige stage, maar ik kan nog meer het initiatief tonen.*

***Planning:*** Ik heb voor mijn studie een rustig leventje gehad zonder dat ik heel veel moest plannen. Ik merk dat ik daarin nu achterloop, omdat ik toch teveel dingen nog vergeet of te laat uitvoer door mijn planning. *Dat is deze stage een stuk beter gegaan, waardoor ik mijn kon focussen op andere dingen van mijn ontwikkeling. Het is alleen nog wel een zwak punt van mij waarin ik mijzelf moet verbeteren.*

**Kansen**

Ik heb veel kansen gekregen deze stage. Ik denk alleen dat als ik meer initiatief durf te nemen dat ik nog meer kansen kan krijgen, waardoor ik mijn nog beter zal ontwikkelen in de volgende 20 weken.

**Bedreigingen**

Toetsbaar opstellen: Wanneer er iemand meekijkt die mij beoordeeld of begeleid word ik zenuwachtig . Omdat ik het heel graag goed wil doen en niemand wil teleurstellen. Ik wil dan alles in 1 keer goed doen wat lijd tot de zenuwen. Soms probeer ik dit soort dingen dan uit de weg te gaan. *Dat heb ik deze stage nog steeds gemerkt, maar het ging wel een stuk beter. Als ik voor het blok gezet word geef ik eerlijk toe dat ik het niet weet en zal ik meteen zorgen dat ik het de volgende keer wel weet. Hiervoor probeerde ik nog een smoes te verzinnen of eromheen te praten. Dat is deze stage heel anders gegaan, waardoor ik zelf merk dat ik mij beter heb ontwikkeld dan de vorige stage.*

**Stage dagen uren verantwoording**

Maandag 12.00 – 20.00 8 uur

Dinsdag 08.00 – 17.00 9 uur

Woensdag 08.00 – 17.00 9 uur

Vrijdag 08.00 – 17.00 9 uur

--------------+

35 uur X 20 weken = 700 uur

ik ben 1 week op vakantie geweest en er zijn natuurlijk bepaalde feestdagen in deze periode geweest. Die dagen en de uren gaan er nog wel vanaf.

**Conclusie/samenvatting**

Ik heb een waanzinnig kans mogen krijgen om bij 1 van de betere organisaties stage te mogen lopen die in samenwerking zijn met de bergmankliniek. Aan het begin was het even aftasten hoe de komende periode zou gaan verlopen. Ik merkte snel dat ik een goede klik had met Merlijn, waardoor de sfeer goed was en er ruimte was voor mijn ontwikkeling. Er liepen meer stagiaires en het mooiste compliment van een patiënt was: ‘’ Jij en Merlijn hebben echt een klik, waardoor er een gezellige sfeer hangt. Als het moet kan Merlijn streng op je zijn, maar dat pak je dan goed op en zal je het de volgende keer weten. Dan is de sfeer meteen weer goed.’’ Ik heb mijn eigen ontwikkeling veel meer in mijn handen gehad dan de vorige stage. Er was mij ook meer duidelijk aan het begin van EFLP 2 dan aan het begin van EFLP 1. Dat zorgde ook voor wat minder stress in mijn hoofd. Ik weet waar ik nog aan moet werken voor mezelf in mijn laatste stage om startcompetent te worden. Ik wil nogmaals de organisatie Fysioholland Medicort en de Bergman kliniek bedanken voor deze periode en een aandeel in mijn toekomstige carrière. Ik wil Merlijn Visser ook nog persoonlijk bedanken voor deze periode en de goede ondersteuning tijdens mijn stage.

**Bijlages**

**Biodex test FDO verslag richting derde**

**FDO 9 maanden post-OK**

|  |
| --- |
| Algemene gegevens |
| Naam: Keke Toxepeus  Geboortedatum: 20-05-2002  Datum test: 10-10-2018  Fysiotherapeut: Mitch de Droog |
|  |

|  |
| --- |
| Intake |
| Voorgeschiedenis: VKB ruptuur rechts + ALL  Status praesens: 9 maanden na OK. Gaat goed, is al weer deels mee aan het trainen met de groep. Doet alles mee behalve de partij vorm en blijft uit de duels tijdens de trainingen. Geen ontsteking verschijnselen. Geen stijfheid meer. Slaapt goed. Geen slotklachten. Heeft zelf het gevoel dat weer kan deelnemen met hockey.  Nevenpathologie / medicatie: -  Werk / sport / ADL: Hockey Kampong  Doel: vier keer in de week hockeyen  Fysiotherapie: Fysio4all |

|  |
| --- |
| Onderzoek |
| Hydrops: -  PROM: (cl135/0/5 ) 140/0/5  Patellofemoraal: gb  VMO aansturing: gb / Heellift: aanwezig  VSL: - / Lachmann: - / Cord Sign: aanwezig  MCL 0° - / LCL 0° -  McMurray: - / Appley: - / JLT: -  Dial 30°: - / 90°: - |

|  |
| --- |
| Conclusie Biodex |
| 60°/sec (maximaalkracht)  Extensiedeficit % / Flexiedeficit % 20.5/-12.2  HQ-ratio (norm 2/3) : 61.0  120°/sec (submaximaalkracht)  Extensiedeficit % / Flexiedeficit % 12.9/-7.6  HQ-ratio (norm 2/3):  180°/sec (krachtuithoudingsvermogen)  Extensiedeficit % / Flexiedeficit % 7.0/-5.6  HQ-ratio (norm 2/3): 72.0 |

|  |
| --- |
| Conclusie Revalidatie |
| Goed beloop 9 maanden post-OK VKB-reconstructie. Rustige knie. ROM (cl:135/0/5 ). Kracht hamstring volgens norm < 10 % deficit. Maximaal kracht van Q-ceps niet volgens norm < 10 % deficit. Algehele stabiliteit licht verminderd.  Fysiotherapeutisch behandeladvies:   * maximaal kracht Q-CEPS verbeteren. Trainen op Maximaal en Explosieve kracht * aandacht leggen op 1 benige sprongvormen en stabiliteit training * behandelingen richten op sport specifiek met name wenden/keren tijdens duel of hoog tempo |

**Behandelplannen:**

**Behandelplan 1: Humerusfractuur**  
  
Indicatiedatum: 2-11-2018  
Med. Verwijsdiagnose: Subcapitale humerus # rechts – onbelast tot 16-11-2016, daarna belasten  
Indicatie: algemeen: Fractuur  
Fysiotherapeut: Mitch de Droog   
Sport: fitness  
beroep: tandartsassistente  
  
**Belangrijkste anamnestische gegevens:**  
  
*Contactreden:*  
Is op 7 oktober met de fiets op haar gestrekte arm gevallen en daarbij heeft mvr. haar bovenarm gebroken. mvr. is naar het ziekenhuis geweest waar ze een x-ray heeft laten maken. Hieruit bleek het een gunstige breuk te zijn. Daarna alleen een sling mee gekregen. De klachten lijken al iets minder te zijn en draagt de sling niet meer.  
  
*Hulpvraag:*  
Wil weer graag zonder beperkingen kunnen werken en aankleden. Patiënt verwacht volledig herstel na 4 maanden waarbij de PSK = 0  
  
*Functioneringsproblemen – stoornissen:*  
Zwelling rondom de elleboog  
Mobiliteitsbeperking in de gehele rechter arm  
Pijnklachten ter hoogte van de schouder richting de elleboog  
NPRS: 7  
  
*Functioneringsproblemen – Beperkingen in activiteiten:*Aankleden PSK: 100  
Fietsen PSK: 100  
Huishouden PSK: 90  
  
Persoonsfactoren:  
Mvr. heeft neiging tot negeren van haar klachten.  
  
Omgevingsfactoren:  
Werkt als tandarts-assistent en vindt het erg jammer dat ze momenteel niet kan werken. Verder is er wel volledige medewerking van werkgever voor het herstel.  
  
**Belangrijkste gegevens uit het onderzoek:**  
  
Mobiliteit abductie – aangedaan – 25 graden  
Mobiliteit anteflexie – aangedaan – 10 graden  
  
Inspectie: Zwelling rondom de elleboog  
  
  
**Conclusie:**  
Klinisch beeld past bij status na subcapitale humerusfractuur rechts, Met AROM beperking richting abductie en anteflexie. Geen dominante gele vlaggen, maar mogelijk wel neiging tot negerende coping.  
Fysiotherapie geïndiceerd.

*ROM schouder actief. Niet aangedaan-aangedaan*:  
Anteflexie niet-aangedaan: 180 graden  
Anteflexie aangedaan: 10 graden  
  
Abductie niet-aangedaan: 50 graden  
Abductie aangedaan: 25 graden  
  
Endorotatie: niet-aangedaan: 90 graden  
Endorotatie: aangedaan: 40 graden  
  
Exorotatie: niet-aangedaan: 75 graden  
Exorotatie: aangedaan: 20 graden  
  
  
**Behandelplan (6 maanden):**  
  
Hoofddoel:   
Volledig herstel van beperking in activiteiten van huidige PSK score naar PSK 10 binnen een termijn van 6 maanden.  
  
Subdoelen:   
1.Verbeteren van de mobiliteit richting anteflexie en abductie waarbij actieve en passieve mobilisatie technieken worden toegepast.  
2.Verbeteren van de spierfunctie (spieruithoudingsvermogen en –kracht) van de schouderspieren.  
3.Verminderen van de pijn tijdens ADL-activiteiten van NPRS:7 naar 1  
4.Informeren/adviseren over omgang met de klachten.  
  
Week 1:  
- Meegeven van huiswerkoefeningen gericht op mobiliteit.  
- Adviseren over omgang met klachten  
  
week 2 -12:  
- Informeren adviseren over de ernst en verloop van de aandoening  
- Mobilisatie technieken volgens Stenvers en rol-glijtechnieken  
- Spierkracht/ stabiliteitstraining van de schouder  
  
Week 13:  
- Tussentijdse evaluatie op sub- en hoofddoelen  
- Oefentherapie gericht op functie  
  
Week 26:   
-Afsluiten behandelproces  
**Onderbouwing:**   
  
In de eerste paar weken mocht de schouder nog niet te veel belast worden. In die tijd zijn er huiswerkoefeningen mee gegeven voor de mobiliteit van de schouder. De patiënt leek wat negerend om te gaan met haar klachten. Hierover is de patiënt geïnformeerd. Uit het onderzoek bleek dat het schoudergewricht in elke richting beperkt was in vergelijking tot links. Om die reden is er voor gekozen om de behandeling te richten op het verbeteren van de mobiliteit middels verschillende passieve mobilisatietechnieken. Daarnaast werd na een aantal weken ook begonnen met het trainen van de schoudermusculatuur. Er was toen hiermee begonnen werd een lichte atrofie zichtbaar. Hierbij werden de rotator-cuff musculatuur en schouderstabiliteit getraind, omdat uit het onderzoek met de hand-held dynamometer hier ook een verminderde kracht aanwezig was t.o.v. links. Ook zijn er oefeningen mee gegeven voor thuis om naast de fysiotherapie zelf aan de gang te kunnen. Dit bestond uit een deel mobiliteitsoefeningen en een deel spierkrachtoefeningen.

**Behandelplan 2: Whiplash**  
Indicatiedatum: 15-11-2018  
Med. Verwijsdiagnose: Nek en ruklachten na verkeersongeluk 26-10-2018  
Indicatie: hypertonie nek-schouderspieren bdzd., whiplash-achtig beeld  
Fysiotherapeut: Mitch de Droog   
  
**Belangrijkste anamnestische gegevens:**  
  
*Contactreden:*  
Is drie weken geleden aangereden op haar fiets. Ze is hierbij vanaf de zijkant geraakt door een auto en hard op de grond terecht gekomen. Er is een ambulance bij geweest. Al had ze veel pijn in het linker been/heup, is ze uiteindelijk alleen naar de HAP geweest. Daar heeft ze pijnmedicatie gehad. Volgende dag kreeg ze pijnklachten in de nek-schouderregio met daarbij hoofdpijn. Deze zijn gebleven. Van het been zijn uiteindelijk foto’s gemaakt, maar er is niets naar voren gekomen. De nek- en schouderklachten blijven aanhouden en zijn wisselend.   
  
Hulpvraag:  
Wil haar opleiding en werk zonder pijn uit kunnen voeren. Patiënt verwacht volledig herstel, waarbij PSK = 10 binnen geen specifieke termijn.  
  
*Functioneringsproblemen – stoornissen:*  
Pijnklachten in de nek en schouderregio bdz. (links> rechts) en trekkend gevoel.  
Stijfheid in de nek bij omkijken (beperking in mobiliteit).  
Hoofdpijn(bandgevoel om het hoofd).  
Concentratie problemen.  
Soms duizelig bij snel opstaan vanuit zit/lighouding.  
Overgevoelig voor geluid zo nu en dan.  
Geen visus / gehoorklachten.  
Gevoel van zwaar hoofd hebben.  
NPRS: 8 (zonder medicatie NPRS:7)  
Pijnklachten in de linker heup/ bovenbeen (contusie).  
  
*Functioneringsproblemen (activiteiten)*  
Functioneel - draaien van de nek/omkijken – 90,00   
Functioneel - werk in de zorg -100,00  
  
*Persoonsfactoren:*  
Gebruikt nu nog een kruk om buitenshuis te lopen vanwege pijnklachten in het linker been.  
Vrij passief in haar herstel.  
Er lijkt mogelijk sprake van enige bewegingsangst m.b.t. het been.  
Negatieve eerdere ervaring gehad met trauma/ongeluk.  
  
*Omgevingsfactoren:*  
Doet een opleiding in de verzorging en daarnaast werkt ze ook een aantal dagen in de week. Ze zit op dit moment in de ziektewet en kan maar in beperkte mate naar school.   
  
**Belangrijkste gegevens uit het onderzoek:**Kin borst afstand: 4 cm  
Actieve flexie-deflexie: +  
Deep neckflexor endurance test: 3 sec  
  
goniometer nek actief:  
Rotatie niet aangedaan: 80 graden  
Rotatie aangedaan: 60 graden  
  
**Conclusie:**  
Klinisch beeld past bij WAD graad ll met een verhoogd risico op vertraagd herstel (prognostische factoren aanwezig: geslacht en afgenomen ROM). Met cervicaal motor control impairment (actieve flexie-defectie positief), deep neck flexor endurance: 3 sec, mobiliteit: kin-borst afstand 4 cm en AROM rotatie links 60 graden, rechts 80 graden.  
  
**Behandelplan:**  
Hoofddoel:  
Reduceren van beperking in haar werk van PSK 100 naar 20 binnen een termijn van 12 weken.  
  
Subdoelen:  
1. Vergroten van de cervicale mobiliteit d.m.v. actieve en passieve mobilisatie en oefenen/sturen van stoornissen in functie gericht op mobiliteit binnen 8 weken.  
2. Verbeteren van de mobiliteit richting rotatie d.m.v. actieve en passieve mobilisatie en oefenen/sturen van stoornissen in functie gericht op mobiliteit binnen 8 weken.  
3. Verbeteren van de stabiliteit van de werverkolom middels oefenen van actieve stabiliteit CWK binnen 12 weken.  
4. Beinvloeden van de bewegingsfunctie gericht op het verminderen van pijn.  
  
Week 1:  
Meegeven van huiswerkoefeningen gericht op mobiliteit.  
  
Week 2-4:  
Beinvloeden van de pijn/tonus/mobiliteit onder andere d.m.v. triggerpoint technieken.  
Informeren adviseren over werk en ADL en omgang van de klachten.  
Informeren over de ernst, aard en verloop van de aandoening.  
  
Week 5-11:  
Uitbreiding huiswerkoefeningen gericht op stabiliteit/coördinatie.  
Oefentherapie met verschillende pulley en dumbell oefeningen.  
Meegeven van tonus verlagende technieken: rekken/ Jacobsen.  
  
Week 12:  
Afsluiten behandelproces.

**Onderbouwing:**  
Tijdens het onderzoek bleek er een forse beperking in de mobiliteit. Ook bleek het draaien van de nek en palpatie van de nekspieren, erg pijnlijk. Het bleek erg gesensitiseerd te zijn Daarom is er voor gekozen om eerst te beginnen met vermindering van de pijn d.m.v. triggerpointtechnieken en mobilisatietechnieken. Uit het onderzoek bleek ook een verminderde stabiliteit naar voren te komen. Voor het verbeteren van de stabiliteit van de diepe nekflexoren is er gebruik gemaakt van trainen met een stabillizer. Uit het trainen hiermee bleek er nog steeds een forse spanning te zijn in haar grotere spieren. Hierop besloten we om rekoefeningen mee te geven voor de nek en ontspannende technieken volgens Jacobsen. Langzamerhand ging het een stuk beter en gingen we de zaal in om te trainen. Ook is de patiënt tijdens de behandeling doorgestuurd naar een andere fysiotherapeut, om het pijnlijke been te onderzoeken. Hier is ze nu ook onder behandeling.

**Behandelplan 3: Enkel distorsie**  
Indicatiedatum: 12-12-2018  
Med. Verwijsdiagnose: TKP – fast track protocol / lopen zonder hulpmiddelen OK 4-11-2018 Indicatie: st. na total knee li  
Fysiotherapeut: Mitch de Droog   
  
**Belangrijkste anamnestische gegevens:**  
  
*Contactreden:*  
Is verwezen voor de behandeling van TKP links 4-11-2018. De klacht is pijn en functiebeperking en wil weer goed kunnen fietsen op de elektrische fiets. Patiënt verwacht vrijwel volledig herstel PSK= 100>30 binnen 20 weken.  
  
*Beloop:*  
Na de OK van 4-11-2018 heeft dhr. gerevalideerd bij Sint Jacob kliniek.  
Wel een afwijkend beloop: er is veel oedeem en litteken is gaan wijken bij aanvang.  
Flexie is fors beperkt. Extensie 0 graden.  
Houdt veel pijnklachten.  
  
*Functioneringsproblemen – stoornissen:*  
NPRS: 8  
Hydrops +  
60-0-0 PROM aangedaan. Veel spanning in de quadriceps  
120-0-0 PROM niet-aangedaan   
  
*Functioneringsproblemen (activiteiten):*Elektrische fiets: PSK 100  
Buiten lopen: PSK 90  
Autorijden: PSK 100  
  
*Persoonsfactoren:*  
Zijn vrouw is slechtziend.  
Heeft 2 kinderen.  
Eengezinswoning met trap.  
WMO komt langs.  
  
*Omgevingsfactoren:*  
Afgekeurd voor bouwwerkzaamheden.  
  
*Klinimetrie:*  
NPRS 8  
Koos 40  
PSK zie functioneringsproblemen

*Conclusie:*  
Klinisch beeld past bij TKP links.   
Zwelling re 47,5 / links 53  
  
**Behandelplan:**  
Hoofddoel:  
Reduceren van de beperking in het fietsen van PSK 100 naar PSK 20 binnen een termijn van 20 weken  
Subdoelen:  
1. Informeren adviseren over belasting & belastbaarheid en de gevolgen hiervan.   
2. Verbeteren van de mobiliteit richting flexie van 60 graden naar > 115 graden middels passieve mobilisatie en hold-relaxtechnieken.  
3. Verbeteren van het lopen middels looptraining en functionele oefenvormen en advies binnen 5 weken.  
4. Verbeteren van de stabiliteit en spierkracht van de knie middels knie stabiliserende en spierkracht vergrotende oefeningen binnen 20 weken.  
  
Week 1:  
- Advies & voorlichting over leefregels de komende weken.  
- Meegeven van huiswerkoefeningen.  
  
  
Week 2 tot 8:  
- Mobilisatietechnieken voor verbeteren van mobiliteit richting flexie en verminderen van tonus quadriceps.  
- Controleren/updaten van huiswerkoefeningen  
- Herstellen van aerobe capaciteit d.m.v. functionele oefenvormen, zoals fietsen.  
- Functionele oefeningen gericht op coördinatie en propriocepsis  
- Advies en begeleiding in het lopen  
  
week 8 tot 9:  
- 6 MWT uitvoeren   
- Goniometer knie  
  
Week 10 tot 20  
- Oefeningen voor verbeteren van de spierkracht en stabiliseren van de knie.  
- Looptraining  
- Klinimetrie nogmaals afnemen.  
  
**Onderbouwing:**  
Tijdens het onderzoek bij de patiënt viel op dat niet de extensie maar flexie van de knie erg beperkt was. Hierdoor is besloten om niet te mobiliseren richting extensie, omdat dit al heel goed ging. Flexie is belangrijk tijdens het fietsen en omdat de hulpvraag van de patiënt fietsen op een elektrische fiets is, was het belangrijk om hier aandacht aan te besteden. Ook is hiervoor als advies gegeven om met de benen te bungelen.   
In de eerste weken is het natuurlijk niet mogelijk om een 6MWT af te nemen. Om die reden wordt die in week 8 pas afgenomen en nogmaals na 20 weken om de vooruitgang in kaart te brengen.

**Case report:**

*‘Is het effectiever om lage rugklachten te behandelen met core-stability training i.v.t. algemene oefeningen?’*  
  
**Samenvatting:  
Inleiding:** Het gaat om a-specifieke lage rugklachten. Incidentie hiervan bedraagt 40,9 per 1000 patiënten per jaar. Vrouwen hebben frequenter last van lage rugpijn dan mannen. Zodra de leeftijd stijgt gaan ook de incidentie en prevalentie omhoog. Beloop van de klachten is over het algemeen goed.  
**Casus:** Mevrouw met a-specifieke lage rugklachten. Ervaart hierdoor problemen tijdens haar werk en activiteiten. Heeft al een keer een eerdere episode van de klachten gehad. **Methode:** Literatuur studie via Pubmed. **Resultaten:** De resultaten zijn na de training erg goed gebleken. Zo is de NPRS verminderd van een 5 naar een 0 en kan ze pijnvrij hardlopen en werken. **Discussie/conclusie:**Core-stability training en algemene oefeningen zijn op de lange termijn even effectief, maar op de korte termijn lijkt core-stability training effectiever. Door een combinatie van beide therapieën toe te passen is de patiënt volledig van haar klachten hersteld.

**Inleiding:**  
Dit case report is geschreven naar aanleiding van de pijnklachten in de lage rug beiderzijds van Mw. P tijdens haar werk als stewardess. In de loop van de dag ontstaan de klachten en worden langzaam heviger. Als Mw. voor een langere tijd moet staan, merkt ze een instabiel gevoel. Lang zitten is ook problematisch. Tijdens haar werk als stewardess moet ze af en toe bukken en dit zorgt voor meer klachten in de rug. De patiënt heeft al langere tijd klachten aan de rug: een aantal maanden. Ook heeft ze al een eerdere episode van klachten gehad, gerelateerd aan het huidige klachtenbeeld:   
> 2 jaar geleden. Er is geen aanwijsbare oorzaak van de klachten en het gaat daarom over   
a-specifieke lage rugklachten.  
Lage rugpijn komt veelvuldig voor in de westerse bevolking. Er blijkt dat 60 tot 90 % van de mensen minimaal één keer in hun leven een episode a-specifieke lage rugpijn hebben. In de huisartsen praktijken bedraagt de incidentie van lage rugpijn (zonder uitstraling) 40,9 per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie bedraagt 38,5 per 1000. Dit is naar alle waarschijnlijkheid nog meer, aangezien de helft van de personen met deze klachten, maar naar de huisarts gaat. Vrouwen hebben frequenter last van lage rugpijn dan mannen. Zodra de leeftijd stijgt, gaan ook de incidentie en prevalentie omhoog.   
Ook zijn de kosten van rugklachten in Nederland erg hoog. Dit werd berekend in de periode van 2002 tot 2007. Dit was in 2002 4,3 miljard euro en in 2007 3,5 miljard. De kosten zijn dus wel afgenomen. 88% van de kosten bestond uit arbeidsverzuim waardoor verlies aan productiviteit. De overige 12% bestond uit directe kosten als: fysiotherapie, medicatie, kosten huisarts enz.   
Bij de meeste patiënten nemen de klachten binnen een maand af. Er wordt geschat dat 25% tot 50% van de patiënten chronische klachten ontwikkelt. 50% van de patiënten maakt het jaar erna recidief mee.  
  
  
  
  
**Methode**  
Samenvatting casus:  
**Anamnese:**  
De patiënt geeft aan last te hebben in haar onderrug (beiderzijds). Tijdens haar werk als stewardess ervaart ze de meeste problemen en ze heeft dan ook het idee dat de klachten hiermee te maken hebben. Ze moet namelijk geregeld bukken en dit roept de pijnklachten op. Ook geeft ze aan bij langdurig staan en zitten klachten te hebben. Bij het staan heeft ze het idee dat ze instabiel is. Ze vindt het moeilijk om met de klachten om te gaan tijdens haar werk, want ze wordt er door afgeleid. Aan het einde van de dag zijn de klachten het hevigst. Ook hardlopen geeft na 10 minuten klachten.  
Hulpvraag: de patiënt wil weer graag haar werk uit kunnen voeren als stewardess, zonder pijnklachten. Van PSK 50 naar 10 binnen 8 weken.   
Gekomen via DTF: geen rode vlaggen, fysiotherapie geïndiceerd.  
  
NPRS: 4  
PSK: 1. Lang staan > 1 uur: 50  
 2. Hardlopen > 10min: 50  
 2. Bukken 50  
  
Onderzoeksdoelstellingen:  
 - Door middel van inspectie, inspecteren of er mogelijke afwijkingen/standsveranderingen zijn.  
 - Door middel van SLR >90 graden, unilateral bridge, PIT-test en actieve flexie-deflexie waarbij gelet wordt op de aanwezigheid van aberrant movements aantonen of stabiliteitstraining mogelijk effect gaat hebben.  
- Door middel van bekken voorover en achterover kantelen, testen of er mogelijk sprake is van een verminderde coördinatie van local stabilizers.  
  
Uitkomsten:  
Klinisch beeld lijkt te passen bij chronische Aspecifieke lage rugklachten. Op basis van de aanwezigheid van aberrant movements, PIT-test +, SLR > 90 –, Unilateral bridge + en de leeftijd + is te zeggen dat stabiliteitstraining mogelijk effectief is. Bekken kantelingen zijn goed uitvoerbaar.  
  
**Behandeling:**  
  
Hoofddoel:  
Binnen 8 weken heeft er volledig herstel plaats gevonden van de beperkingen in haar werk (zie PSK) van PSK: 50 naar PSK:10  
  
Subdoelen:  
- Verbeteren van de stabiliteit van de lage rug binnen 6 weken d.m.v. huiswerk oefeningen  
- Verbeteren van de pijn tijdens bukken binnen 6 weken  
- Verbeteren van de spierkracht van de rug binnen 6 weken volgens het Rug Revalidatie Systeem (RRS)  
  
Evaluatieve middelen:  
- PSK  
- NPRS  
  
  
**Behandeling:**  
  
Eerste behandeling: 25-11-2018  
Laatste behandeling: 16-1-2019

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandeling:** | **Uitgevoerd:** |
| 1. Intake. NPRS 4 | Intake uitgevoerd+ HWO: Bridge + leg raises 3x10hh |
| 1. 28-11-2018: Even stoppen met hardlopen | Controleren HWO + Squats met 8 kg kettle 3x15hh / Goodmorning met 5 kg stang 3x 15 hh / superman 3x 15 hh |
| 1. 1-12-2018: | HWO / OT: Bridge + legraise 3x15hh (zonder armsteun) / Squats met 8 kg kettle 3x15hh / Goodmorning met 5 kg stang 3x15 hh / superman 3x 15 hh |
| 1. 8-12-2018: Hardlopen lijkt toch provocerend. Even rust houden. belasting iets verhoogd met RRS | HWO / OT: 5 min. Crossen /Bridge + legraise 3x15hh (zonder armsteun) / Squats met 12 kg kettle 3x15hh / Stiff leg deadlift 12 kg kettle 3x15 hh / high deadlift met 12 kg kettle 3x 15 hh / superman 3x 15 hh. |
| 1. 15-12-2018  NPRS: 3 | HWO / OT: 5 min. Crossen / legraise 3x15hh (zonder armsteun) / Squats met 12 kg kettle 3x15hh / Imbalanced goodmorning 10 kg 2x15hh L+R / Roman chair 3x 10 hh./ superman 3x15hh / Bent over row met single arm bij pulley 22kg 2x15hh L+R |
| 1. 20-12-2018 | HWO / OT: legraise 3x15hh (zonder armsteun) / Mountain climbers 3x 20hh/ Imbalanced squat 8kg 2x15hh L+R/ high deadlift met 20 kg kettle 4x15hh / bicycles 3x20hh, Crossen L5 10 min. |
| 1. 4-1-2019 NPRS: 2 | HWO / OT: Crossen H6 10 min / mountain climbers met fitbal 3x15hh / 3D flexie 🡪 3D extensie 18kg 3x15hh L+R / leg raises 3x15hh |
| 1. 16-1-2019. Afsluiten behandeling   NPRS: 0 ervaart geen problemen in haar activiteiten. | HWO / OT: 10 min. Crossen H6 / imbalanced Squats met 8kg kettle 2x15hh L+R / Roman chair 4x 10hh / high deadlift met 20 kg 3x15hh / Bent over row pulley 22kg 2x15hh L+R |

Uit onderzoek van Samsi MB waarin core stability oefeningen worden vergeleken met algemene oefeningen, bleek geen significant verschil tussen de controle groep (algemene oefeningen) en interventie groep (core-stability). 1 groep kreeg in 16 behandelingen, 3 keer per week core-stability training. De andere groep kreeg in 16 behandelingen 3 keer per week algemene oefeningen. Primaire uitkomstmaten waren 3 testen voor uithoudingsvermogen van core-stability. Secundaire uitkomstmaten waren beperkingen en pijn. Er bleek geen significant verschil tussen beide groepen te zijn als het gaat om de uitkomsten van de de core-stability testen . Ook bleek er geen significant verschil te zijn tussen de groepen als het gaat over pijn en beperkingen. Uit dit onderzoek blijkt dat core-stability en algemene training geen verschil hebben in effectiviteit.  
  
In een ander artikel van Wang XQ waarin verschillende onderzoeken zijn opgenomen die de effectiviteit van core-stability en algemene oefeningen met elkaar vergelijken, zijn in totaal 28 potentieel relevante studies opgenomen. Hieruit bleek dat core-stability, op korte termijn, meer effect heeft dan algemene oefeningen als het gaat om verminderen van pijn en beperking. Er werden echter geen significante verschillen gevonden als het gaat over de lange termijn (6 maanden en 12 maanden). In de studies is het niet heel duidelijk beschreven over wat voor specifieke oefeningen bij beide groepen zijn uitgevoerd.  
  
Na het lezen van de literatuurstudies en na het onderzoeken van de patiënt, is er gekozen voor een combinatie van beide therapieën, core-stability en algemene oefeningen. Dit is beschreven in de tabel van de behandelingen. Hierin is de belasting in de loop van de tijd opgebouwd. Het trainingsprogramma heeft bestaan uit 7 weken training. Over het algemeen werd uitgegaan van   
3 series en 15 herhalingen. Afhankelijk van de belasting van de oefeningen werd hier zo nodig van af geweken.   
De resultaten zijn na de training erg goed gebleken. Zo is de NPRS verminderd van een 5 naar een 0 en kan ze pijnvrij hardlopen en werken.   
  
**Discussie:**  
De twee gevonden artikelen spreken elkaar deels tegen: uit het onderzoek van Samsi blijkt geen verschil in effectiviteit tussen de interventie en controle groep op korte termijn en in het artikel van Wang XQ blijkt op korte termijn wel een verschil te zijn in effectiviteit tussen de interventie en controle groepen. De core-stability groepen hadden namelijk op korte termijn meer effect op pijn en beperking i.v.t. algemene oefeningen. In dit artikel zijn wel meerdere onderzoeken opgenomen en meer deelnemers. Om deze reden heb ik in ieder geval gekozen voor core-stability voor mijn behandeling. Ook omdat het onderzoek van de patiënt uitwees dat core-stability training mogelijk effectief zou zijn. Uit beide artikelen blijkt wel dat algemene oefeningen op lange termijn even effectief zijn als core-stabilty training. Hierdoor is er een combinatie gemaakt in het behandelen van de patiënt.   
  
**Conclusie:**  
Er kan dus geconcludeerd worden dat Mw. volledig is hersteld van haar rugklachten. Ook zijn de doelen bereikt en kan Mw. nu haar werk pijnvrij uitvoeren. Uit dit case report blijkt dat een combinatie van de twee behandelmethoden voor deze patiënt tot positieve resultaten heeft geleid.

**Bronnen:**  
 - NHG-standaard Aspecifiek lagerugpijn. Nederlandse Huisartsen Genootschap. 2005   
 - Samsi MD, Rezaei M e.a. Does core stability exercise improve lumbopelvic stability (trough endurance tests) more than general exercise in chronic low back pain? A quasi-randomized controlled trial. 2016  
 - Wang XQ, Zheng JJ e.a., A meta v -analysis of core stability exercise versus general exercise for chroni low back pain. Department of Sport Rehabilitation, Shanghai University of Sport, Shanghai, China. 2012.

**Video**

Ik heb in overleg met 1 patiënt een stukje gefilmd tijdens een intake. Ik had mijn SLB’ er ook gemaild over dat ik het lastig vond om meteen bij de eerste ontmoeting te vragen of een stagiaire de intake mocht doen en ook meteen filmen. Ik vroeg naar een oplossing, maar heb toch iemand kunnen vinden die het goed vond. Deze persoon was al bekend bij Merlijn en vond het dan niet erg als ik een deel zou filmen. Het filmpje duurt vijf min en kan ik niet in het verslag verwerken. Ik zal wel mijn reflectie over het filmpje in het verslag tonen. In mijn eindbeoordeling is ook te zien dat mijn anamnese voldoende is bevonden over de gehele stage periode door Merlijn Visser.

***Reflectie:***

**Wat er goed ging:**  
Ik heb genoeg uit kunnen vragen over de klachten d.m.v. concrete vragen, om een hypothese te kunnen stellen. Als ik iets niet begreep, vroeg ik het nog even na, zodat er geen misverstanden ontstonden. Ik kwam rustig over, maar misschien iets te rustig. Ik liet de patiënt veel aan het woord, daardoor kwam ik veel te weten.

**Wat kon er beter:**

Ik merkte dat ik het lastig vond om mijn aandacht te verdelen want ik wil goed luisteren, maar ook de belangrijke factoren noteren op de computer. Ik denk dat als ik mijn setting zelf verbeter dat ik meer contact kan leggen met de patiënt. Ik merkte wel dat ik een beetje zenuwachtig was met een camera erbij, waardoor dit niet een van mijn betere anamneses was. Aan het einde zou ik nog een samenvatting moeten geven, maar ten aanzien van de tijd leek mij het handiger om verder te gaan met het onderzoek. Wat mij nog meer opviel is dat ik af en toe ‘mooi’ zeg op het verhaal van de patiënt. Dan lijkt het alsof ik het mooi vind wat met de patiënt. Ook merk ik dat ik vaak oké en uhm zeg. Hier wil ik meer op gaan letten in de toekomst.