

**RICHTLIJN
OEFENTHERAPIE-MENSENDIECK
BIJ PATIËNTEN MET
ASPECIFIEKE NEK-
SCHOUDERKLACHTEN**

Opdrachtgever:

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck

Uitvoering:

Nederlands Paramedisch Instituut

Samenstellers:

A.B. Bredero
G.E. Vos
I. Storm
dr. M.P. Jans

Amersfoort; Nederlands Paramedisch Instituut, juni 2001

ISBN: 90-76986-03-7

Trefwoorden: richtlijnen, oefentherapie, oefentherapie-Mensendieck, nekklachten

- © NPi - Nederlands Paramedisch Instituut - Postbus 1161 - 3800 BD Amersfoort - tel: 033 - 4216100
- © NVOM - Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck - Kaap Hoordreef 54 - 3563 AV Utrecht - tel: 030 - 2625627

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 enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM) en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi). Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 jo het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351 zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of meer gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de NVOM en het NPi te wenden.

De voorliggende richtlijn bevat de resultaten van het Project Richtlijnontwikkeling Oefentherapie-Mensendieck voor het onderwerp specifieke nek-schouderklachten. Dit project is uitgevoerd door het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) in opdracht van en in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM). Het is onderdeel van het Programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ) 1997-2000. Het Programma BKPZ is een subsidieprogramma dat, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in uitvoering wordt gebracht door het College voor Zorgverzekeringen te Amstelveen.

INHOUDSOPGAVE

DANKWOORD

1	INLEIDING	1
1.1	Afbakening van het onderwerp	1
1.2	Uitgangspunten	1
1.3	Onderbouwing	1
2	HET METHODISCH OEFENTHERAPEUTISCH HANDELEN BIJ PATIËNTEN MET ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDERKLACHTEN	3
2.1	Verwijzing/aanmelding	3
2.2	Oefentherapeutische anamnese	3
2.2.1	Vragenlijsten als hulpmiddel bij het in kaart brengen van het gezondheidsprobleem	5
2.3	Oefentherapeutisch onderzoek	5
2.4	Oefentherapeutische analyse	5
2.5	Oefentherapeutisch behandelplan	8
2.6	Oefentherapeutische behandeling	8
2.7	Evaluatie	8
2.8	Afsluiting behandelperiode	8
3	VERANTWOORDING EN TOELICHTING	15
3.1	Afbakening richtlijn en definitie specifieke nek-schouderklachten	15
3.2	Epidemiologische gegevens	15
3.3	Risicofactoren voor het ontstaan van specifieke nek-schouderklachten	16
3.4	Natuurlijk beloop	16
3.5	Prognostische factoren	16
3.6	Hypothesen over het ontstaan en voortbestaan van specifieke nek-schouderklachten	17
3.7	Effectiviteit van oefenen en informeren/adviseren	17
	LITERATUUR	19
	BIJLAGEN	
1	Effectonderzoeken die betrekking hebben op oefenen en informeren/adviseren bij patiënten met specifieke nekkklachten	
2	Leden van de projectgroep en referentengroep	

DANKWOORD

Auteurs bedanken de oefentherapeuten-Mensendieck uit de Projectgroep 'Aspecifieke nek-schouderklachten' (mw. C.C.M. Bentvelsen, mw. M. Janse, mw. L. Kloppenburg, mw. A.M. Lochtenberg, mw. M.M.G. van Warmenhoven en mw. J.C. Welten) voor de prettige samenwerking bij en hun constructieve bijdrage aan de totstandkoming van deze richtlijn. Ook wordt de referenten, drs. P. Heuts en dr. B.W. Schreurs, dankgezegd voor hun commentaar op de inhoud van de concept-richtlijn, evenals de oefentherapeuten-Mensendieck die hebben meegewerkt aan de evaluatie van de concept-richtlijn. Verder zeggen wij dank voor hun inbreng aan prof.dr. R.A.B. Oostendorp, mw. drs. H.W.A. Wams, dr. H.J.M. Hendriks, mw. dr. Y.F. Heerkens, mw. S.A.E. Kruis-selbrink, mw. L. Martin en mw. drs. J. van Sonsbeek.

1 INLEIDING

In Hoofdstuk 1 worden de afbakening van de Richtlijn 'Aspecifieke nek-schouderklachten', de uitgangspunten en de onderbouwing van de voorliggende richtlijn beschreven.

1.1 AFBAKENING VAN HET ONDERWERP

De richtlijn bevat een beschrijving van het methodisch oefentherapeutisch handelen bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten. Met aspecifieke nek-schouderklachten worden klachten in de nek-schouderregio bedoeld waarvoor geen specifieke oorzaken aanwijsbaar zijn (zoals tumor, trauma, infectie, inflammatoire aandoening, congenitale afwijking in de nek-schouderregio of hernia nuclei pulposi cervicale). De richtlijn is gericht op aspecifieke nek-schouderklachten omdat in de oefentherapeutische praktijk aspecifieke nek-schouderklachten vaker voorkomen dan specifieke nek-schouderklachten. Uitbreiding van de richtlijn met specifieke nek-schouderklachten zou de richtlijn te omvangrijk maken, aangezien hieronder veel verschillende aandoeningen vallen (zie § 3.1).

1.2 UITGANGSPUNTEN

De fasen van het methodisch oefentherapeutisch handelen zijn als uitgangspunt gebruikt voor de opbouw van de richtlijn. Op basis van consensus binnen de Projectgroep 'Aspecifieke nek-schouderklachten' - bestaande uit oefentherapeuten-Mensendieck met deskundigheid op het gebied van het onderzoeken en behandelen van patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten - is een indeling gemaakt van patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten in vijf categorieën. De patiënten uit deze categorieën vergen een eigen aanpak binnen de oefentherapeutische behandeling. Tijdens de oefentherapeutische analyse vergelijkt de oefentherapeut-Mensendieck het gezondheidsprofiel van de patiënt met de beschrijving van de profielen van de vijf patiëntencategorieën die in de richtlijn worden gehanteerd. De categorie waarbij het profiel van de patiënt het meest aansluit vormt het uitgangspunt voor het te kiezen

oefentherapeutisch behandelplan. Wijzigt het gezondheidsprofiel gedurende het behandelproces, dan kan het noodzakelijk zijn de patiënt in te delen in een andere patiëntencategorie en daarmee te kiezen voor een andere behandelstrategie.

De praktische uitvoering van het oefentherapeutisch onderzoek en de keuze van oefensituaties om de gestelde behandeldoelen te realiseren worden niet in de richtlijn beschreven. De oefentherapeutische behandeling is namelijk individueel gericht en de oefentherapeut-Mensendieck kiest die oefensituaties die aansluiten op de mogelijkheden en omstandigheden van de patiënt.

De in de richtlijn gebruikte terminologie sluit aan bij de terminologie zoals gebruikt in het 'Beroepsprofiel Oefentherapeut-Mensendieck' (1) en in het Rapport 'Verslaglegging door oefentherapeuten-Mensendieck' (2). Voor zover relevant is daarnaast gebruik gemaakt van de voor de paramedische beroepsgroepen bruikbare ICIDH, de classificatie waarmee problemen worden ingedeeld naar stoornissen in functie of structuur, naar beperkingen in activiteiten en naar participatieproblemen (3, 4).

Tijdens alle fasen van het methodisch oefentherapeutisch handelen legt de oefentherapeut-Mensendieck gegevens vast over de patiënt en de behandeling. Welke gegevens de oefentherapeut-Mensendieck vastlegt en de wijze waarop deze gegevens vastgelegd kunnen worden staan beschreven in het Rapport 'Verslaglegging door oefentherapeuten-Mensendieck' (2).

1.3 ONDERBOUWING

Voor de onderbouwing van de richtlijn is literatuur verzameld via de geautomatiseerde literatuurbestanden van MEDLINE (1995-1999), CINAHL (1982-1998), de Cochrane Library en het literatuurbestand van het Nederlands Paramedisch Instituut. Er is gezocht met de volgende trefwoorden (in het

Nederlands en het Engels): cervicale klachten, nekklachten, nek-schouderklachten, fysiotherapie, bewegingstherapie, oefentherapie, revalidatie, behandeling, effectonderzoek, review, epidemiologie, prognose en etiologie. Daarnaast is literatuur verzameld via deskundigen en via literatuurverwijzingen in artikelen.

De aanbevelingen met betrekking tot het oefentherapeutisch handelen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op conclusies uit onderzoeken. Vanwege het gebrek aan wetenschappelijke gegevens over onder andere resultaten van oefentherapie bij specifieke nek-schouderklachten is Hoofdstuk 2 van de voorliggende richtlijn met name tot stand gekomen op basis van consensus binnen de projectgroep.

2 HET METHODISCH OEFENTHERAPEUTISCH HANDELEN BIJ PATIËNTEN MET ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDERKLACHTEN

In dit hoofdstuk worden alleen de **specifieke aandachtspunten** met betrekking tot het methodisch oefentherapeutisch handelen bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten beschreven, **aansluitend op** de corresponderende paragrafen in Hoofdstuk II van het **algemeen deel** van de richtlijnen. Zowel de algemene als de specifieke aandachtspunten zijn van belang voor de zorgverlening aan patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten door de oefentherapeut-Mensendieck.

Tijdens alle fasen van het methodisch oefentherapeutisch handelen legt de oefentherapeut-Mensendieck gegevens vast over de patiënt en de behandeling. Om het gezondheidsprobleem van de patiënt op een uniforme wijze vast te leggen wordt de oefentherapeut-Mensendieck geadviseerd gebruik te maken van de ICDH-termen (zie § III.1) en de aspecten van gedragsverandering (zie § III.4.2).

Algemene achtergrondinformatie staat beschreven in Hoofdstuk III van het algemeen deel van de richtlijnen. Specifieke achtergrondinformatie over aspecifieke nek-schouderklachten staat beschreven in Hoofdstuk 3 van de voorliggende richtlijn.

2.1 VERWIJZING/AANMELDING

Onder aspecifieke nek-schouderklachten wordt binnen de voorliggende richtlijn het volgende verstaan (zie § 3.1):

*(Pijn)klachten die primair gelokaliseerd zijn in de nek-schouderregio (vanaf os occipitale tot aan spinae scapulae) en die eventueel uitstralen naar de hoofdregio, de thoracale regio of de schouder-arm regio en **waarvoor geen specifieke oorzaak aanwijsbaar is**. De (pijn)klachten variëren in de tijd afhankelijk van lichamelijke activiteiten en/of rust.*

Aspecifieke nek-schouderklachten (al dan niet na eerdere behandelingen) kunnen een indicatie zijn voor oefentherapie-Mensendieck.

Naast de gegevens die de verwijsbrief van de huisarts of specialist aan de oefentherapeut-Mensendieck *minimaal* dient te bevatten (zie § II.1 en § III.2), is het bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten *wenselijk* om, indien relevant, gegevens te ontvangen over *psychosociale omstandigheden* die een belasting vormen voor de patiënt en die van invloed kunnen zijn op de behandeling.

2.2 OEFENTHERAPEUTISCHE ANAMNESE

De meest voorkomende beperkingen, stoornissen en participatieproblemen bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten staan beschreven in Tabel 2.1.

Uit onderzoek is bekend dat recidiverende klachten en een hoge pijnintensiteit bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten een slechte prognose hebben ten aanzien van volledig herstel (zie § 3.5).

Er zijn weinig risicofactoren bekend voor het ontstaan van aspecifieke nek-schouderklachten (zie § 3.3).

Het is niet noodzakelijk om over radiologische bevindingen te beschikken, omdat degeneratieve veranderingen in tussenwervelschijven en gewrichten veelal niet gepaard gaan met symptomen en omdat radiologische bevindingen weinig voorspellende waarde hebben voor de prognose van het herstel van nek-schouderklachten (zie § 3.5).

Tabel 2.1 *De in de oefentherapeutische praktijk gesignaleerde **beperkingen** in activiteiten, **stoornissen** in functie of structuur en **participatieproblemen** van patiënten met specifieke nek-schouderklachten*

<p>Beperkingen in activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beperkingen in (elementaire) motorische activiteiten/bewegingsactiviteiten zoals: <ul style="list-style-type: none"> - het handhaven van een lichaamshouding (zitten, staan, liggen, slaaphouding) - het uitvoeren van (basis)bewegingen (onder andere reiken, tillen, schrijven) • beperkingen in activiteiten gerelateerd aan huishouden, werk, sport en/of vrije tijd <p>Stoornissen in functie of structuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pijn in nek-schoudergebied (stekend, zeurend, constant/met name in rust/met name tijdens beweging/met name tijdens belasting) • uitstralende pijn (hoofd, schouders, armen, thoracaal) • lokale hypertonie van spieren in nek-schouderregio (zie § III.3.2 en III.3.3) • disbalans in spieren (zie § III.3.2) • verkorting van spieren (nekspieren, m. trapezius pars descendens, m. levator scapulae, m. scalenus, m. pectoralis) (zie § III.3.2) • verminderde spierkracht (m. rhomboideus, m. trapezius pars ascendens en parstrans versus, thoracale m. erector spinae, m. latissimus dorsi, armspieren) (zie § III.3.2) • verminderde beweeglijkheid van de schoudergordel, de cervicale/thoracale wervelkolom of de art. humeri • afwijkende lichaamshouding, afwijkende stand wervelkolom, hoofd of schoudergordel • afwijkende bewegingspatronen van cervicale/thoracale wervelkolom en bovenste extremiteit (verminderde coördinatie van enkelvoudige en complexe willekeurige bewegingen, bijvoorbeeld afwijkend humeroscapulair ritme, het niet mee zwaaien van de armen tijdens het lopen) • stoornissen in adembeweging (wijze van ademen, frequentie van ademen, ademdiepte) • stoornissen die samenhangen met inadequaat pijngedrag (wijze van omgaan met klachten) (zie § III.3.4): <ul style="list-style-type: none"> - bewegings-/belastingsangst - vermijdingsgedrag - verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties (verlaagde pijndrempel) - passieve copingstijl - inadequate pijn cognities - geen controle over pijn • stoornis in balans fysieke belasting/belastbaarheid (zie § III.3.1): <ul style="list-style-type: none"> - overbelasting door activiteiten - verminderde lokale belastbaarheid - verminderde algehele belastbaarheid (door vermoeidheid, verminderde conditie, sterke gegeneraliseerde hypertonie of verminderde activiteiten ten gevolge van pijnklachten of bewegingsangst) • stoornis in balans mentale belasting/belastbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> - overbelasting door stress - verminderde mentale belastbaarheid (door het lang voortbestaan van klachten of door gebrek aan controle over klachten) • stoornissen in de stemming/het gevoel (onder andere stemmingswisselingen, depressie) • stoornis in de concentratie • stoornis in het slapen (inslaap- of doorslaapproblemen, vervroegd wakker worden) <p>Participatieproblemen: problemen bij deelname aan het maatschappelijk leven (onder andere participatie in huishouden, verzorging kinderen, werk, opleiding, sport, hobby's, sociale leven)</p>
--

De oefentherapeut-Mensendieck vraagt ook naar een aantal stoornissen behorend bij *specifieke nek-schouderaandoeningen* (zoals een hernia nucleï pulposi, infectie, inflammatoire aandoening, whiplash of cervicale myelopathie). De reden daarvoor is deze aandoeningen uit te sluiten en te kunnen bepalen of de patiënt inderdaad valt binnen de groep patiënten met specifieke nek-schouderklachten.

Voor zover relevant voor de behandeling wordt naar de volgende items gevraagd:

- nevenpathologie en andere stoornissen (onder andere hoofdpijn, hyperventilatie, eenzijdige gehoorstoornissen, visusstoornissen, hoge bloeddruk, hartklachten, tenniselleboog, dysregulatie van het ademen, astma, COPD, kaakproblemen, multipale sclerose, chronisch vermoeidheidssyndroom);
- medische voorgeschiedenis (onder andere fractuur, whiplash, operatie in het nek-schoudergebied, structurele kyfose, recente overige operaties);
- gebruik hulpmiddelen/voorzieningen (onder andere aangepast kussen om op te slapen, dubbelfocus bril, documentenhouder, gebruik loophulpmiddel waardoor overbelasting van het nek-schoudergebied zou kunnen optreden).

2.2.1 VRAGENLIJSTEN ALS HULPMIDDEL BIJ HET IN KAART BRENGEN VAN HET GEZONDHEIDSPROBLEEM

Ter ondersteuning van het in kaart brengen van het gezondheidsprobleem en van de evaluatie van het behandelresultaat kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten. Voor het in kaart brengen van de belangrijkste beperkingen in activiteiten van de patiënt en de mate waarin de patiënt zich beperkt voelt in die activiteiten kan de vragenlijst *'Patiënt Specifieke Klachten'* worden toegepast. Om de subjectieve beleving van de mate van pijn te meten kan een *'VAS'* (Visueel Analoge Schaal) voor pijn gebruikt worden. Voor het objectiveren van de mate van pijn en de mate van problemen met persoonlijke verzorging, tillen, lezen, concentratie, werk, autorijden, slapen en recreatie kan gebruik gemaakt worden van de *'Nek Beperkingen Vragenlijst'* (NDI).

Achtergrondinformatie over deze vragenlijsten, het gebruik er van en de vragen-

lijsten zelf staan beschreven in het deel *'Overzicht van vragenlijsten genoemd in de richtlijnen oefentherapie-Mensendieck'*.

2.3 OEFENTHERAPEUTISCH ONDERZOEK

De meest voorkomende beperkingen in activiteiten en stoornissen in functie of structuur bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten -zoals beschreven in Tabel 2.1- vormen tevens de aandachtspunten voor het oefentherapeutisch onderzoek bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten. Naar aanleiding van de anamnese bepaalt de oefentherapeut-Mensendieck of de patiënt daarnaast andere stoornissen heeft die meegenomen dienen te worden in het oefentherapeutisch onderzoek (bijvoorbeeld sensorische stoornissen, circulatiestoornissen).

2.4 OEFENTHERAPEUTISCHE ANALYSE

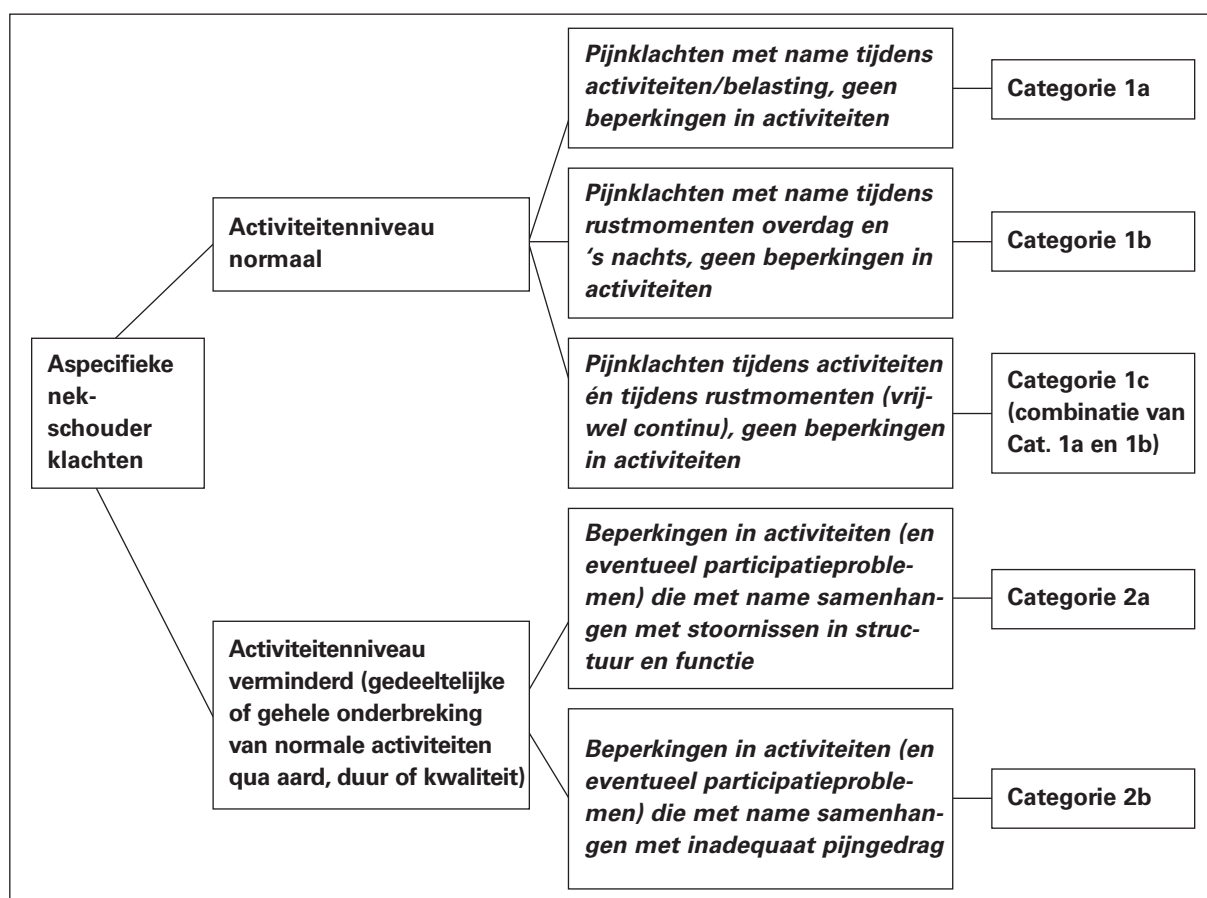
Op basis van de oefentherapeutische diagnose en de behandelbare componenten bepaalt de oefentherapeut-Mensendieck of er een indicatie is voor oefentherapie-Mensendieck. Vervolgens bepaalt hij¹, aan de hand van de afbakening van het onderwerp van de Richtlijn *'Aspecifieke nek-schouderklachten'* (zie § 3.1), of de patiënt volgens de voorliggende richtlijn kan worden behandeld. Voor klachten in het nek-schoudergebied die werkgerelateerd zijn kan eventueel als aanvulling op deze richtlijn gebruik worden gemaakt van de Richtlijn *'Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met RSI-klachten'* (5).

Indien de patiënt volgens de voorliggende richtlijn kan worden behandeld wordt het gezondheidsprofiel van de patiënt vergeleken met Figuur 2.1 en Tabel 2.2. In Figuur 2.1 wordt een indeling van patiënten met specifieke nek-schouderklachten in categorieën weergegeven. De indeling in categorieën is gebaseerd op het moment van de pijnklachten (tijdens activiteiten en/of in rust), het al dan niet aanwezig zijn van beperkingen in activiteiten en de aanwezigheid van inade-

¹Waar in de richtlijn 'hij' respectievelijk 'zijn' staat kan ook 'zij' respectievelijk 'haar' gelezen worden.

quaat pijngedrag. In Tabel 2.2 worden de kenmerken (meest voorkomende beperkingen, stoornissen en participatieproblemen) van patiënten met specifieke nek-schouderklachten per categorie beschreven. Het gaat hierbij om kenmerken die voor kunnen komen. Niet alle aangekruiste kenmerken hoeven bij iedere patiënt voor te komen.

De categorie waarbij het profiel van de betreffende patiënt op het moment van analyse de meeste aansluiting vindt, vormt het uitgangspunt voor de te kiezen behandelstrategie (zie § 2.5). De belangrijkste behandelbare componenten per categorie worden weergegeven in Tabel 2.3.



Figuur 2.1 Indeling van patiënten met specifieke nek-schouderklachten in vijf categorieën en een korte omschrijving van die categorieën

Tabel 2.2 Meest voorkomende **beperkingen** in activiteiten, **stoornissen** in structuur en functie en **participatieproblemen** bij de in Figuur 2.1 omschreven patiëntencategorieën

	1a	1b	1c	2a	2b
Meest voorkomende beperkingen in activiteiten:					
- beperkingen in (basis)activiteiten zoals:					
* het handhaven van een lichaamshouding (zitten, staan, liggen, slaaphouding)				x	x
* het uitvoeren van (basis)bewegingen (reiken, tillen, schrijven) ..				x	x
- beperkingen in activiteiten gerelateerd aan werk, huishouden, sport en/of vrije tijd				x	x
Meest voorkomende stoornissen in functie of structuur:					
- hypertonie in het nek-schoudergebied	x	x	x	x	x
- afwijkende lichaamshouding met name afwijkende stand wervelkolom (CWK, TWK), hoofd en schoudergordel	x	x	x	x	x
- afwijkende bewegingspatronen als gevolg van pijn of verminderde beweeglijkheid van gewrichten (humeroscapulair ritme, cervicale/thoracale intervertebrale gewrichten)	x	x	x	x	x
- disbalans in spieren (zie § III.3.2)	x	x	x	x	x
- stoornissen in adembeweging	x	x	x	x	x
- pijnklachten die:					
* met name optreden tijdens activiteiten/belasting	x		x	x	x
* met name optreden tijdens rust		x	x	x	x
- gegeneraliseerde hypertonie (door onvermogen tot ontspannen leveren rustmomenten geen vermindering van spiertonus op) (zie § III.3.3)		x	x	x	x
- slaapstoornissen (inslaapproblemen, doorslaapproblemen, vervroegd wakker worden)		x	x	x	x
- stoornissen die samenhangen met inadequaat pijngedrag zoals bewegings- en belastingsangst, vermijdingsgedrag, verhoogde aandacht voor lichamelijke sensaties (verlaagde pijndrempel), inadequate copingstijl, inadequate pijn cognities, geen controle over pijn (zie § III.3.4)					x
- stoornis in balans fysieke belasting/belastbaarheid (zie § III.3.1):					
* overbelasting door activiteiten	x	x	x	x	
* verminderde lokale belastbaarheid	x	x	x	x	
* verminderde algehele belastbaarheid door slaapproblemen, sterke gegeneraliseerde hypertonie en onderbelasting ten gevolge van pijn		x	x	x	x
* verminderde algehele belastbaarheid door onderbelasting ten gevolge van bewegingsangst (waardoor verminderde conditie, gegeneraliseerde spieratrofie)					x
- stoornis in balans mentale belasting/belastbaarheid:					
* overbelasting door stress	x	x	x	x	x
* verminderde mentale belastbaarheid door gebrek aan controle over klachten		x	x	x	x
* verminderde mentale belastbaarheid en stoornissen in het mentaal functioneren (stoornissen in stemming/gevoel, depressiviteit) door lang voortbestaan van klachten				x	x
Participatieproblemen:					
- problemen bij deelname aan het maatschappelijk leven (huishouden, werk, sport, opleiding, hobby, recreatie)				x	x

Tabel 2.3 De belangrijkste **behandelbare componenten** per patiëntencategorie

	1a	1b	1c	2a	2b
- Beperkingen in activiteiten				x	x
- Stoornis in balans belasting-belastbaarheid	x	x	x	x	x
- Overbelasting: ongunstige factoren ten aanzien van houding/beweging, taak, omgeving en beleving die een relatie hebben met de nek- schouderklachten, voor zover te beïnvloeden met behulp van oefentherapie-Mensendieck	x	x	x	x	
- Verminderde fysieke (lokale) belastbaarheid: stoornissen in functies die een relatie hebben met het ontstaan en instandhouden van de klachten, onder andere een afwijkende lichaamshouding, afwijkende bewegingspatronen en disbalans in spieren.....	x	x	x	x	
- Verminderde algehele belastbaarheid.....				x	x
- Gegeneraliseerde hypertonie		x	x	x	x
- Inadequaat pijngedrag					x

2.5 OEFENTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN

In Tabel 2.4 tot en met Tabel 2.8 zijn de behandelplannen voor de vijf categorieën van patiënten met specifieke nek-schouderklachten uitgewerkt.

Om evaluatie mogelijk te maken dient de oefentherapeut-Mensendieck het behandel-doel en de subdoelen bij de individuele patiënt zo concreet mogelijk te formuleren (meetbaar, gedetailleerd en gekoppeld aan een bepaalde tijdsperiode), zodat het mogelijk is te beoordelen of zij bereikt zijn.

2.6 OEFENTHERAPEUTISCHE BEHANDELING

De oefentherapeutische behandeling is gericht op het behalen van het gestelde behandel-doel en de daarbij passende subdoelen. De behandeling is individueel gericht en aangepast aan de mogelijkheden en de omstandigheden van de patiënt. De mogelijkheden van de patiënt zijn onder andere afhankelijk van het algehele fysieke en mentale herstelproces en het leerproces dat zich in de patiënt voltrekt. De sessiedoelen, de opbouw van de behandel-sessies, de oefensituaties en de instructies zijn derhalve per patiënt verschillend.

2.7 EVALUATIE

De oefentherapeut-Mensendieck evalueert

tussentijds en aan het eind van de behan-delepisode met de patiënt:

- het behandelproces;
- het behandelresultaat.

Voor evaluatie van de mate van beperkingen zijn de vragenlijst 'Patiënt Specifieke Klach-ten' en de 'Nek Beperkingen Vragenlijst' geschikt. Voor de evaluatie van de mate van pijn kan de oefentherapeut-Mensendieck gebruik maken van de VAS voor pijn. Om de aandacht niet op de pijn te richten wordt bij patiënten uit Categorie 2b afgeraden gebruik te maken van de VAS voor pijn.

Met name bij de groep patiënten waarbij pijnklachten vrijwel continu aanwezig zijn terwijl er geen sprake is van duidelijke beperkingen in activiteiten (Categorie 1c) dient de oefentherapeut-Mensendieck er op bedacht te zijn dat er sprake kan zijn van een ernstige aandoening. Indien een patiënt onvoldoende opknapt of verslechtert dient hij terug verwezen te worden naar de huisarts of specialist.

2.8 AFSLUITING BEHANDELEPISODE

Na afsluiting van de behandlepisode worden in de status van de patiënt een aantal gegevens vastgelegd en volgt een schriftelijk verslag aan de verwijzer.

In het eindverslag kan, naast de minimaal vereiste gegevens (zie § II.8 en § III.2), tevens het effect van de behandeling op het pijnge-drag van de patiënt worden vermeld.

Tabel 2.4 **Oefentherapeutisch behandelplan** van patiënten uit **Categorie 1a** (pijnklachten die met name optreden tijdens activiteiten/belasting, geen beperkingen in activiteiten)

1 Algemeen behandeldoel

De patiënt heeft controle over de klachten of de klachten zijn verminderd/opgeheven en de patiënt heeft de wil, de kennis, het inzicht, de vaardigheden en fysieke mogelijkheden om het geleerde toe te passen tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven om beperkingen in activiteiten te voorkomen.

2 Behandelstrategie

Het accent van de behandeling ligt op verandering in gedrag (met name het voorkómen van fysieke en/of mentale overbelasting) en het verbeteren/herstellen van functies.

Subdoelen met betrekking tot gedrag:

- de patiënt heeft inzicht in de relatie tussen de klachten tijdens activiteiten en ongunstige factoren met betrekking tot houding/beweging, taak (onder andere een belastende dag-indeling), omgeving en beleving;
- de patiënt heeft inzicht in de wijze waarop hij deze factoren zelf kan beïnvloeden;
- de patiënt heeft inzicht in het functioneren van het bewegingsapparaat met betrekking tot de klacht;
- de patiënt is gemotiveerd om veranderingen aan te brengen in houding/beweging, taak, omgeving en beleving, zodat de balans in zowel fysieke als mentale belasting-belastbaarheid wordt bevorderd/hersteld;
- de patiënt oefent thuis.

Subdoelen met betrekking tot functies:

- de stoornissen die in relatie staan tot het ontstaan en instandhouden van de klachten zijn verminderd of opgeheven (bijvoorbeeld de lokale belastbaarheid is geoptimaliseerd, de beweeglijkheid van gewrichten is functioneel, de adembeweging verloopt adequaat, de spieren zijn in balans qua tonus/kracht/lengte zodat gewrichten gestabiliseerd kunnen worden tijdens het handhaven van een optimale houding en bewegingen gecoördineerd kunnen verlopen (zie § III.4.4 en § III.4.5));
- de patiënt kan de fysieke belasting van de nek-schouderregio verminderen door verbetering van houdingen en bewegingen tijdens het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld het aannemen van houdingen met de voor de patiënt optimale gewrichtsstanden en adequaat spiergebruik).

Subdoelen met betrekking tot activiteiten/participatie:

- de patiënt past het optimale houdings- en bewegingsgedrag toe en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven.

3 Hulpmiddelen

Indien nodig hulpmiddelen adviseren om de juiste houding tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten te bevorderen (bijvoorbeeld leesplankje, voetenbank, documenthouder, schuin schrijfblad, strijklank/beugel van de kinderwagen die op de goede hoogte in te stellen zijn).

4 Multidisciplinaire afspraken

Eventueel de patiënt adviseren om contact op te nemen met de ARBO-dienst voor het realiseren van aanpassingen op de werkplek van de patiënt mits er een ongunstige relatie is tussen houding/beweging en de taken op het werk van de patiënt.

Tabel 2.5 **Oefentherapeutisch behandelplan** van patiënten uit **Categorie 1b** (pijnklasten die met name optreden tijdens rustmomenten overdag en 's nachts, geen beperkingen in activiteiten)

1 Algemeen behandeldoel

De patiënt beheerst strategieën om zich tijdens rustmomenten overdag en 's nachts te ontspannen en heeft daardoor controle over de klachten of geen/minder klachten tijdens rustmomenten overdag en 's nachts en minder/geen slaapproblemen. De patiënt heeft tevens de wil, de kennis en het inzicht om de aangeleerde vaardigheden met betrekking tot ontspanning en de rust- en slaaphouding te blijven toepassen.

2 Behandelstrategie

Het accent van de behandeling ligt op het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen de verhoogde fysieke en/of mentale spanning tijdens activiteiten en het optreden van de klachten tijdens rustmomenten (tijdens het slapen of rustmomenten gedurende de dag). Om de hypertonie te verminderen is de behandeling gericht op het voorkómen van fysieke en/of mentale overbelasting en op het toepassen van algehele en partiële ontspanning tijdens rustmomenten en tijdens het uitvoeren van activiteiten (zie § III.4.6).

Subdoelen met betrekking tot gedrag:

- de patiënt begrijpt dat het voorkómen van fysieke en mentale overbelasting en het zich algeheel kunnen ontspannen in rust de primaire behandeldoelen zijn;
- de patiënt heeft inzicht in de relatie tussen de klachten tijdens rustmomenten en de ongunstige factoren met betrekking tot houding/beweging, taak, omgeving en beleving (onder andere een belastende dagindeling, ongunstige rust-/slaaphouding met hoge tonus door bijvoorbeeld onvoldoende ondersteuning van de gewrichten, (adem)beweging met hoge tonus);
- de patiënt heeft inzicht in het functioneren van het bewegingsapparaat met betrekking tot de klacht;
- de patiënt is gemotiveerd om veranderingen aan te brengen in houding/beweging (waaronder rust-/slaaphouding), taak (onder andere dagindeling), omgeving en beleving zodat de balans belasting-belastbaarheid wordt hersteld/bevorderd;
- de patiënt heeft inzicht in de mogelijkheden om zich te ontspannen vóór het slapen gaan;
- de patiënt oefent thuis.

Subdoelen met betrekking tot functies:

- de patiënt voelt dat hij te veel spanning opbouwt tijdens activiteiten en tijdens rust en kan zich zowel fysiek als mentaal ontspannen en adequaat (rustiger) ademen;
- de patiënt kan de fysieke belasting van de nek-schouderregio verminderen door verbetering van de houding tijdens rustmomenten overdag, tijdens het slapen en tijdens het uitvoeren van activiteiten.

Subdoelen met betrekking tot activiteiten/participatie:

- de patiënt past een goede afwisseling tussen activiteiten en rust toe in het dagelijks leven;
- de patiënt past het optimale houdings- en bewegingsgedrag toe en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven;
- de patiënt neemt indien gewenst deel aan sporten (of andere activiteiten zoals wandelen) om tot reductie van de algehele gespannenheid te komen en de algemene belastbaarheid te verhogen/in stand te houden.

3 Hulpmiddelen

- Indien nodig hulpmiddelen adviseren om de juiste houding tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven te bevorderen (bijvoorbeeld leesplankje, voetenbank, documenthouder, schuin schrijfblad, strijkplank/beugel van de kinderwagen die op de goede hoogte in te stellen zijn);
- Goed steunend hoofdkussen/bed;
- Eventueel warmte;
- Eventueel cassettebandje met ontspanningsoefeningen (afgestemd op het gezondheidsprobleem van de patiënt).

4 Multidisciplinaire afspraken

- Eventueel de patiënt adviseren om contact op te nemen met de ARBO-dienst voor het realiseren van aanpassingen op de werkplek van de patiënt mits er een ongunstige relatie is tussen houding/beweging en de taken op het werk van de patiënt;
- Eventueel psychosociale hulpverlening adviseren mits mentale overbelasting een belangrijke factor is voor het instandhouden van de klachten.

Tabel 2.6 **Oefentherapeutisch behandelplan van patiënten uit Categorie 1c (pijnklachten tijdens activiteiten en tijdens rustmomenten (vrijwel continu), geen beperkingen in activiteiten)**

1 Algemeen behandeldoel

De patiënt heeft controle over de klachten of de klachten zijn verminderd/opgeheven en de patiënt heeft de wil, de kennis, het inzicht, de vaardigheden en fysieke mogelijkheden om het geleerde toe te passen tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven en tijdens rustmomenten om beperkingen in activiteiten te voorkomen.

2 Behandelstrategie

De behandelstrategie bestaat uit een combinatie van de strategieën die beschreven zijn voor de Categorieën 1a en 1b en is hier niet verder uitgewerkt.

Met name bij deze groep patiënten, waarbij pijnklachten vrijwel continu aanwezig zijn terwijl er geen sprake is van duidelijke beperkingen, dient de oefentherapeut-Mensendieck er op bedacht te zijn dat er sprake kan zijn van een ernstige aandoening. Deze klachten komen overeen met klachten die op kunnen treden bij (metastasering van) tumoren. Indien een patiënt in deze categorie onvoldoende herstelt of verslechtert dient hij terug te worden verwezen naar de huisarts of specialist.

Tabel 2.7 **Oefentherapeutisch behandelplan** van patiënten uit **Categorie 2a** (beperkingen in activiteiten (en eventueel participatieproblemen) die met name samenhangen met stoornissen in structuur en functie)

1 Algemeen behandeldoel

De patiënt ervaart minder/geen beperkingen in activiteiten en/of heeft minder/geen participatieproblemen en heeft controle over de klachten in rust en tijdens activiteiten. Tevens heeft de patiënt de wil, de kennis, het inzicht, de vaardigheden en fysieke mogelijkheden om het geleerde toe te passen tijdens rustmomenten en tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven om toename van stoornissen en toename/hernieuwde beperkingen in activiteiten en/of participatie te voorkomen.

2 Behandelstrategie

Aangezien de ervaren beperkingen invloed hebben op het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven, is het optimaliseren van het houdings- en bewegingsgedrag van de patiënt tijdens het uitvoeren van activiteiten een belangrijk aandachtspunt in de behandeling. Voor het bewerkstelligen van de gedragsverandering is het van belang dat de benodigde functies geoptimaliseerd zijn.

Subdoelen met betrekking tot gedrag:

- de patiënt heeft inzicht in de relatie tussen de klachten en ongunstige factoren in houding/beweging, taak, omgeving en beleving;
- de patiënt heeft inzicht in de wijze waarop hij deze factoren zelf kan beïnvloeden;
- de patiënt heeft inzicht in het functioneren van het bewegingsapparaat in relatie tot de klacht;
- de patiënt heeft inzicht in zijn pijngedrag (zoals gehanteerde copingstijl, pijn cognities) en is indien nodig bereid om het pijngedrag te veranderen;
- de patiënt is gemotiveerd om veranderingen in houding/beweging, taak, omgeving en beleving aan te brengen, zodat de balans in zowel fysieke als mentale belasting-belastbaarheid bevordert/hersteld wordt;
- de patiënt oefent thuis.

Subdoelen met betrekking tot functies:

- de stoornissen die in relatie staan tot het ontstaan en instandhouden van de klachten zijn verminderd of opgeheven (bijvoorbeeld de lokale belastbaarheid is geoptimaliseerd, de beweeglijkheid van gewrichten is functioneel, de adembeweging verloopt adequaat, de gewrichten kunnen adequaat ondersteund worden tijdens rustmomenten, de spieren zijn in balans qua tonus/kracht/lengte zodat gewrichten gestabiliseerd kunnen worden tijdens het handhaven van een optimale houding en bewegingen gecoördineerd kunnen verlopen (zie § III.4.4 en § III.4.5));
- de patiënt kan de fysieke belasting van de nek-schouderregio verminderen door verbetering van houding en beweging tijdens rustmomenten en tijdens het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld het aannemen van houdingen met de voor de patiënt optimale gewrichtsstanden en adequaat spiergebruik).

Subdoelen met betrekking tot activiteiten:

- de patiënt past het optimale houdings- en bewegingsgedrag toe en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven;
- de patiënt past een adequate dagindeling (afwisseling rust en activiteiten) toe, waarbij stapsgewijs meer fysieke activiteiten ondernomen worden (zie § III.4.7).

Subdoelen met betrekking tot participatie:

- de patiënt neemt deel aan sporten (of andere activiteiten zoals wandelen) om tot reductie van de algehele gespannenheid te komen en de algemene belastbaarheid te verhogen;
- de patiënt neemt (indien gewenst) uitgebreider deel aan het maatschappelijk leven.

3 Hulpmiddelen

- Eventueel cassettebandje met ontspanningsoefeningen (afgestemd op het gezondheidsprobleem van de patiënt);
- Indien nodig hulpmiddelen adviseren om de juiste houding tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven te bevorderen (bijvoorbeeld leesplankje, voetenbank, documenthouder, schuin schrijfblad, strijkplank/beugel van de kinderwagen die op de goede hoogte in te stellen zijn);
- Goed ondersteunend hoofdkussen/bed;
- Eventueel warmte.

4 Multidisciplinaire afspraken

- Eventueel de patiënt adviseren om contact op te nemen met de ARBO-dienst voor het realiseren van aanpassingen op de werkplek van de patiënt mits er een ongunstige relatie is tussen houding/beweging en de taken op het werk van de patiënt;
- Eventueel psychosociale hulpverlening adviseren mits mentale overbelasting een belangrijke factor is voor het instandhouden van de klachten.

Tabel 2.8 **Oefentherapeutisch behandelplan** van patiënten uit **Categorie 2b** (beperkingen in activiteiten (en eventueel participatieproblemen) die met name samenhangen met inadequaat pijngedrag)

1 Algemeen behandeldoel

De patiënt ervaart minder/geen beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, heeft controle over de klachten en een adequater pijngedrag. Tevens heeft de patiënt de wil, de kennis, het inzicht, de vaardigheden en de fysieke mogelijkheden om meer activiteiten te ondernemen en deelname aan het maatschappelijk leven uit te breiden.

2 Behandelstrategie:

Aangezien het pijngedrag bij deze patiënten grote invloed heeft op het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven, wordt de aandacht niet op de pijn gevestigd maar ligt het accent van de behandeling op het veranderen van het pijngedrag en op het stimuleren van activiteiten.

In verband met het inadequaat pijngedrag worden met de patiënt duidelijke afspraken gemaakt omtrent het aantal behandelsessies en de momenten waarop de subdoelen en het behandeldoel behaald dienen te zijn (zie § III.4.7).

Subdoelen met betrekking tot gedrag:

- de patiënt begrijpt dat pijnvermindering geen primair behandeldoel is;
- de patiënt neemt een actieve rol in de behandeling aan en voelt zich mede verantwoordelijk voor het behalen van het behandeldoel;
- de patiënt heeft inzicht in het feit dat de 'basispijn' niet (meer) veroorzaakt wordt door weefselschade;
- de patiënt heeft inzicht in het feit dat vermijden van bepaalde bewegingen en activiteiten leidt tot het verslechteren van de lichamelijke conditie, waardoor bewegen nog pijnlijker wordt;
- de patiënt heeft inzicht in zijn pijngedrag (zoals gehanteerde copingstijl, pijn cognities, bewegingsangst, vermijdingsgedrag, overmatige aandacht voor lichamelijke sensaties) en is bereid om het pijngedrag te veranderen;

- de patiënt heeft ervaren en is zich bewust van het feit dat een toename van activiteiten niet schadelijk is, maar juist een positief effect kan hebben op de pijnklachten en het bewegend functioneren (positieve bewegingservaring) en is bereid stapsgewijs activiteiten op te bouwen;
- de patiënt doet ontspanningsoefeningen thuis.

Subdoelen met betrekking tot functies:

- de patiënt kan zich ontspannen;
- de patiënt kan zich minder belastend (meer ontspannen) bewegen en kan een meer ontspannen houding opbouwen (ter vermindering of compensatie van beperkingen);
- de patiënt heeft een betere algehele conditie (uithoudingsvermogen, spierkracht, beweeglijkheid gewrichten).

Subdoelen met betrekking tot activiteiten:

- de patiënt past het veranderde houdings- en bewegingsgedrag toe tijdens het uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven;
- de patiënt onderneemt stapsgewijs meer fysieke activiteiten (zie § III.4.7).

Subdoelen met betrekking tot participatie:

- de patiënt neemt deel aan sporten (of andere activiteiten zoals wandelen) om tot reductie van de algehele gespannenheid te komen en de algemene belastbaarheid te verhogen;
- indien gewenst neemt de patiënt uitgebreider deel aan het maatschappelijk leven.

3 Hulpmiddelen

Geen.

Het adviseren van hulpmiddelen vestigt de aandacht op de klachten en kan het inadequaat pijngedrag instandhouden (hulpmiddelen kunnen somatiserend werken).

4 Multidisciplinaire afspraken

- Eventueel contact opnemen met een multidisciplinair pijncentrum (via de verwijzer);
- Eventueel duidelijke afspraken maken met huisarts/specialist/bedrijfsarts omtrent het behandelbeleid;
- Bij het uitblijven van klachtenvermindering eventueel psychosociale hulpverlening in verband met het inadequate pijngedrag.

3 VERANTWOORDING EN TOELICHTING

De Verantwoording en Toelichting dient als achtergrondinformatie bij Hoofdstuk 2 (het methodisch oefentherapeutisch handelen bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten). Algemene achtergrondinformatie behorende bij de richtlijnen voor oefentherapeuten-Mensendieck staat beschreven in Hoofdstuk III in het Algemeen deel van de richtlijnen.

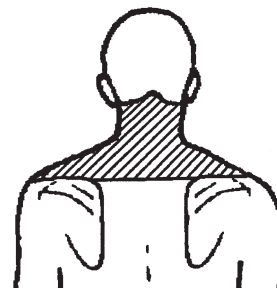
3.1 AFBAKENING RICHTLIJN EN DEFINITIE ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDERKLACHTEN

Deze richtlijn betreft het oefentherapeutisch handelen bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten. Naar analogie van de definitie van specifieke lage rugklachten (6) wordt in deze richtlijn onder specifieke nek-schouderklachten het volgende verstaan:

- klachten die gelokaliseerd zijn in de nek-schouderregio;
- klachten die variëren in de tijd afhankelijk van lichamelijke activiteit en/of rust;
- klachten waarvoor geen specifieke oorzaken aanwijsbaar zijn, zoals een tumor, een trauma (bijvoorbeeld fractuur, whiplash, hoofdletsel), een infectie, een inflammatoire aandoening (bijvoorbeeld reumatoïde artritis), een hernia nuclei pulposi cervicale (radiculair syndroom) of een congenitale afwijking in de nek-schouderregio.

Bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten zijn soms degeneratieve veranderingen aanwezig (7). Aangezien degeneratieve aandoeningen niet gerelateerd zijn aan nek-schouderklachten, wordt een cervicale artrose gerekend tot de specifieke nek-schouderklachten (8).

De primaire klacht van de patiënt bevindt zich in de nek-schouderregio (vanaf os occipitale tot aan spinae scapulae). Dit gebied is in Figuur 3.1 weergegeven. De (pijn)klachten zijn ontstaan in de nek-schouderregio, maar kunnen uitstralen naar de regio van het hoofd, de thoracale regio of de schouderarm regio. Het onderzoek en de behandeling van klachten die primair in het hoofd (spanningshoofdpijn, duizeligheid), het schoudergewricht of het thoracale gebied zitten worden niet in deze richtlijn beschreven.



Figuur 3.1 De richtlijn specifieke nek-schouderklachten heeft betrekking op patiënten die primair klachten hebben in het gearceerde gebied

3.2 EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Pijnklachten in de nek-schouderregio komen veel voor in de westerse samenleving. Prevalentiecijfers van nekkklachten variëren van 9,5 tot 35%, waarvan de meeste prevalentiecijfers zich tussen de 10 en 15% bevinden (9). Per jaar bezoeken ongeveer 22 per 1000 geregistreerde patiënten de huisarts vanwege nekkklachten (10).

Chronische specifieke nekkklachten vormen een aanzienlijke financiële last voor de patiënt en de maatschappij. Borghouts schat de totale kosten van chronische specifieke nekkklachten voor de Nederlandse samenleving in 1997 op 2,5 miljard gulden (9). Hiervan is 400 miljoen (16%) directe kosten (medische en paramedische zorg, medicijnen, hulpmiddelen, reiskosten, et cetera) en 2,1 miljard indirecte kosten (kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid). Het grootste gedeelte (35%) van de directe kosten komt op rekening van de paramedische zorg (9).

3.3 RISICOFACTOREN VOOR HET ONTSTAAN VAN ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDEKLAGTEN

Er zijn enige aanwijzingen om te kunnen stellen dat flexie van de nek, de houding van de arm(en), activiteiten waarbij de arm(en) kracht moet(en) leveren, de duur van zittend werk, het draaien en buigen van de romp, hand-arm vibraties en de inrichting van de werkplek risicofactoren zijn voor het ontstaan van nekklachten (11). Er zijn nog onvoldoende aanwijzingen voor de stelling dat extensie en rotatie van de nek, autorijden en het beoefenen van sport een positieve of negatieve relatie hebben met het ontstaan van nekklachten. Dit heeft te maken met het kleine aantal onderzoeken naar deze risicofactoren, de geringe methodologische kwaliteit en de soms tegenstrijdige resultaten van deze onderzoeken (11).

3.4 NATUURLIJK BELOOP

Er is weinig bekend over het beloop van acute of sub-acute nek-schouderklachten (8). Over het beloop van chronische nek-schouderklachten is meer informatie beschikbaar. Borghouts heeft 491 patiënten met chronische aspecifieke nekklachten in Nederlandse huisartspraktijken twee jaar lang gevolgd (9). Uit dit onderzoek bleek dat de chronische nekklachten in die twee jaar nauwelijks veranderden wat betreft pijn, beperkingen in activiteiten, ervaren gezondheid, angst, depressie en ziekteverzuim. Voor iedere patiënt werden ook de verschillen in pijnscores berekend tussen de eerste meting en de meting na twee jaar follow-up. Bij 75% van de patiënten werden verschillen in pijnscores gemeten die vielen binnen een 'niet klinisch relevant' interval. Chronische nekklachten blijven dus vaak bestaan ondanks medische zorg.

3.5 PROGNOSTISCHE FACTOREN

Prognostische factoren zijn factoren die invloed hebben op het voortbestaan van de klachten, op het moment dat de patiënt al nek-schouderklachten heeft. Sommige prognostische factoren hebben een gunstig effect op het beloop van de klachten, andere prognostische factoren hebben een ongunstig effect. De aanwezigheid van een ongunstige prognostische factor vergroot de kans

op toename of het instandhouden van de klachten.

Er is nog niet veel bekend over prognostische factoren bij aspecifieke nek-schouderklachten.

In het overzichtsartikel van Borghouts en anderen (8) is bekeken welke factoren (zoals leeftijd, geslacht, uitgebreidheid van de pijn, localisatie, bestaansduur van de klachten, soort activiteiten, radiologische bevindingen) een prognostische betekenis hebben bij patiënten met aspecifieke nekpijn. De auteurs hebben slechts zes artikelen gevonden waarin prognostische factoren zijn onderzocht. Van deze zes artikelen betreffen vijf artikelen een onderzoek met een lage methodologische kwaliteit, waardoor er voorzichtig omgegaan moet worden met de interpretatie van de gevonden prognostische factoren. Een hogere pijnintensiteit blijkt samen te hangen met een slechtere prognose. Ook het vóórkomen van nekklachten in het verleden blijkt samen te hangen met een slechtere prognose. Verder zijn er aanwijzingen dat de localisatie (uitstralende pijn/neurologische symptomen) en radiologische bevindingen niet samenhangen met de prognose. De prognostische betekenis van de factoren leeftijd, geslacht, duur van de klachten en beroep is nog onduidelijk.

Aangezien radiologische bevindingen geen relatie vertonen met de prognose van aspecifieke nek-schouderklachten, is het niet noodzakelijk om over uitslagen van radiologisch onderzoek te beschikken.

Uit onderzoeken naar de relatie tussen prognostische factoren en het voortbestaan van andere chronische aandoeningen waarvoor geen specifieke oorzaken aanwijsbaar zijn (zoals aspecifieke lage rugklachten, chronische vermoeidheid en fibromyalgie) is gebleken dat passieve coping, inadequate pijn cognities, bewegingsangst en vermijdingsgedrag van invloed zijn op het voortbestaan van klachten (zie § III.3.4). Gesteld mag worden dat deze factoren ook een prognostische betekenis kunnen hebben bij aspecifieke nek-schouderklachten, aangezien dit eveneens een aandoening is zonder aanwijsbare specifieke oorzaak.

3.6 HYPOTHESEN OVER HET ONTSTAAN EN VOORTBESTAAN VAN ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDERKLACHTEN

Over het ontstaansmechanisme van specifieke nek-schouderklachten is vooralsnog weinig duidelijkheid. In het algemeen deel van de richtlijnen (zie § III.3) zijn een aantal van de in de literatuur beschreven mechanismen en modellen uitgewerkt die bij het ontstaan en voortbestaan van langdurige aspecifieke klachten relevant lijken te zijn.

3.7 EFFECTIVITEIT VAN OEFENEN EN INFORMEREN/ADVISEREN

In de literatuur zijn geen onderzoeken gevonden over het effect van oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten. Dit betekent dat er geen directe wetenschappelijke onderbouwing is voor de behandeling door de oefentherapeut-Mensendieck van patiënten met aspecifieke nek-schouderklachten. Er is echter wel onderzoek verricht naar het effect van oefenen bij deze patiëntencategorie.

Er zijn twee overzichtsartikelen verschenen waarin de effectiviteit is onderzocht van conservatieve behandelvormen bij patiënten met nekklachten (12-14). In het overzichtsartikel van Gross en anderen (12, 13) zijn 25 effectonderzoeken opgenomen uit de periode 1985-1993. In het overzichtsartikel van Kjellman en anderen (14) zijn 27 effectonderzoeken opgenomen uit de periode 1966-1995. De meeste effectonderzoeken worden in beide overzichtsartikelen genoemd. Een aanvullende literatuurzoekactie naar effectonderzoeken (gepubliceerd in de periode 1996-1999) heeft nog twee onderzoeken naar de effectiviteit van oefeningen opgeleverd.

In de voorliggende richtlijn worden alleen de effectonderzoeken besproken die betrekking hebben op patiënten met subacute of chronische aspecifieke nek-schouderklachten en waarin het effect van interventies is onderzocht die van belang kunnen zijn voor oefentherapie-Mensendieck. Dit zijn interventies die vallen onder 'individueel of groepsgewijs oefenen' en/of 'het geven van informatie en adviezen'. In totaal zijn tien effectonderzoeken geselecteerd (15-25). In Bijlage 1 worden de interventies en de resultaten van de tien effectonderzoeken beschreven.

Twee van de tien effectonderzoeken hebben een goede methodologische kwaliteit. De belangrijkste methodologische knelpunten zijn:

- effectmetingen niet geblindeerd uitgevoerd;
- onvoldoende relevante uitkomstmaten, die aansluiten bij behandeldoelen;
- gebruik van meetinstrumenten die onvoldoende getest zijn op betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor veranderingen;
- onvoldoende vergelijkbaarheid van groepen op relevante kenmerken tijdens beginmeting en kleine groepen.

Een oefenprogramma bestaande uit krachttraining en rekken van spieren in de nek-schouderregio en een oefenprogramma voor thuis lijken een positief effect te hebben op vermindering of opheffing van de stoornissen van patiënten met nekklachten (15), terwijl alleen isometrische spierkrachttraining geen effect lijkt te hebben (16). Oefeningen gericht op het verbeteren van de proprioceptie in de nekregio blijken een positief effect te hebben op de vermindering of opheffing van de nekklachten (17). Fysiotherapie en manuele therapie leiden op korte termijn tot betere resultaten dan begeleiding door de huisarts (24, 25). Het informeren en adviseren binnen een nekschool lijkt geen positief effect te hebben (19). Geen duidelijke verschillen worden gevonden tussen individuele therapie en groepstherapie (19, 20, 22).

Zoals uit Bijlage 1 blijkt, komen de interventies in de effectonderzoeken niet overeen met de inhoud van de behandeling door een oefentherapeut-Mensendieck. Het merendeel van de uitkomstmaten in de effectonderzoeken is op stoornisniveau (pijn, beweeglijkheid van de nek, spierkracht). Deze uitkomstmaten sluiten niet goed aan bij de behandeldoelen van oefentherapie-Mensendieck, waarbij het gaat om het integreren van goed houdings- en bewegingsgedrag in de dagelijkse activiteiten van de patiënt.

Door het geringe aantal effectonderzoeken met een goede methodologische kwaliteit, de diversiteit in interventies en de geringe overeenkomst van deze interventies met oefentherapie-Mensendieck is het moeilijk om op basis van wetenschappelijke gegevens conclusies te trekken over de effectiviteit van oefenen en het geven van infor-

matie en advies. De effectonderzoeken leveren onvoldoende aanwijzingen om conclusies te kunnen trekken over de optimale inhoud van een interventie oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met specifieke nek-schouderklachten.

Het behandelplan in de richtlijn specifieke nek-schouderklachten is door het ontbreken van voldoende relevante literatuur voornamelijk beschreven op basis van consensus binnen de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck.

LITERATUUR

- 1 Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck. Beroepsprofiel van de oefentherapeut-Mensendieck. Utrecht: NVOM; 2000.
- 2 Dijkstra ZM, Schulte M, Lakerveld-Heyl K, et al. Verslaglegging door oefentherapeuten-Mensendieck. Utrecht/Amersfoort: NVOM/NPi; 1999.
- 3 RIVM. ICIDH-2: internationale classificatie van het menselijk functioneren. Nederlandse vertaling van het Beta-2 voorstel, volledige versie. Bilthoven: RIVM; 1999.
- 4 WHO. International classification of functioning and disability. Beta-2 draft. Geneve: World Health Organization; 1999.
- 5 Bredero AB, Jans MP, Vos GE. Richtlijn Oefentherapie-Mensendieck bij patiënten met RSI-klachten. Amersfoort: NPi; 2001.
- 6 Waddell G, Nachemson AL, Phillips RB, editors. The back pain revolution. London: Churchill Livingstone; 1998.
- 7 Bogduk N. Neck pain. Aust Fam Physician 1984;113(1):26-30.
- 8 Borghouts JAJ, Koes BW, Bouter LM. The clinical course of prognostic factors of non-specific neck pain: a systematic review. Pain 1998;77(1):1-13.
- 9 Borghouts JAJ. Neck pain in general practice. Prognosis, management and costs [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2000.
- 10 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst; 1991.
- 11 Ariëns GAM, Mechelen W van, Bongers PM, et al. Physical risk factors for neck pain. Scand J Work Environ Health 2000;26(1):7-19.
- 12 Gross AR, Aker PD, Goldsmith CH, et al. Conservative management of mechanical neck disorders. Part 2: physical medicine modalities (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, 1999 (Issue 1).
- 13 Gross AR, Aker PD, Goldsmith CH, et al. Conservative management of mechanical neck disorders. Part 4: patient education (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, 1999 (Issue 1).
- 14 Kjellman GV, Skagren EI, Öberg B. A critical analysis of randomised clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. Scand J Rehab Med 1999;31:139-52.
- 15 Levoska S. Active or passive physiotherapy for occupational cervicobrachial disorders? A comparison of two treatment methods with a 1-year follow-up. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:425-30.
- 16 Goldie I, Landquist A. Evaluation of the effects of different forms of physiotherapy in cervical pain. Scand J Rehab Med 1970;2(3):117-21.
- 17 Revel M, Minguet M, Gergoy P, et al. Changes in cervicocephalic kinesthesia after a proprioceptive rehabilitation program in patients with neck pain: a randomized controlled study. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:895-9.
- 18 Takala E, Viikari-Juntura E, Tynkkynen E. Does group gymnastics at the workplace help in neck pain? Scand J Rehab Med 1994;26:17-20.
- 19 Kamwendo K, Linton SJ. A controlled study of the effect of neck school in medical secretaries. J Rehab Med 1991;23:143-52.
- 20 Vasseljen O, Johansen BM, Westgaard RH. The effect of pain reduction on perceived tension and EMG-recorded trapezius muscle activity in workers with shoulder and neck pain. Scand J Rehab Med 1995;27:243-52.
- 21 Zylbergold RS, Piper MC. Cervical spine disorders: a comparison of three types of traction. Spine 1985;10(1):867-71.
- 22 Jordan A, Bendix T, Nielsen H, et al. Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain: a prospective, single-blinded, randomized clinical trial. Spine 1998;23(3):311-9.
- 23 Randlov A, Østergaard M, Manniche C, et al. Intensive dynamic training for females with chronic neck/shoulder pain. A randomized controlled trial. Clin Rehabil 1998;12:200-10.

- 24 Koes BW, Bouter LM, Mameren H van, et al. A blinded randomized clinical trial of manual therapy and physiotherapy for chronic back and neck complaints: physical outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther* 1992; 15(1):16-23.
- 25 Koes BW, Bouter LM, Mameren H van, et al. The effectiveness of manual therapy, physiotherapy, and treatment by the general practitioner for nonspecific back and neck complaints: a randomized clinical trial. *Spine* 1992;17(1):28-35.

EFFECTONDERZOEKEN DIE BETREKKING HEBBEN OP OEFENEN EN INFORMEREN/ADVISEREN BIJ PATIËNTEN MET ASPECIFIEKE NEKKLACHTEN

Auteur + methodologische kwaliteit	Populatie patiënten	Beschrijving interventie	Resultaten
<i>I</i> Interventiegroep versus controlegroep			
Levoska (1993) matig-goed ¹	vrouwelijke werknemers met nekklachten > 1x per week (acuut of chronisch niet aangegeven)	<i>Interventiegroep:</i> rekoefeningen en dynamische spierkrachttraining nek-schouderregio + oefenprogramma voor thuis <i>Controlegroep:</i> passieve therapie (warmte, massage, lichte oefeningen), geen oefenprogramma voor thuis	Significant verschil tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn in nek-schouderregio (alleen op korte termijn) - hoofdpijn (op korte en lange termijn) - maximale isometrische spierkracht nekspieren (lateroflexie en extensie) - knijpkracht hand - uithoudingsvermogen spieren in schouderregio Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - spiertonus in nek-schouderregio - pijnpunten nek-schouderregio - pijndrempel m. trapezius
Goldie (1970) matig ¹	nekpijn met uitstralende klachten in arm (acuut of chronisch niet aangegeven)	<i>Interventiegroep:</i> isometrische spierkrachttraining nekspieren + adviezen (geen zware lasten tillen, vaak rusten op laag kussen, geen rotatiebewegingen) <i>Controlegroep:</i> alleen adviezen	Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn - beweeglijkheid nek - neurologische symptomen
Revel (1994) matig ²	chronische aspecifieke nekklachten > 3 maanden	<i>Interventiegroep:</i> oefeningen voor oog-nekcoördinatie (verbetering proprioceptie nek) + medicatie <i>Controlegroep:</i> alleen medicatie	Significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn - beweeglijkheid nek in rotatierichting - mening patiënt over verbetering functioneren Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - beweeglijkheid nek in flexie-extensierichting - gebruik medicatie
Takala (1994) zwak ²	vrouwelijke werknemers met frequente nekklachten	<i>Interventiegroep:</i> groepstraining: oefenprogramma voor hele lichaam (aërobe dynamische oefeningen, ontspanning, rekken) <i>Controlegroep:</i> geen programma	Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn - beperkingen - pijndrempel nekspieren
Kamwendo (1991) matig ¹	vrouwen met zittend werk die nek- of schouderklachten hebben gehad in afgelopen jaar, hoeven geen klachten te hebben op moment van deelname aan onderzoek	<i>Interventiegroep I:</i> nekschool (voorlichting, ergonomie, oefeningen) <i>Interventiegroep II:</i> nekschool + individuele begeleiding om therapietrouw te verhogen <i>Controlegroep:</i> geen programma	Geen significante verschillen tussen groepen ten aanzien van: - pijn - hoofdpijn - beweeglijkheid nek - vermoeidheid spieren - werkdruk - ziekteverzuim Significant verschil tussen groep I en de andere groepen ten aanzien van: - rugpijn Significant verschil tussen groep II en de andere groepen ten aanzien van: - therapietrouw

Auteur + methodologische kwaliteit	Populatie patiënten	Beschrijving interventie	Resultaten
II <i>Vergelijking tussen twee of meer interventiegroepen</i>			
Vasseljen (1995) matig ²	vrouwelijke werknemers met chronische aspecifieke nekklachten > 6 maanden	<i>Interventiegroep I:</i> individuele therapie (massage, oefeningen, rekken, krachttraining, adviezen, evt. passieve mobilisatie) <i>Interventiegroep II:</i> groepstherapie (spierkrachttraining, rekken, adviezen)	Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn - ervaren algehele spanning - spieractiviteit m. trapezius desc. - pijnpunten in m. trapezius desc.
Zylbergold (1985) matig ²	nekklachten met afwijkende radiologische bevindingen, acuut of chronisch	<i>Interventiegroep I:</i> tractie (statisch, intermitterend of manueel) + oefeningen, warmte en adviezen <i>Interventiegroep II:</i> oefeningen, warmte en adviezen	Significante verschillen tussen groep I met intermitterende tractie en groep II ten aanzien van: - pijn - beweeglijkheid nek (rotatie en flexie) Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - gebruik medicatie en/of nek kraag
Jordan (1998) matig ³	chronische aspecifieke nekklachten > 3 maanden	<i>Interventiegroep I:</i> intensieve groepstraining (krachttraining nek-schouderregio, rekken, adviezen, oefenprogramma voor thuis) <i>Interventiegroep II:</i> individuele therapie (onder andere warmte, massage, ultrageluid, mobilisatie, oefeningen, adviezen, oefenprogramma voor thuis) <i>Interventiegroep III:</i> manipulatie cervicale wervelkolom door chiropractor	Geen significante verschillen tussen groepen ten aanzien van: - pijn - beperkingen in activiteiten - ervaren resultaat volgens patiënt / therapeut - gebruik medicatie - beweeglijkheid nek - spierkracht nekspieren
Randlov (1998) zwak-matig ³	vrouwen met chronische aspecifieke nek-schouderklachten > 6 maanden	<i>Interventiegroep I:</i> groepstherapie: intensieve krachttraining nek-schouder spieren <i>Interventiegroep II:</i> groepstherapie: lichte training nek-schouder spieren + warmte	Geen significante verschillen tussen beide groepen ten aanzien van: - pijn - ADL - spierkracht nekspieren - gebruik medicatie
Koes (1992) (2 artikelen) matig-goed ¹	aspecifieke nek- of rugklachten > 6 weken	<i>Interventiegroep I:</i> fysiotherapie (oefenen, massage en/of applicaties) <i>Interventiegroep II:</i> manuele therapie <i>Interventiegroep III:</i> huisarts (medicatie, adviezen) <i>Interventiegroep IV:</i> placebo applicatie	Er is geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met nekklachten en patiënten met rugklachten. Geen significante verschillen tussen groepen ten aanzien van: - pijn Significante verschillen tussen groep I/II en groep III ten aanzien van: - belangrijkste klacht (op korte termijn) - ervaren resultaat volgens patiënt (op korte termijn) Significante verschillen tussen groep II en andere groepen ten aanzien van: - actieve nek- en rugbewegingen

¹ Beoordeling volgens Gross e.a., 1999 (12)

² Beoordeling volgens Kjellmann e.a., 1999 (14)

³ Beoordeling door NPi-Projectteam NVOM-richtlijnen volgens Cochrane methode van Gross e.a., 1999 (12)

LEDEN VAN DE PROJECTGROEP EN REFERENTIEGROEP

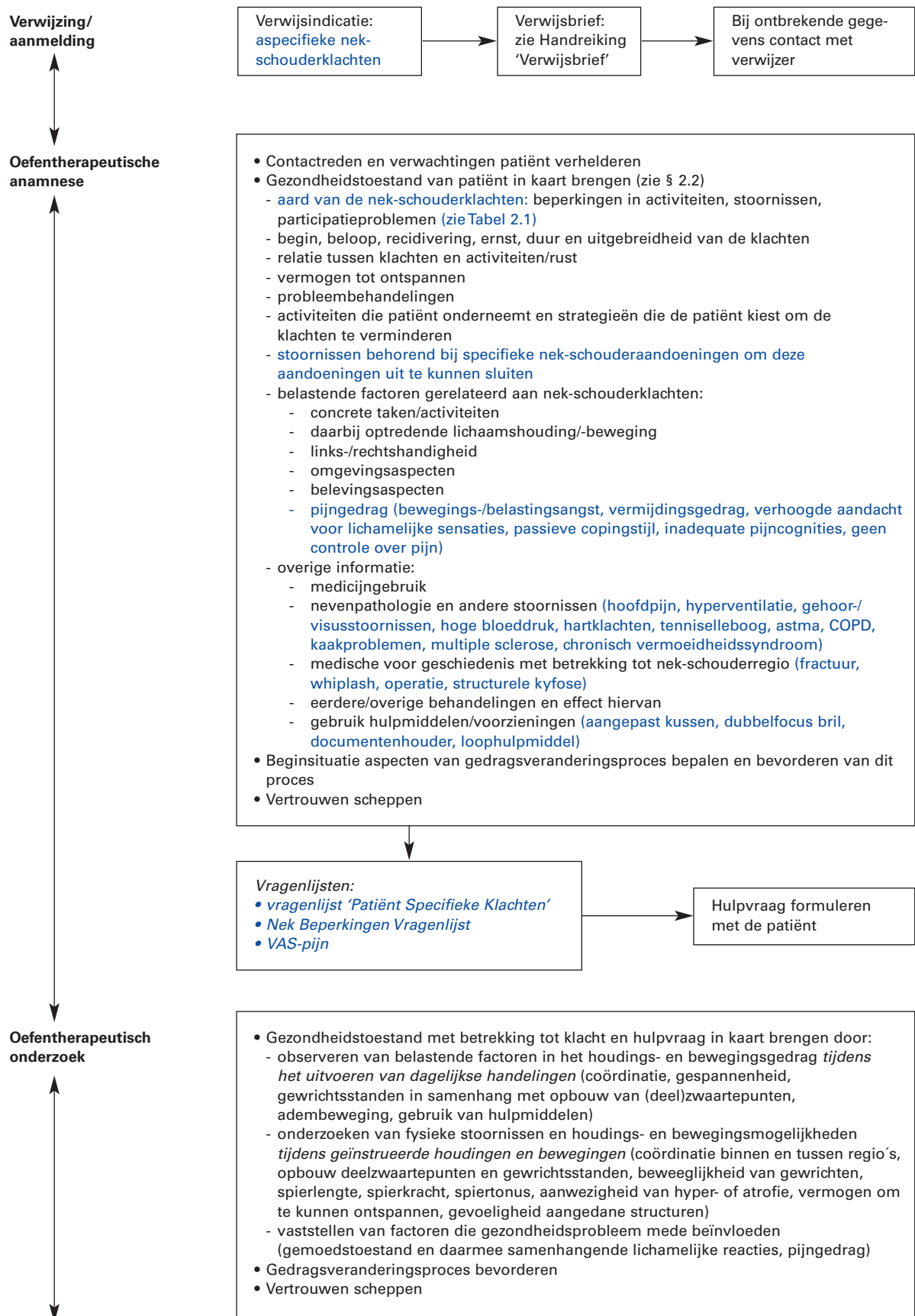
Projectgroep

Mw. C.C.M. Bentvelsen, oefentherapeut-Mensendieck
Mw. M. Janse, oefentherapeut-Mensendieck
Mw. L. Kloppenburg, oefentherapeut-Mensendieck
Mw. A.M. Lochtenberg, oefentherapeut-Mensendieck
Mw. M.M.G. van Warmenhoven, oefentherapeut-Mensendieck
Mw. J.C. Welten, oefentherapeut-Mensendieck

Referentengroep

Drs. P. Heuts, revalidatie-arts in Stichting Revalidatie Limburg te Hoensbroek
Dr. B.W. Schreurs, orthopedisch chirurg in Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen

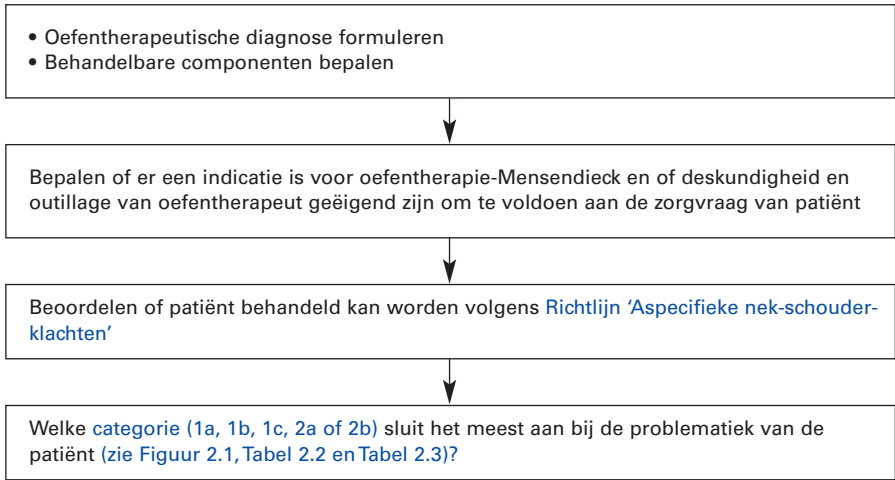
SCHEMATISCH OVERZICHT VAN HET METHODISCH OEFENTHERAPEUTISCH HANDELEN BIJ PATIËNTEN MET ASPECIFIEKE NEK-SCHOUDERKLACHTEN



Oefentherapeutische analyse



Oefentherapeutisch behandelplan



Cat.	Omschrijving	Algemeen behandeldoel	Accenten in behandelstrategie	Belangrijkste subdoelen als onderdeel van behandelstrategie
1a	pijnklachten met name tijdens activiteiten/belasting, geen beperkingen in activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • geen/minder klachten of klachten onder controle • beperkingen in activiteiten worden voorkomen 	<ul style="list-style-type: none"> • voorkómen van fysieke en/of mentale overbelasting • verbeteren/herstellen van functies 	<ul style="list-style-type: none"> • inzicht in relatie tussen klachten tijdens activiteiten en ongunstige factoren en de wijze waarop deze factoren te beïnvloeden zijn • inzicht in functioneren van het bewegingsapparaat • gemotiveerd om veranderingen aan te brengen in houding/beweging, taak, omgeving, beleving (herstel balans belasting-belastbaarheid) • oefent thuis • stoornissen zijn verminderd/opgeheven • past betere houdingen en bewegingen toe tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (met lagere fysieke belasting van nek-schouderregio) • past optimaal houdings- en bewegingsgedrag toe en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten
1b	pijnklachten met name tijdens rustmomenten overdag en 's nachts, geen beperkingen in activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • geen/minder klachten tijdens rustmomenten, of klachten onder controle • minder/geen slaapproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • voorkómen van fysieke en/of mentale overbelasting • toepassen van algehele en partiële ontspanning 	<ul style="list-style-type: none"> • inzicht in relatie tussen klachten tijdens rustmomenten en ongunstige factoren en de wijze waarop deze factoren te beïnvloeden zijn • begrijpt dat het voorkomen van fysieke en mentale overbelasting en het zich algeheel kunnen ontspannen in rust primaire behandeldoelen zijn • inzicht in functioneren van het bewegingsapparaat • inzicht in mogelijkheden om zich te ontspannen voor het slapen gaan • gemotiveerd om veranderingen aan te brengen in houding/beweging, taak, omgeving, beleving (herstel balans belasting-belastbaarheid) • oefent thuis • kan zich ontspannen en adequater ademen • past betere houdingen toe tijdens rustmomenten overdag, tijdens het slapen en tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (met lagere fysieke belasting van nek-schouderregio) • past optimaal houdings- en bewegingsgedrag toe (onder andere een goede afwisseling tussen activiteiten en rust) en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten • neemt (indien gewenst) deel aan sporten of andere activiteiten zoals wandelen om ontspanning te verminderen en algemene belastbaarheid te verhogen

Cat.	Omschrijving	Algemeen behandeldoel	Accenten in behandelstrategie	Belangrijkste subdoelen als onderdeel van behandelstrategie
1c	pijnklachten tijdens activiteiten én tijdens rustmomenten (vrijwel continu), geen beperkingen in activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • geen/minder klachten of klachten onder controle (ook tijdens rustmomenten) • beperkingen in activiteiten worden voorkomen 	<p>zie Cat. 1a en 1b.</p> <p>Bedacht zijn op ernstige aandoening (tumoren)</p>	zie Cat. 1a en 1b.
2a	beperkingen in activiteiten (en eventueel participatieproblemen) die met name samenhangen met stoornissen in functie of structuur	<ul style="list-style-type: none"> • geen/minder beperkingen in activiteiten/participatieproblemen • klachten onder controle • voorkomen van toename van stoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> • optimaliseren van houdings- en bewegingsgedrag tijdens het uitvoeren van activiteiten • optimaliseren van functies 	<ul style="list-style-type: none"> • inzicht in relatie tussen klachten tijdens activiteiten/rustmomenten en ongunstige factoren en de wijze waarop deze factoren te beïnvloeden zijn • inzicht in functioneren van het bewegingsapparaat • inzicht in pijngedrag en, indien nodig, bereidheid om pijngedrag te veranderen • gemotiveerd om veranderingen aan te brengen in houding/beweging, taak, omgeving, beleving • oefent thuis • stoornissen zijn verminderd/opgeheven • past betere houdingen en bewegingen toe tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en tijdens rustmomenten (met lagere fysieke belasting van nek-schouderregio) • past optimaal houdings- en bewegingsgedrag toe en gebruikt eventuele hulpmiddelen adequaat tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten • past adequate dagindeling toe, waarbij stapsgewijs meer fysieke activiteiten worden ondernomen • neemt deel aan sporten of andere activiteiten zoals wandelen om spanning te verminderen en algemene belastbaarheid te verhogen • neemt (indien gewenst) uitgebreider deel aan het maatschappelijk leven
2b	beperkingen in activiteiten (en eventueel participatieproblemen) die met name samenhangen met inadequaat pijngedrag	<ul style="list-style-type: none"> • geen/minder beperkingen in activiteiten/participatieproblemen • klachten onder controle • bevorderen van adequaat pijngedrag 	<ul style="list-style-type: none"> • veranderen van pijngedrag • stimuleren van activiteiten 	<ul style="list-style-type: none"> • begrijpt dat pijnvermindering geen primair behandeldoel is • neemt actieve rol in behandeling aan en voelt zich mede verantwoordelijk voor het behalen van het behandeldoel • inzicht in het feit dat 'basispijn' niet (meer) veroorzaakt wordt door weefselschade • inzicht in het feit dat vermijden van bewegingen en activiteiten leidt tot verslechteren van lichamelijke conditie • inzicht in pijngedrag en bereidheid om pijngedrag te veranderen • ervaren dat toename van activiteiten niet schadelijk is en bereid om stapsgewijs activiteiten op te bouwen • kan zich ontspannen • kan zich minder belastend (meer ontspannen) bewegen en kan een meer ontspannen houding opbouwen • heeft een betere algehele conditie • past het veranderende houdings- en bewegingsgedrag toe tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten • neemt deel aan sporten of andere activiteiten zoals wandelen om spanning te verminderen en algemene belastbaarheid te verhogen • neemt (indien gewenst) uitgebreider deel aan maatschappelijk leven

