



Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie

Aangesloten bij KNGF



Toolkit 2.3

Inleiding en verantwoording

Dit document bevat formulieren die door de Orofaciaal FysioTherapeut (OFT) gebruikt kunnen worden bij het onderzoeken en behandelen van patiënten met orofaciale klachten. Op de volgende pagina's kunt u een 'kapstok' vinden met links naar de betreffende vragenlijsten en behandelstrategieën verder op in de tekst.

Dit document is ontwikkeld door de Projectgroep 'Toolkit 2.0'. Voor hun commentaar en aanvullingen bedanken we Caroline Speksnijder (OFT), Simone Gouw (OFT, PSF), Wendy de Haan (OFT) en het Zeeuws Orofaciaal Netwerk (ZON), bestaande uit Bernard de Mot (TG), Pascal Mel (TG), Ivo de Hond (OFT), Han Matthijssen (OFT), Janet Vleeshouwer (OFT), Rob Lammerts (OFT) en wijlen Carla Volleman (OFT).

Sanjin Azabagic
Wilfred Wilbrink
Tom Tjooitink

Disclaimer

Het is de bedoeling dat de Toolkit continu aangevuld zal worden met relevante wetenschappelijke literatuur en meetinstrumenten / behandelstrategieën. De eerste update heeft plaatsgevonden in 2017 (2.1), het tweede in 2022 (2.2) en de derde update (2.3) in 2024

Mocht u aanvullingen of opmerkingen hebben, dan horen wij dit graag.

Inhoudsopgave Toolkit 2.3

1. Temporomandibulaire dysfunctie

a. Diagnostisch

i. [SCEGS-model](#)

ii. Screening/Rode vlaggen

1. [Screen, uitleg en begeleidende brief](#)
2. [Checklijst rode vlaggen bij TMD](#)
3. [Gezondheidsvragenlijst](#)

iii. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering

1. [Onderzoeksformulier basis TMD](#)
2. [Meten van de bewegingsuitslagen van de onderkaak](#)
3. [Palpatie myofasciale triggerpoints met relevante uitstralingspatronen](#)

4. Zie ook de DC TMD voor As 1 onderzoeken

(<https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/>, voor Nederlandse vertaling: https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Dutch-Assessment-Instruments_2016_06_20147612.pdf)

iv. Meetinstrumenten

1. [Numeric Pain Rating Scale / Visual Analogue Scale](#) (NPRS / VAS)
2. Patient Specific Approach ([PSA](#))
3. [MFIQ](#) (Mandibular Functional Impairment Questionnaire ofwel de Mandibulaire Functiebeperkingen vragenlijst Groningen)
4. [4DKL](#) (4 dimensionale klachtenlijst)
5. [DASS-21](#)
6. [PSK TMD](#)
7. [TSK TMD](#)
8. Oral Health Impact Profile ([OHIP-NL49](#), [OHIP-NL14](#))
9. Pijn Coping en Cognitie Lijst ([PCCL](#))
10. Pijn Coping Inventarisatie lijst ([PCI](#))
11. Ziekteperceptie vragenlijst ([IPQ-K](#))
12. Graded Chronic Pain Scale ([GCPS 2.0-NL](#))
13. Zie ook de DC TMD voor As 2 vragenlijsten

(<https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/>, voor Nederlandse vertaling: https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Dutch-Assessment-Instruments_2016_06_20147612.pdf)

v. (korte) beschrijving van klinische kenmerken: DC TMD

(<https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/>, voor Nederlandse vertaling: https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/wp-content/uploads/sites/58/2017/01/DC-TMD-Dutch-Assessment-Instruments_2016_06_20147612.pdf), [hoofdpijn als gevolg van TMD](#)

b. Therapeutisch

i. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen

1. [Zelfmassage](#)
2. [Rotatie-oefening](#)

3. [Rekoefening](#)
 4. [Stabiliteitsoefening](#)
 5. [Aanspannen/ontspannen](#)
 6. [Coördinatie/beweeglijkheid](#)
 7. [Houdingsoefeningen](#)
 8. [Kauwfitness](#)
 9. [Habit reversal](#)
 10. [Mondopening vergroten \(stop en spatel mobilisatie\)](#)
 11. [Massage Facialisparese](#)
 12. [Oefening van Yoda](#)
 13. [Behandeling Kalamir](#)
 14. [Ontspanningsoefeningen Mimetherapie](#)
 15. [Oefenprogramma El-Hamalawy](#)
 16. [Ontspanningsoefeningen](#) (Jacobsen, Schultz, Dixhoorn, Mitchell)
- ii. Informatie voor patiënten (uitleg klachten, adviezen)
 1. [Adviezen \(en correcte tongpositie\)](#)
 2. Cognitieve gedragstherapie volgens ABC-methode ([introdunctie voor patiënten](#))
 3. [Pijneducatie](#)
- c. Overige
- i. [Plaatjes ADD](#)
 - ii. Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarbare Klachten (SOLK), te vinden op www.diliguide.nl/document/2833/file/pdf/
 - iii. Multidisciplinaire Richtlijn Chronische Aangezichtspijn, te vinden op <http://www.nvof.nl/richtlijn-aangezichtspijn-21112013-definitief.pdf>

2. Hoofdpijn

- a. Diagnostisch
 - i. [SCEGS-model](#)
 - ii. Screening/Rode vlaggen
 1. [Rode vlaggen bij hoofdpijn](#)
 - iii. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering (denk ook aan CWK, scapulaire dyskinesie)
 1. [Cranio Cervicale Flexion Test \(CCFT\)](#) ([filmpje](#))
 2. [Test van Harris](#) (Neck Flexor Muscle Endurance Test)
 3. [Flexion Rotation Test](#) (FRT)
 4. [Test voor a. vertebralis](#)
 5. [Hoog-cervicale instabiliteitstesten](#)
 6. [Joint Position Error](#) (JPE)
 7. [Palpatie myofasciale triggerpoints met relevante uitstralingspatronen](#)
 - iv. Meetinstrumenten
 1. [Numeric Pain Rating Scale](#) / [Visual Analogue Scale](#) (NPRS / VAS)
 2. [Hoofdpijndagboek](#)

3. [HIT-6](#)
 4. [MIDAS](#)
 5. [4DKL](#) (4 dimensionale klachtenlijst)
 6. [PSK](#)
 7. Pijn Coping en Cognitie Lijst ([PCCL](#))
 8. Pijn Coping Inventarisatie lijst ([PCI](#))
 9. Ziekteperceptie vragenlijst ([IPQ-K](#))
 - v. (korte) beschrijving van klinische kenmerken ([Classificaties IHS](#))
- b. Therapeutisch
- i. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen
 1. [Oefenprogramma Jull](#)
 2. [Chintuck oefening](#)
 3. [Oefenprogramma Ettekoven](#)
 4. http://www.physio-pedia.com/Deep_Neck_Flexor_Stabilisation_Protocol
 5. [Inactivering MFTrp compressie-ischaemie](#)
 6. [Rekoefeningen musculatuur CWK](#)
 7. SNAG C1 – C2 ([filmpje 1](#), [filmpje 2](#))
 8. [Ontspanningsoefeningen](#) (Jacobsen, Schultz, Dixhoorn, Mitchell)
 - ii. Informatie voor patiënten
 1. Voor uitleg over de meest voorkomende hoofdpijnklachten en brochures, zie <http://www.hoofdpijnpatienten.nl/>
 2. Voor adviezen, tips en preventie van verschillende hoofdpijnvormen, zie <http://www.alleswetenoverhoofdpijn.nl/preventie-tips/>
 3. Voor een document over slaaphygiëne, zie <http://www.ozg.nl/uploads/bestanden/a8251ac1-b4de-4621-a128-5e4b59a603c9>
 4. Cognitieve gedragstherapie volgens ABC-methode ([introdactie voor patiënten](#))
 5. [Pijneducatie](#)
- c. Overige
- i. Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarbare Klachten (SOLK), te vinden op www.diliguide.nl/document/2833/file/pdf/
 - ii. Multidisciplinaire Richtlijn Chronische Aangezichtspijn, te vinden op <http://www.nvof.nl/richtlijn-aangezichtspijn-21112013-definitief.pdf>

3. Cervicale functiestoornissen en schouderproblemen

- a. Diagnostisch
 - i. [SCEGS-model](#)
 - ii. [Screening/Rode vlaggen](#)
 - iii. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering
 1. [Onderzoeksformulier addendum CWK](#)
 2. [Onderzoeksformulier addendum schouder](#)

3. [CCFT](#) (Cranio-cervicale Flexion Test) ([filmpje](#))
 4. [Test van Harris](#) (Neck Flexor Muscle Endurance Test)
 5. [Cluster van Wainner voor cervicale radiculopathie](#)
 6. [Hoog-cervicale instabiliteitstesten](#)
 7. [Testen scapulaire dyskinesie](#)
 8. [Joint Position Error](#) (JPE)
 9. [Neck Torsion Test](#)
 10. [Klinische testbatterij volgens Fife](#)
 11. [Palpatie myofasciale triggerpoints met relevante uitstralingspatronen](#)
 12. [Canadian C-Spine Rules](#)
 13. [Test a. vertebralis](#)
- iv. Meetinstrumenten
1. [Numeric Pain Rating Scale](#) / [Visual Analogue Scale](#) (NPRS / VAS)
 2. [RAND 36](#) / SF-36
 3. [NDI](#)
 4. [Bournemouth Neck Questionnaire](#)
 5. [TSK](#)
 6. [FABQ](#)
 7. [4DKL](#) (4 dimensionale klachtenlijst)
 8. Pijn Coping en Cognitie Lijst ([PCCL](#))
 9. Pijn Coping Inventarisatie lijst ([PCI](#))
 10. Ziekteperceptie vragenlijst ([IPQ-K](#))
- b. Therapeutisch
- i. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen (bv. denk aan schouder)
 1. [Oefenprogramma Jull](#)
 2. [Oefenprogramma Ettekoven](#)
 3. [Oefentherapie CWK](#)
 4. [Rekoefeningen musculatuur nek](#)
 5. [Oefenprogramma Gross](#)
 6. [Oefenprogramma scapulaire dyskinesie](#)
 7. [Oefenprogramma JPE](#)
 8. [Ontspanningsoefeningen](#) (Jacobsen, Schultz, Dixhoorn, Mitchell)
 - ii. Informatie voor patiënten (uitleg klachten, adviezen)
 1. Cognitieve gedragstherapie volgens ABC-methode ([introduceer voor patiënten](#))
 2. [Pijneducatie](#)
- c. Overige (multimedia?)
- i. Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarbare Klachten (SOLK), te vinden op www.diliguide.nl/document/2833/file/pdf/
 - ii. KNGF richtlijn Nekpijn, te vinden op: <http://kngfrichtlijnen.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/nekpijn>

- iii. KNGF-richtlijn KANS, te vinden op:
<http://kngfrichtlijnen.nl/index.php/richtlijnen/richtlijnen/klachten-aan-de-arm-nek-enof-schouder-kans>
- iv. KNGF Evidence Statement Subacromiale klachten, te vinden op:
<http://kngfrichtlijnen.nl/index.php/evidence-statements/evidence-statements-openingspagina/subacromiale-klachten>
- v. Multidisciplinaire richtlijn KANS, te vinden op:
<https://www.nvpc.nl/uploads/stand/111NVPC121126DOC-MW-Multidiscrichtlijn%20aspecifieke%20KANS.pdf>
- vi. Multidisciplinaire richtlijn Subacromiaal pijnsyndroom, te vinden op:
https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/multidisciplinaire_richtlijnen/subacromiaal_pijnsyndroom_2013.pdf

4. Duizeligheid

a. Diagnostisch

- i. [SCEGS-model](#)
- ii. Screening/Rode vlaggen
 - 1. [Differentiaal diagnose schema duizeligheid](#)
- iii. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering (denk ook aan CWK, hyperventilatie)
 - 1. Hyperventilatie provocatie test ([filmpje](#))
 - 2. [Dix-Hallpike](#) ([filmpje](#))
 - 3. [Rhomberg](#), gemodificeerd ([filmpje](#), [filmpje gemodificeerd](#))
 - 4. [POMA](#) (Performance Orientated Mobility Assessment) volgens Tinetti
 - 5. [Berg Balance Scale](#)
 - 6. [Timed up and go test](#)
 - 7. [Klinische testbatterij volgens Fife](#)
 - 8. [Op één been staan](#)
 - 9. [Functional reach test](#)
 - 10. [CCFT](#) (Cranio-cervicale Flexion Test) ([filmpje](#))
 - 11. [Test van Harris](#) (Neck Flexor Muscle Endurance Test)
 - 12. [Test voor a. vertebralis](#)
 - 13. [Neck Torsion Test](#)
 - 14. [Hoog-cervicale instabiliteitstesten](#)
 - 15. [Joint Position Error](#) (JPE)
- iv. Meetinstrumenten
 - 1. [Nijmeegse hyperventilatieschaal](#)
 - 2. [Dizziness Handicap Inventory](#)
 - 3. Pijn Coping en Cognitie Lijst ([PCCL](#))
 - 4. Pijn Coping Inventarisatie lijst ([PCI](#))
 - 5. Ziekteperceptie vragenlijst ([IPQ-K](#))

b. Therapeutisch

i. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen

1. SNAG C1 – C2 ([filmpje 1](#), [filmpje 2](#))
2. [Epley \(filmpje\)](#), [Semont \(filmpje\)](#), [Lempert \(filmje\)](#)
3. [Brandt-Daroff oefeningen \(filmpje\)](#)
4. [Cawthorne-Cooksey oefeningen](#) (vestibulaire revalidatie)
5. [Trainen JPE](#)
6. [Ontspanningsoefeningen](#) (Jacobsen, Schultz, Dixhoorn, Mitchell)

c. Overige

- i. Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarbare Klachten (SOLK), te vinden op www.diliguide.nl/document/2833/file/pdf/

5. Gevolgen van chirurgie, traumatologie, oncologie

a. Algemeen

i. Diagnostisch

1. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering

- a. [Meten van de bewegingsuitslagen van de onderkaak](#)
- b. [Neurologisch onderzoek](#)
- c. [Onderzoeksformulier CWK](#)
- d. [Onderzoeksformulier Schouder](#)
- e. [Metingen](#) Halskliedissectie (mobiliteit anteflexie, abductie, rotaties CWK, extensie CWK, scapula stand, spierfunctie, sensibiliteit)
- f. [Algoritme Cools + beschrijving testen](#)
- g. [Testen scapulaire dyskinesie](#)

2. Meetinstrumenten

- a. [Numeric Pain Rating Scale](#) / [Visual Analogue Scale](#) (NPRS / VAS)
- b. [PSK](#)
- c. [Schouder beperkingen vragenlijst](#)
- d. [RAND 36](#) / SF-36
- e. [SPADI](#)
- f. [DASH](#)
- g. [Quick Dash](#)
- h. Neck Dissection Impairment Index ([NDII](#)) + scoringstool
- i. [Multidimensionele Vermoeidheidsindex](#)
- j. [Lastmeter](#)
- k. [Intake patiënt met perifere aangezichtsverlamming](#)
- l. [SAC schaal](#) (Synkinesis Assessment Questionnaire)
- m. [FaCE-Schaal](#)
- n. [Facial Disability Index](#)
- o. [Sunnybrook schaal](#)
- p. [House-Brackmann schaal](#)

ii. Therapeutisch

1. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen
 - a. [Massage aangezichtsverlamming](#)
 - b. [Oefenprogramma McNeely 2008](#)
 - c. [Voorstel fysiotherapeutische behandeling na halsklierdissectie](#)
 - d. [Oefenprogramma SAPS](#)
 - e. [Oefenprogramma scapula dyskinesie](#)
 - f. [Beweeginterventie KNGF](#)
 - g. [Therabite](#)
 - h. [Richtlijn oncologische revalidatie](#)
 - i. <http://nfhsg.vze.com/> (oefeningen en adviezen na halsklierdissectie)
 - j. [Ontspanningsoefeningen Mimetherapie](#)
2. Informatie voor patiënten (uitleg, adviezen)
 - a. [Adviezen en oefening na halsklierdissectie \(verwijderen van lymfeklieren uit de hals\)](#)
 - b. [Rekoefening](#)
 - c. [Mondopening vergroten \(stop en spatel mobilisatie\)](#)
 - d. [Zelfmassage](#)
 - e. [Stabiliteitsoefening](#)
 - f. [Therabite](#)
 - g. [Aanspannen/ontspannen](#)
 - h. [Habit reversal](#)
 - i. [Adviezen \(en correcte tongpositie\)](#)
 - j. [Kauwfitness](#)
 - k. [Ontspanningsoefeningen Mimetherapie](#)

6. Neurologische stoornissen (aangezichtsverlamming, dystonie)

a. Diagnostisch

- i. Screening/Rode vlaggen
- ii. Relevante tests met beschrijving/uitleg uitvoering
 1. [Neurologisch onderzoek](#)
 2. [Overzicht hersenzenuwen](#)
- iii. Meetinstrumenten
 1. [Facial Disability Index](#)
 2. [SAC schaal](#) (Synkinesis Assessment Questionnaire)
 3. [FaCE-Schaal](#)
 4. [Sunnybrook schaal](#)
 5. [House-Brackmann schaal](#)
 6. MEEI-FACE gram Programma, te vinden op:
http://www.sircharlesbell.org/facial_nerve_programs.html
 7. [Meetinstrumenten dystonie](#)

8. Vragenlijst oromandibulaire dystonie (geen validatie bekend), te vinden op:
<https://sites.google.com/site/oromandibulardystoniadutch/home/diagnose-van-oromandibulaire-dystonie/vragenlijst-oromandibulaire-dystonie>
 9. [Abnormal Involuntary Movement Scale](#) (AIMS) (CAVA: zie algemene informatie meetinstrument)
- b. Therapeutisch
- i. Beschrijven/uitleg relevante oefeningen/therapeutische handelingen
 1. [Massage van het gezicht](#)
 2. [Ontspanningsoefeningen Mimetherapie](#)
 3. [Behandeling dystonie](#)
 - ii. Informatie voor patiënten (uitleg klachten, adviezen)
- c. Overige (multimedia?)
- i. NHG-standaard perifere aangezichtsverlamming, te vinden op
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-perifere-aangezichtsverlamming>

Temporomandibulaire Dysfunctie Screen vragenformulier

Geachte heer/mevrouw,

U bent met ons in contact gekomen omdat u uw klachten nader wilt laten onderzoeken en om u eventueel te laten behandelen.

Als we een duidelijk beeld hebben van de aard van de klachten (hoe lang u deze klachten al heeft en voor welke klachten u al eens eerder bent behandeld), dan kunnen wij op een verantwoorde manier advies geven over de behandeling die in uw geval het beste lijkt.

Er is gebleken dat als u de in deze lijst voorkomende vragen goed en zorgvuldig beantwoordt, dit een goed beeld geeft van de klachten zoals die door u ervaren worden. Dit helpt ons bij het onderzoek dat noodzakelijk is voor het instellen van de juiste behandeling.

Tijdens het eerste gesprek wordt u in de gelegenheid gesteld uw antwoorden nader toe te lichten en/of vragen te stellen. Het niet invullen van vragen heeft géén consequentie voor de voortgang van het onderzoek naar uw klachten.

De door u verstrekte informatie zal uiteraard strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Indien niet anders vermeld hebben de vragen steeds betrekking op de situatie van het afgelopen jaar.

Het is de bedoeling dat u de gestelde vragen zoveel mogelijk alléén invult, zonder hulp van anderen. De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten voor het door u gekozen alternatief.

Sommige antwoorden dient u te omschrijven. *Let goed op dat u alle vragen zo nauwkeurig mogelijk beantwoordt.*

Wilt u dit formulier s.v.p. zo spoedig mogelijk ingevuld terugsturen.

Indien u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt u ons natuurlijk altijd bellen op bovenstaand telefoonnummer.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Bruins, Haalboom & Koole

Goedgekeurd door de Vereniging voor Medisch Tandheelkundige Interactie (VMTI)

Naam:

Geslacht: m/v

Geb. datum:

Patiëntnummer:

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (Ja of Nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd? Ja | Nee

Zo ja, wat? _____

2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja | Nee

Zo ja, waarvoor? _____

3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis? Ja | Nee

Zo ja, waarvoor? _____

4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt? Ja | Nee

Zo ja, welke ziekte? _____

5. Bent u ergens allergisch voor? Ja | Nee

Zo ja, waarvoor? _____

6. Heeft u een hartinfarct gehad? Ja | Nee

Zo ja, wanneer? _____

7. Heeft u last van hartkloppingen? Ja | Nee

8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? Ja | Nee

Zo ja wat is meestal uw bloeddruk?

onderdruk: bovendruk:

9. Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of bij emoties? Ja | Nee

10. Heeft u last van gezwollen enkels/voeten? Ja | Nee

11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt? Ja | Nee

12. Bent u bij inspanning snel kortademig? Ja | Nee

13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? Ja | Nee

- | | |
|--|----------------------|
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja \| Nee |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | Ja \| Nee |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst? | Ja \| Nee |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | Ja \| Nee |
| 18. Heeft u last van hyperventileren? | Ja \| Nee |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | Ja \| Nee |
| 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | Ja \| Nee |
| 21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische
Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig? hoest? | Ja Nee
Ja / Nee |
| 22. Heeft u suikerziekte? | Ja \| Nee |
| Zo ja, gebruikt u insuline? | Ja / nee |
| 23. Heeft u bloedarmoede? | Ja \| Nee |
| 24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na operatie of verwonding? | Ja \| Nee |
| 25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? | Ja \| Nee |
| 26. Heeft u een nierziekte? | Ja \| Nee |
| 27. Heeft u chronische maagdarmklachten? | Ja \| Nee |
| 28. Heeft u een aandoening van de schildklier? | Ja \| Nee |
| 29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? | Ja \| Nee |
| 30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?
Zo ja, welke? _____ | Ja Nee |
| 31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? | Ja \| Nee |
| 32. Rookt u?
Zo ja, hoeveel per dag? _____ | Ja Nee |
| 33. Gebruikt u alcohol?
Zo ja, hoeveel glazen per week? _____ | Ja Nee |
| 34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt?
Zo ja, welke? _____ | Ja Nee |
| 35. Vrouwen: bent u zwanger?
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend? _____ | Ja Nee |

36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja / Nee

Zo ja, welke? _____

37. Gebruikt u momenteel medicijnen?

Ja / Nee

Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt:

Ruimte voor opmerkingen:

Einde vragenlijst

Copyright: Bruins, Haalboom & Koole, 2001. De Gezondheidsvragenlijst Tandheelkunde mag uitsluitend worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt voor niet commerciële doeleinden en onder vermelding van de auteursnamen. Het Medisch Tandheelkundig Memo editie 2001 is een uitgave van Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2000.

Oral Health Impact Profile (OHIP-NL49)

Wilt u bij elk van de onderstaande klachten en problemen nagaan hoe vaak u er gedurende de afgelopen maanden last van hebt gehad, en wilt u dan het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is.

	Nooit	Zelden	Af en toe	Tamelijk vaak	Erg vaak
1. Hebt u moeite gehad met het kauwen van bepaald voedsel vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
2. Hebt u moeilijkheden gehad met het uitspreken van bepaalde woorden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
3. Hebt u een tand of kies opgemerkt die er niet goed uitzag?	1	2	3	4	5
4. Hebt u het gevoel gehad dat uw uiterlijk is beïnvloed door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
5. Hebt u het gevoel gehad dat u een slechte adem had vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
6. Hebt u het gevoel gehad dat uw smaakvermogen is afgenomen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
7. Zijn er etensresten tussen uw tanden of onder uw gebitsprothese blijven zitten?	1	2	3	4	5
8. Hebt u het gevoel gehad dat uw spijsvertering slechter is geworden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
9. Hebt u het gevoel gehad dat uw gebitsprothese niet goed paste?	1	2	3	4	5
10. Hebt u pijn in uw mond gehad?	1	2	3	4	5
11. Hebt u een pijnlijke kaak gehad?	1	2	3	4	5
12. Hebt u hoofdpijn gehad vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
13. Hebt u gevoelige tanden of kiezen gehad, bijvoorbeeld door heet of koud eten of drinken?	1	2	3	4	5
14. Hebt u kiespijn gehad?	1	2	3	4	5
15. Hebt u pijnlijk tandvlees gehad?	1	2	3	4	5
16. Hebt u moeite gehad om bepaald voedsel te eten vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
17. Hebt u pijnlijke plekken in uw mond gehad?	1	2	3	4	5
18. Hebt u een ongemakkelijk zittend gebitsprothese gehad?	1	2	3	4	5
19. Hebt u zich zorgen gemaakt over tandheelkundige problemen?	1	2	3	4	5
20. Hebt u zich onzeker gevoeld vanwege uw gebit, uw mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

21. Hebt u zich ellendig gevoeld door tandheelkundige problemen?	1	2	3	4	5
22. Hebt u zich ongemakkelijk gevoeld over het uiterlijk van uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
23. Hebt u zich gespannen gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
24. Is uw spraak onduidelijk geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
25. Heeft men sommige woorden van u verkeerd begrepen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
26. Hebt u het gevoel dat er minder smaak zat aan uw voedsel vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
27. Hebt u uw tanden niet goed kunnen poetsen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
28. Hebt u het eten van bepaald voedsel moeten vermijden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
29. Is de samenstelling van uw voeding onbevredigend geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
30. Hebt u wel eens problemen gehad met uw gebitsprothese waardoor u niet kon eten?	1	2	3	4	5
31. Hebt u vermeden om te glimlachen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
32. Hebt u maaltijden moeten onderbreken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
33. Is uw slaap onderbroken geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
34. Bent u van streek geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
35. Hebt u moeite gehad om zich te ontspannen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
36. Hebt u zich gedeprimeerd gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
37. Is uw concentratie beïnvloed geweest door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
38. Hebt u zich een beetje opgelaten gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
39. Hebt u vermeden uit te gaan vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
40. Bent u minder tolerant geweest tegenover uw echtgenoot, partner of familie vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
41. Hebt u moeite gehad in het omgaan met andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

42. Bent u wat prikkelbaar geweest tegen andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
43. Hebt u moeite gehad met het uitvoeren van uw dagelijkse bezigheden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
44. Hebt u het gevoel gehad dat u gezondheid in het algemeen er op achteruit is gegaan vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
45. Hebt u enig financieel verlies geleden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
46. Hebt u niet zoveel kunnen genieten van het gezelschap van andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
47. Hebt u het gevoel gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
48. Hebt u totaal niet kunnen functioneren vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
49. Hebt u niet naar uw volle vermogen kunnen werken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

Oral Health Impact Profile (OHIP-NL14)

Wilt u bij elk van de onderstaande klachten en problemen nagaan hoe vaak u er gedurende de afgelopen maanden last van hebt gehad, en wilt u dan het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is.

	Nooit	Zelden	Af en toe	Tamelijk vaak	Erg vaak
1. Hebt u moeilijkheden gehad met het uitspreken van bepaalde woorden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
2. Hebt u het gevoel gehad dat uw smaakvermogen is afgenomen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
3. Hebt u pijn in uw mond gehad?	1	2	3	4	5
4. Hebt u moeite gehad om bepaald voedsel te eten vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
5. Hebt u zich onzeker gevoeld vanwege uw gebit, uw mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
6. Hebt u zich gespannen gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
7. Is de samenstelling van uw voeding onbevredigend geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
8. Hebt u maaltijden moeten onderbreken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
9. Hebt u moeite gehad om zich te ontspannen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
10. Hebt u zich een beetje opgelaten gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
11. Bent u wat prikkelbaar geweest tegen andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
12. Hebt u moeite gehad met het uitvoeren van uw dagelijkse bezigheden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
13. Hebt u het gevoel gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
14. Hebt u totaal niet kunnen functioneren vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

Algemene informatie OHIP

Een vragenlijst waarmee de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit van patiënten kan worden vastgesteld. De vragen van de OHIP kunnen worden beantwoord op een 5-puntenschaal die varieert van nooit (0) tot zeer vaak (4). De totale score van de OHIP-49 kan zo variëren van 0 tot 196, terwijl de aparte domeinscores een indruk geven van het niveau waarop de gevolgen van het orale probleem zich afspelen. Scores van de OHIP-14 variëren van 0 tot 56. Hogere scores op de OHIP geven een lagere levenskwaliteit aan.

Literatuur

Meulen MJ van der, Lobbezoo F, John MT, Naeije M. Oral Health Impact Profile. Meetinstrument voor de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 2011;118:14-139

Meulen MJ van der, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health* 2008;8:11

Slade GB, Spencer J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994;11:3-11

Slade GB. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:284-290

Basis onderzoeksformulier TMD

Patiëntgegevens

Dit formulier wordt gebruikt in combinatie met screen (IOV) of medische vragenlijst (IOS)

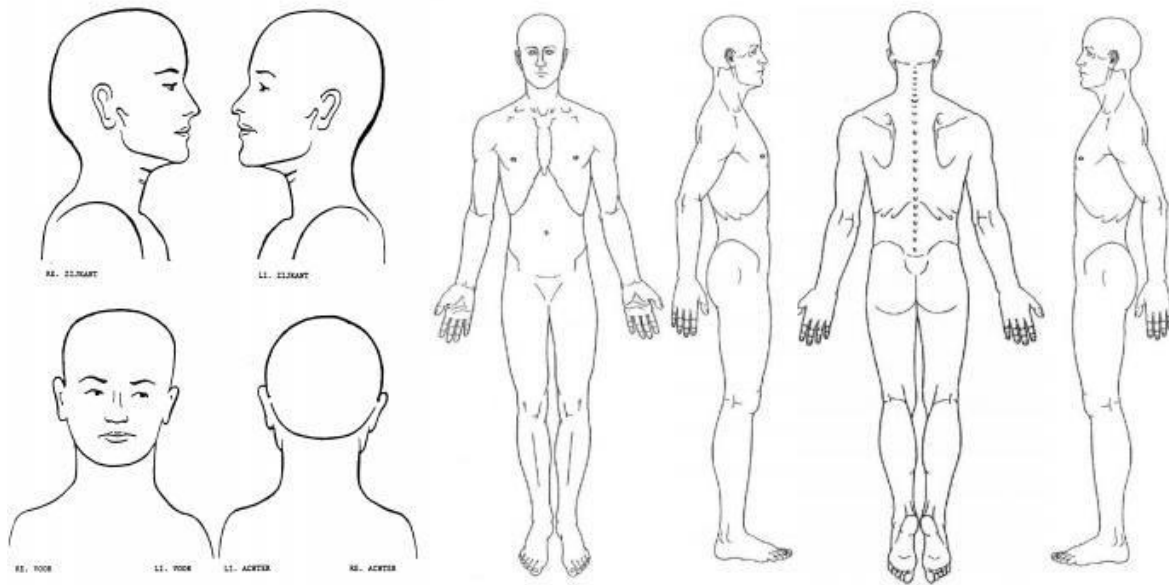
Persoonsgegevens			
Datum aanmelding:			
Naam:	Voornaam:	M/V	
Voorletters:	Geboortedatum:		
Adres:			
Postcode:		Woonplaats:	
Telefoonnr. Privé:		Werk:	
Mobiel nummer:		E-mail:	
Zorgverzekeraar	Inschrijfnummer	Natura / Restitutie	Gecontracteerd
Basisverzekering			
Aanvullende verzekering			
Aantal door verzekering vergoede behandelingen: <ul style="list-style-type: none">- Per indicatie of per jaar:- Voor fysiotherapie:- Voor manuele therapie:			
DTF: ja / nee			
Vergoeding zonder verwijzing van arts toegestaan: ja / nee			
Heeft u dit jaar eerder fysiotherapie gehad: ja / nee			
Zo ja, waar:			
Waarvoor (diagnose):			
Hoeveel behandelingen:			
Opmerkingen:			
Belangrijke aanvullende gegevens			
Naam huisarts:		Naam tandarts:	
Naam verwijzer:		Datum verwijzing:	
Specialisme van de verwijzer: huisarts / tandarts (gnatholoog) / kaakchirurg			
Ander specialisme:			
Reden voor verwijzing / verwijsdiagnose / consultvraag:			
Aanvullende gegevens van de verwijzer:			
Hulpvraag kort omschreven:			
Bijzonderheden:			
Röntgenfoto's gemaakt:			
Datum:			
Handtekening patiënt voor akkoord:			
U wordt geacht op de hoogte te zijn van verzekerings- en betalingsvoorwaarden			

Anamnese

Contactreden:	
Diagnose verwijzer:	
Vraagstelling verwijzer:	
Klacht: Aard Lokalisatie Ernst Oorzaak Invloeden Beloop Stoornisniveau Beperkingniveau Participatieniveau Specifiek: Parafuncties Hoofdpijn	
Medisch: Ziekten en aandoeningen Fracturen / traumata Operaties Beeldvormend onderzoek Erfelijkheid Medische verrichtingen Medicatie Hulpmiddelen	
Psychosociaal / maatschappelijk: Werk Sport Hobby Thuisituatie	
Familieanamnese:	
Overige hulpverlening: Eerder verleende zorg:	
Mening cliënt: Gezondheidstoestand Verwachting	
Copingstijl: Wijze van omgaan met de klacht	

Conclusie anamnese

Uitgebreid functieonderzoek



Inspectie

- Extra oraal:
 - O gezichtsasymmetrie:
 - O sunday face
 - O anteropositie hoofd
 - O stand wervelkolom:
 - O elevatie schouder li / re
 - O huid / lymfeklieren / zwellingen:
 - O overige:
- Intra oraal:
 - O attritie: ja / nee ; meeste attritie t.p.v.
 - O tandimpresies op de tong
 - O wangrillen
 - O angle klasse I II III
 - O overige:

- Kaakgeklemd spreken: j / n

- Gebitsstatus:

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Doorkruisen = afwezig

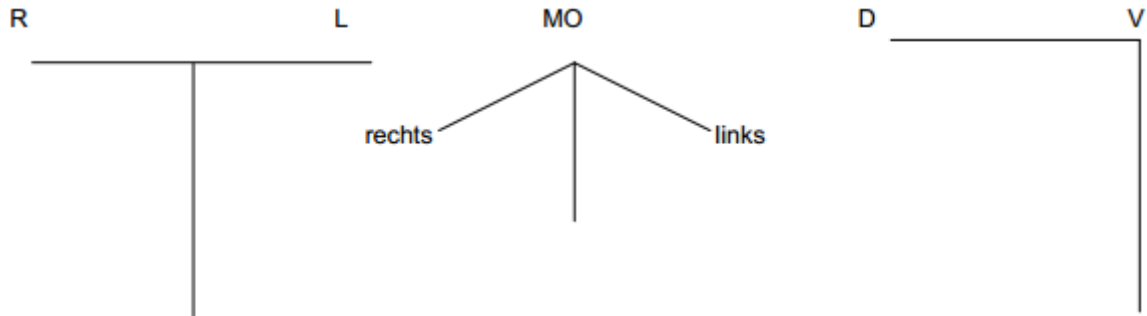
Bijzonderheden:

- Opmerkingen:

Bewegingsonderzoek

Actief	Max. uitslag in mm	Signalen p-c-k *) r / l	Moment signaal	Reproduceerbaar
Openen	.... mm +VOB		.... mm	J / N
Sluiten			.... mm	J / N
Lateraal rechts	.... mm		.... mm	J / N
Lateraal links	.... mm		.... mm	J / N
Proaal	.... mm +SOB		.... mm	J / N

*) p = pijn (weergave in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie; k = knappen



Passief	Max. uitslag in mm	Signalen p-c-k *) r / l	Moment	Eindgevoel **)	Reproduceerbaar
Openen	.... mm + VOB		.... mm	N – V – L	J / N

*) p = pijn (weergave in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie; k = knappen

***) n = normaal; v = verhard; l = leeg

Bijzonderheden:

- Hypermobiliteit
- Bereidheid tot bewegen
- Slotverschijnselen
- Coördinatie mandibula
- Etc.

Palpatie musculatuur

	Pijnpunten	Tonus	Structuurverandering (trigger points etc.)
m. masseter superficialis	R / L		
m. masseter profundus	R / L		
m. temporalis anterior	R / L		
m. temporalis posterior	R / L		

Palpatie kaakgewricht

	Pijn	Lokalisatie	Overige signalen	In rust	Bij bewegen
Laterale pool gesloten mond	J / N	R / L			
Laterale pool geopende mond	J / N	R / L			
Dorsale pool gesloten mond (uitwendige gehoorgang)	J / N	R / L			

Bijzonderheden:

Compressie

	Rechts Signalen p-c-k *) lokalisatie	Reproduceerbaar	Links Signalen p-c-k *) lokalisatie	Reproduceerbaar
Dorsocraniaal	R / L	J / N	R / L	J / N
Craniaal	R / L	J / N	R / L	J / N
Ventrocraniaal	R / L	J / N	R / L	J / N

*) p = pijn (weergaven in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie; k = knappen

Bijzonderheden:

Tractie en translatie

Rechts	Bewegingsuitslag	Signalen p-c-k *)	Lokalisatie	Eindgevoel **)	Reproduceerbaar
Tractie			R / L	N - V - L	J / N
Translatie					
Lateraal			R / L	N - V - L	J / N
Mediaal			R / L	N - V - L	J / N
Proaal			R / L	N - V - L	J / N
Retraal			R / L	N - V - L	J / N
Links	Bewegingsuitslag	Signalen p-c-k *)	Lokalisatie	Eindgevoel **)	Reproduceerbaar
Translatie					
Lateraal			R / L	N - V - L	J / N
Mediaal			R / L	N - V - L	J / N
Proaal			R / L	N - V - L	J / N
Retraal			R / L	N - V - L	J / N

*) p = pijn (weergaven in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie; k = knappen

***) n = normaal; v = verhard; l = leeg

Bijzonderheden:

Bruxoprovocatie test

	Signalen	Lokalisatie	Moment
In maximale occlusie			
In bruxopositie			
OPT gemaakt: ja / nee			
Datum			
Motivatie			
Bijzonderheden			

Conclusie uitgebreid functieonderzoek

Rehabilitation Problem Solving Form

Patiënt: Leeftijd: Geslacht	Datum:	Ziekte / Aandoening / Symptoomdiagnose	Medicatie:	
Lichaamsstructuren / Functies	↔	Activiteiten	↔	Participatie
<u>Doelen</u>		<u>Doelen</u>		<u>Doelen</u>
Persoonsgebonden factoren:		Omgevingsfactoren:		

Fysiotherapeutische diagnose

Stoornissen	(beperkingen in) Activiteiten	Participatie problemen
Contextuele factoren		Contra-indicaties

Aanvullende gegevens

Behandelplan

afwachtend beleid:

Evaluatiemoment op:

multidisciplinair:

actief beleid:

Korte termijn

Doelstellingen

Middelen

Lange termijn

Doelstellingen

Middelen

Te verwachten aantal behandelingen:

Frequentie:

Gemaakte afspraken:

Huiswerkoefeningen

Adviezen en leefregels

Multidisciplinaire aanpak

Hulpmiddelen

Evaluatie momenten:

Evaluatieplan m.b.t.:

Functie

Activiteiten

Participatie

Brief naar de verwijzer:

Datum:

Brief naar huisarts:

Ja / Nee

Datum:

Brief naar tandarts/specialist

Ja / Nee

Datum:

Patiënt gaat akkoord met behandelplan:

Ja / Nee

Paraaf:

Journalgegevens

Parameters van de verslaglegging: datum, afspraken met de patiënt, bijstelling in de diagnose / het behandelplan of verandering van therapeut, uitgevoerde verrichting (inclusief verstrekte informatie / adviezen), overleggegevens, klachtbeloop, behandellocatie, duur sessie.

Datum Journaal

Journaalgegevens

Parameters van de verslaglegging: datum, afspraken met de patiënt, bijstelling in de diagnose / het behandelplan of verandering van therapeut, uitgevoerde verrichting (inclusief verstrekte informatie / adviezen), overleggegevens, klachtbeloop, behandellocatie, duur sessie.

Datum Journaal

SELECTIE BELANGRIJKSTE KLACHT(EN)

Met betrekking tot

ACTIVITEITEN EN BEWEGINGEN

Datum :
Naam :
Nummer :

- slapen
- lang achtereen zitten
- lang achtereen in leeshouding zitten
- slapen op rechter-/linkerzijde/buikligging/rugligging

- lachen
- spreken
- schreeuwen
- kauwen
- geeuwen
- taai voedsel eten
- hard voedsel eten
- zingen
- tanden poetsen
- muziekinstrument bespelen (.....)
- zoenen

- sociale contacten onderhouden
- sporten
- hobby's
- het uitvoeren van uw werk
- het uitvoeren van huishoudelijk werk
- op reis gaan
- andere activiteiten/bewegingen, nl.....
-

- na lichamelijke inspanning
- na geestelijke inspanning
- als u onvoldoende geslapen hebt
- als u erg veel geslapen hebt
- massage

Datum :
Naam :
Nummer :

Benoem nu de **DRIE** belangrijkste activiteiten in volgorde van pijnlijkheid:
(indien 1 klacht slechts nummer 1 invullen!)

1.

2.

3.

Datum :
Naam :
Nummer :

Activiteit 1 :

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit of beweging uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Activiteit 2 :

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit of beweging uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Activiteit 3 :

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit of beweging uit te voeren?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Datum :
Naam :
Nummer :

PIJN

Activiteit 1 :

Hoeveel pijn heeft u de afgelopen week gemiddeld gehad tijdens deze activiteit en/of beweging?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Activiteit 2 :

Hoeveel pijn heeft u de afgelopen week gemiddeld gehad tijdens deze activiteit en/of beweging?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Activiteit 3 :

Hoeveel pijn heeft u de afgelopen week gemiddeld gehad tijdens deze activiteit en/of beweging?

Geen enkele moeite _____ Onmogelijk

Literatuur

Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 1999;22:144-148

Steens MH, Stegenga B, Rijk A de, TMD IOF (RUTR-004). Toolkit Orofaciale Fysiotherapie. Uitgave van Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie, 2007

Boom P. Manipulatie bij acute slotklachten van de kaak. *Tijdschrift Manuele Therapie* 2011 Sep;7(3):14-17

Beurskens AJHM, Köke AJA, de Vet HCW. Lesbrief: een patiëntspecifieke benadering bij het meten. *Ned T Fysioth* 2001;111(6):166-168

ONDERZOEK CWK

Bewegingsonderzoek

Actief	bewegingsuitslag in graden (CROM)	signalen p*) / bewegingsverloop r / l	moment signaal	reproduceerbaar
flexie				j / n
extensie				j / n
lateroflexie links				j / n
lateroflexie rechts				j / n
rotatie links				j / n
rotatie rechts				j / n

*) p = pijn (weergave in Numerical Rating Score 0-10)

Passief	eindgevoel *)	signalen	moment signaal	reproduceerbaar
flexie				j / n
extensie				j / n
lateroflexie links				j / n
lateroflexie rechts				j / n
rotatie links				j / n
rotatie rechts				j / n

*) n = normaal; v = verhard; l = leeg

Palpatie musculatuur

Naam musculatuur	pijnpunten	tonus	structuurverandering (trigger points etc.)
	r/l		
	r/l		
	r/l		
	r/l		
	r/l		

Aanvullende testen en bijzonderheden

Conclusie onderzoek cwk:

Mandibulaire functiebeperking vragenlijst

Beantwoord de volgende vragen door het gewenste antwoord te omcirkelen.

In welke mate wordt u vanwege de klachten van uw kaak gehinderd bij:

- | | |
|---|--|
| 1 sociale activiteiten (in gezin, vrienden etc.)? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |
| 2 spreken? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |
| 3 iets groots afbijten? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |
| 4 eten van hard voedsel? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |
| 5 eten van zacht voedsel? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |
| 6 uw dagelijkse bezigheden? | 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel |

7 drinken? 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

8 lachen? 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

9 kauwen van resistent of taai voedsel? 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

10 geeuwen? 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

11 zoenen/kussen? 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

Het eten van voedsel is een alledaagse bezigheid. Hierbij zijn afbijten, kauwen en doorslikken inbegrepen. In het volgende willen wij graag dat u aangeeft hoeveel moeite het eten van de genoemde typen etenswaren u kost. Als u het genoemde de laatste tijd niet heeft gegeten, vergelijk dat dan met een soortgelijk product of geef aan hoeveel moeite u ermee denkt te zullen hebben.

In welke mate wordt u vanwege de klachten van uw kaak gehinderd bij het eten van:

12 harde koekjes 1 helemaal niet
2 een beetje
3 nogal
4 tamelijk veel
5 heel veel

13 vlees (bijv. karbonade of bieflap)

- 1 helemaal niet
- 2 een beetje
- 3 nogal
- 4 tamelijk veel
- 5 heel veel

14 ongekookte (rauwe) wortel

- 1 helemaal niet
- 2 een beetje
- 3 nogal
- 4 tamelijk veel
- 5 heel veel

15 een stuk stokbrood

- 1 helemaal niet
- 2 een beetje
- 3 nogal
- 4 tamelijk veel
- 5 heel veel

16 nootjes (bijv. pinda's)

- 1 helemaal niet
- 2 een beetje
- 3 nogal
- 4 tamelijk veel
- 5 heel veel

17 een hele appel (niet in stukjes gesneden)

- 1 helemaal niet
- 2 een beetje
- 3 nogal
- 4 tamelijk veel
- 5 heel veel

Algemene informatie MFIQ

Geeft aan in welke mate de patiënt vanwege kaakklachten gehinderd wordt bij diverse activiteiten en participatie. 17 vragen en scorevariëaties: helemaal geen last = 1 punt, tot heel last = 5 punten. Score: minimaal 17 en maximaal 68 punten. De verschilscore moet ten minste 14 punten zijn.

Het "waarderen" van de vragenlijst "Mandibulaire functiebeperking"

Score per item:

$s = i-1$ (range 0-4)

$l = 1, 2, 3, 4$ of 5)

somscore = $S = s_1 + \dots + s_{17}$

maximale score = $17 \times 4 = 68$

Ruwe score = $C = S/68$ (range 0-1)

Functiebeperking ("rating")

0 alle $i < 2$ en $C \leq 0.3$

1 tenminste eenmaal $i \geq 2$ en $C \leq 0.3$

2 alle $ii < 3$ en $0.3 < C \leq 0.6$

3 tenminste eenmaal $ii \geq 3$ en $0.3 < C \leq 0.6$

4 $i = 4$ en $C > 0.6$

5 tenminste eenmaal $i = 4$ en $C > 0.6$

Volgens de klassieke theorie over betrouwbaarheid bedroeg de lineaire samenhang uitgedrukt in een correlatiecoëfficiënt tussen de 0.69 en 0.96. De variantie tussen patiënten, geanalyseerd volgens de generalisatietheorie, bedroeg 81% versus 19% meetfout variantie. De MFIQ is een betrouwbare vragenlijst waarbij het kleinste te meten verschil 14 eenheden bedraagt op een schaal van 0 tot 68. Door op twee verschillende dagen te meten en daarbij de meting twee maal te herhalen, verbetert het kleinste te meten verschil tot 10 eenheden.

Literatuur

Stegenga B, de Bont LGM, de Leeuw R, Boering G. Assessment of mandibular function impairment associated with temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. *J Orofac Pain* 1993;7:183-195

Kropmans TJ, Dijkstra PU, van Veen A, Stegenga B, de Bont LGM. The smallest detectable difference of mandibular function impairment in patients with painfully restricted temporomandibular joint. *J Dent Res* 1999;78:1445-1449

Neck Disability Index

Vernon 1991

1. Pijn

- Ik heb nu geen pijn
- Ik heb nu weinig pijn
- Ik heb nu matige pijn
- Ik heb nu vrij hevige pijn
- Ik heb nu zeer hevige pijn
- Ik heb nu de slechts denkbare pijn

2. Persoonlijke verzorging (wassen, aan- en uitkleden)

- Ik kan goed voor mezelf zorgen zonder dat de pijn toeneemt
- Ik kan goed voor mezelf zorgen hoewel dat de pijn doet toenemen
- Voor mezelf zorgen is pijnlijk en gaat langzaam en voorzichtig
- Voor mezelf zorgen lukt goed maar vaak met enige hulp
- Elke dag voor mezelf zorgen lukt meestal alleen met hulp
- Ik kan mezelf niet aankleden; mezelf wassen gaat moeilijk en ik blijf in bed

3. Tillen

- Ik kan een zwaar gewicht tillen zonder dat de pijn toeneemt
- Ik kan een zwaar gewicht tillen, maar dat doet de pijn toenemen
- De pijn weerhoudt mij van het optillen van een zwaar gewicht van de grond, maar zou dat wel kunnen wanneer dat gewicht hoger (bijv. op een tafel) gelegen is
- Ik kan alleen zeer lichte gewichten tillen
- Ik kan helemaal niets tillen of dragen

4. Lezen

- Ik kan zo veel lezen als ik wil zonder pijn in mijn nek
- Ik kan zo veel lezen als ik wil met weinig pijn in mijn nek
- Ik kan zo veel lezen als ik wil met matige pijn in mijn nek
- Ik kan niet zo veel lezen als ik zou willen vanwege de matige pijn in mijn nek
- Ik kan bijna niet meer lezen vanwege de hevige pijn in mijn nek
- Ik kan helemaal niet meer lezen

5. Hoofdpijn

- Ik heb helemaal geen hoofdpijn
- Ik heb af en toe lichte hoofdpijn
- Ik heb af en toe matige hoofdpijn
- Ik heb vaak matige hoofdpijn
- Ik heb vaak hevige hoofdpijn
- Ik heb bijna altijd hoofdpijn

6. Concentratie
- Ik kan mij goed concentreren zonder moeite wanneer ik dat wil
 - Ik kan mij goed concentreren met enige moeite wanneer ik dat wil
 - Het kost mij duidelijk moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
 - Het kost mij veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
 - Het kost mij zeer veel moeite om te concentreren wanneer ik dat wil
 - Ik kan mij helemaal niet concentreren
7. Werk
- Ik kan zo veel werk doen als ik wil
 - Ik kan alleen mijn gewone werk doen, maar niet meer
 - Ik kan het grootste deel van mijn gewone werk doen, maar niet meer
 - Ik kan mijn gewone werk niet doen
 - Ik kan bijna geen enkel werk meer doen
 - Ik kan helemaal niet meer werken
8. Autorijden
- Ik kan autorijden zonder enige nekpijn
 - Ik kan autorijden zo lang als ik wil met weinig pijn in mijn nek
 - Ik kan autorijden zo lang als ik wil met matige pijn in mijn nek
 - Ik kan niet autorijden zo lang als ik wil vanwege de matige pijn in mijn nek
 - Ik kan bijna niet meer autorijden vanwege de hevige pijn in mijn nek
 - Ik kan helemaal niet meer autorijden
9. Slapen
- Ik heb geen moeite met slapen
 - Mijn slaap is heel licht gestoord (minder dan 1 uur wakker)
 - Mijn slaap is licht gestoord (1 tot 2 uur wakker)
 - Mijn slaap is matig gestoord (2 tot 3 uur wakker)
 - Mijn slaap is fors gestoord (3 tot 5 uur wakker)
 - Mijn slaap is volledig gestoord (5 tot 7 uur wakker)
10. Vrije tijd
- Ik kan aan alle activiteiten meedoen zonder enige pijn in mijn nek
 - Ik kan aan alle activiteiten meedoen met enige pijn in mijn nek
 - Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan de meeste, maar niet alle, gebruikelijke activiteiten meedoen
 - Vanwege de pijn in mijn nek kan ik aan maar weinig gebruikelijke activiteiten meedoen
 - Vanwege de pijn in mijn nek kan ik nagenoeg aan geen activiteiten meedoen
 - Ik kan aan geen enkele activiteit meer meedoen

Algemene informatie NDI

Meet de zelfgerapporteerde pijnintensiteit van nek- en hoofdpijn en geeft aan in welke mate de neklachten invloed hebben op de dagelijkse activiteiten (score 0= geen beperking, score 34-50= volledige beperking). Het minimaal detecteerbaar verschil en de minimaal klinisch relevante score zijn beide ongeveer vijf NDI punten. Dit betekent dat bij een verschil tussen voor- en nameting van vijf punten men er van uit kan gaan dat de patiënt echt verbeterd is. Bij een verschil van drie of minder punten is een verschil niet waarschijnlijk, terwijl een verschil van zeven punten voor een belangrijke verandering staat.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/45_1_N.pdf

Literatuur

Vernon H, Mior S. The neck disability index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther* 1991 Sep;14(7):409-415

de Wijer A, Steenks MH, Bosman F, Helders PJ, Faber J. Symptoms of the stomatognathic system in temporomandibular and cervical disorders. *J Oral Rehabil* 1996 Nov;23(11):733-41

de Wijer A, Steenks MH, de Leeuw JR, Bosman F, Helders PJ. Symptoms of the cervical spine in temporomandibular and cervical spine disorders. *J Oral Rehabil* 1996 Nov;23(11):742-50

Marchiori DM, Henderson CNR. A cross-sectional study correlating cervical radiographic degenerative findings to pain and disability. *Spine* 1996;21:2747-2752

VierDimensionale Klachtenlijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij) hebt ervaren.

Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

Datum van invulling 4DKL:

Naam:

Omcirkel bij iedere vraag in de score van 0 t/m 4.

Sla daarbij geen vraag over.

Heeft u de <u>afgelopen week</u> last van:	0 nee 1 soms 2 regelmatig					vraag nr.
	3 vaak 4 voortdurend					
1. Duizeligheid of licht gevoel in het hoofd	0	1	2	3	4	1
2. Pijnlijke spieren	0	1	2	3	4	2
3. Flauw vallen	0	1	2	3	4	3
4. Pijn in de nek	0	1	2	3	4	4
5. Pijn in de rug	0	1	2	3	4	5
6. Overmatige transpiratie	0	1	2	3	4	6
7. Hartkloppingen	0	1	2	3	4	7
8. Hoofdpijn	0	1	2	3	4	8
9. Een opgeblazen gevoel in de buik	0	1	2	3	4	9
10. Wazig zien of vlekken voor de ogen zien	0	1	2	3	4	10
11. Benauwdheid	0	1	2	3	4	11
12. Misselijkheid of een maag die 'van streek' is	0	1	2	3	4	12
13. Pijn in de buik of maagstreek	0	1	2	3	4	13
14. Tintelingen in de vingers	0	1	2	3	4	14
15. Een drukkend of beklemmend gevoel op de borst	0	1	2	3	4	15

16. Pijn in de borst	0	1	2	3	4	16
17. Neerslachtigheid	0	1	2	3	4	17
18. Zomaar plotseling schrikken	0	1	2	3	4	18
19. Piekeren	0	1	2	3	4	19
20. Onrustig slapen	0	1	2	3	4	20
21. Onbestemde angstgevoelens	0	1	2	3	4	21
22. Lusteloosheid	0	1	2	3	4	22
23. Beven in gezelschap van andere mensen	0	1	2	3	4	23
24. Angst- of paniekaanvallen	0	1	2	3	4	24

Heeft u de afgelopen week het gevoel dat:

25. U gespannenheid bent	0	1	2	3	4	25
26. U snel geïrriteerd bent	0	1	2	3	4	26
27. U angstig bent	0	1	2	3	4	27
28. Alles zinloos is	0	1	2	3	4	28
29. U tot niets meer kunt komen	0	1	2	3	4	29
30. Het leven niet de moeite waard is	0	1	2	3	4	30
31. U geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen	0	1	2	3	4	31
32. U het niet meer aankunt	0	1	2	3	4	32
33. Het beter zou zijn als u maar dood was	0	1	2	3	4	33
34. U nergens plezier meer in kunt hebben	0	1	2	3	4	34
35. Er geen uitweg is uit uw situatie	0	1	2	3	4	35
36. U er niet meer tegenop kunt	0	1	2	3	4	36
37. U nergens zin meer in heeft	0	1	2	3	4	37
38. U moeite hebt met helder denken	0	1	2	3	4	38
39. Moeite hebt om in slaap te komen	0	1	2	3	4	39

Bent u de afgelopen week:

41. Snel emotioneel	0	1	2	3	4	41
42. Angstig voor iets, waarvoor u helemaal niet bang voor zou hoeven te zijn (dieren, hoogten, kleine ruimten)	0	1	2	3	4	42
43. Bang om te reizen in bussen, trams of treinen	0	1	2	3	4	43
44. Bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van anderen	0	1	2	3	4	44
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt	0	1	2	3	4	45
46. Denkt u de afgelopen week weleens 'was ik maar dood'	0	1	2	3	4	46
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen), die u meemaakte(n)	0	1	2	3	4	47
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan aangrijpende gebeurtenissen van u af te zetten	0	1	2	3	4	48
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt	0	1	2	3	4	49
50. Moet u afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen	0	1	2	3	4	50

Algemene informatie 4DKL

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patiënt scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten ondervindt hij in zijn dagelijkse handelingen.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/24_1_N.pdf

Literatuur

Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en wetenschap*. 1996;39(12):538-547

Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992;35:311-5

Kleber RJ. Stressbenadering in de psychologie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.

Terluin B. Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse. *Huisarts Wet* 1996 Dec;12(6):358-65

DASS-21

Naam:

Datum:

Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de afgelopen week voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk. De nummers hebben deze betekenis:

0 = Helemaal niet of nooit van toepassing

1 = Een beetje of soms van toepassing

2 = Behoorlijk of vaak van toepassing

3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

- | | |
|--|---------|
| 1. Ik had moeite met ademen
(bijv. overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen) | 0 1 2 3 |
| 2. Ik vond het moeilijk me te ontspannen | 0 1 2 3 |
| 3. Er waren situaties die me zo angstig maakten dat ik erg opgelucht was wanneer het ophield | 0 1 2 3 |
| 4. Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken | 0 1 2 3 |
| 5. Ik merkte dat ik gemakkelijk overstuur raakte | 0 1 2 3 |
| 6. Ik was erg opgefokt | 0 1 2 3 |
| 7. Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was | 0 1 2 3 |
| 8. Ik transpireerde merkbaar terwijl het niet warm was en ik me niet inspande | 0 1 2 3 |
| 9. Ik vond het moeilijk op verhaal te komen | 0 1 2 3 |
| 10. Ik was niet in staat om enig plezier te hebben bij wat ik deed | 0 1 2 3 |
| 11. Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande
(bijv. het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart) | 0 1 2 3 |
| 12. Ik voelde me somber en zwaarmoedig | 0 1 2 3 |
| 13. Ik merkte dat ik erg snel prikkelbaar was | 0 1 2 3 |
| 14. Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte | 0 1 2 3 |
| 15. Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden | 0 1 2 3 |
| 16. Ik had het gevoel niets waard te zijn | 0 1 2 3 |
| 17. Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen | 0 1 2 3 |
| 18. Ik voelde me ontzettend angstig | 0 1 2 3 |
| 19. Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had | 0 1 2 3 |
| 20. Ik merkte dat ik beefde (bijv. met de handen) | 0 1 2 3 |
| 21. Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen | 0 1 2 3 |

In 2018 is er een groot onderzoek afgerond naar de prevalentie van slaap- en waakbruxisme door Wetselaar (Wetselaar, Vermaire, Lobbezoo, & Schuller, 2018). De prevalentie voor waakbruxisme is, 5% en 16,5% voor slaapbruxisme voor de totale Nederlandse bevolking, waarbij het percentage voor vrouwen net is hoger ligt dan voor mannen. De verklaringen voor bruxisme zijn multifactorieel. Zowel morfologisch-anatomische, psychosociale, biologische, fysiologische en exogene factoren kunnen risicofactoren zijn. De laatste jaren is meer onderzoek gedaan en evidentie gevonden voor de psychosociale factoren als risicofactor (Lobbezoo F., et al., 2017). Stress en angst zijn de psychosociale factoren die worden gecorreleerd aan de oorzaak van bruxisme (Manfredini & Lobbezoo, 2009).

De psychosociale factoren worden uitgevraagd met behulp van de

- Vier Dimensionale Klachten lijst (4DKL) is een vragenlijst van 50 vragen waarbij de items depressie, angst, stress en somatisatie gescoord worden (Terluin, et al., 2006)
- Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) is een vragenlijst van 21 vragen en scoort de items depressie, angst en stress (Tran, Tran, & Fisher, 2013) (Mitchell, Burns, & Dorstyn, 2008).

Voor het **diagnosticeren van stress** heeft de 4 DKL een sensitiviteit van 90% (95% BI 84-93) en de DASS-21 72% (95% BI 56-84) (Terluin, et al., 2006)

Voor het **diagnosticeren van angst** heeft de 4 DKL een sensitiviteit van 32% (95% BI 23-42) en de DASS-21 79% (95% BI 57-92) en 86% (95% BI 42-99) (Tran, Tran, & Fisher, 2013) (Mitchell, Burns, & Dorstyn, 2008).

Bibliografie

- Lobbezoo, F., Jacobs, F., de Laat, A., Aarab, G., Wetselaar, P., & Manfredini, D. (2017). Kauwen op bruxisme, Diagnostiek, beeldvorming, epidemiologie en oorzaken. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 309-316.
- Lobbezoo, F., Jacobs, R., de Laat, A., Aarab, G., Wetselaar, P., & Manfredini, D. (2017). Kauwen op bruxisme. Diagnostiek, beeldvorming, epidemiologie en oorzaken. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 309-316.
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2009). Role of Psychosocial Factors in the Etiology of Bruxism. *Journal of Orofacial Pain*, 153-166.
- Mitchell, M., Burns, N., & Dorstyn, D. (2008). Screening for depression and anxiety in spinal cord injury with DASS-21. *Spinal Cord*, 547-551.
- Terluin, B., Brouwers, E., van Marwijk, H., Verhaak, P., & van der Horst, H. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice*, 1-12.
- Terluin, B., Smits, N., & Miedema, B. (2014). The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: A validation study. *European Journal of General Practice*, 320-326.
- Terluin, B., van Marwijk, H., Adèr, H., de Vet, H., Penninx, B., Hermens, M., . . . Stalman, W. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to as. *Biomed Central Psychiatry*, 1-20.
- Tran, T., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 1-7.
- Wetselaar, P., Vermaire, E., Lobbezoo, F., & Schuller, A. (2018). The prevalence of awake bruxism and sleep bruxism in the adult Dutch population. *Journal of oral rehabilitation*, 617-623.

Tampa schaal voor Kinesiofobie: Temporomandibulaire Dysfunctie

Kaakklachten kunnen zich op verschillende manieren uiten. Wilt u in onderstaand lijstje aangeven waar u last van heeft (meerdere antwoorden mogelijk):

- pijn ja nee
- geluiden in mijn kaak tijdens bewegingen van de mond (bv. knappen of kraken) ja nee
- vastzitten of blokkeren van de onderkaak, zodat hij niet meer verder open of dicht kan ja nee
- anders, namelijk:

Geef van onderstaande beweringen aan in welke mate u het eens of oneens bent met deze bewering. De betekenis van de cijfers is als volgt:

	1	2	3	4
	in hoge mate mee oneens	enigszins mee oneens	enigszins mee eens	in hoge mate mee eens
1. Ik ben bang om bij het uitvoeren van kaakbewegingen letsel op te lopen.	1	2	3	4
2. Als ik mijn kaakklachten zou negeren, dan zouden ze erger worden.	1	2	3	4
3. Mijn kaak zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is.	1	2	3	4
4. Mijn kaakklachten zouden waarschijnlijk minder worden als ik mijn kaak meer zou bewegen.	1	2	3	4
5. Mijn kaakklachten worden door anderen niet serieus genoeg genomen.	1	2	3	4
6. Door mijn kaakklachten loopt mijn gezondheid de rest van mijn leven gevaar.	1	2	3	4
7. Mijn kaakklachten betekenen dat er sprake is van letsel.	1	2	3	4
8. Als iets mijn kaakklachten verergert, betekent dat nog niet dat het gevaarlijk is.	1	2	3	4
9. Ik ben bang om per ongeluk letsel aan mijn kaak op te lopen.	1	2	3	4
10. De veiligste manier om te voorkomen dat mijn klachten erger worden is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen met mijn mond maak.	1	2	3	4
11. Ik zou niet zoveel kaakklachten hebben als er niet iets gevaarlijks aan de hand zou zijn.	1	2	3	4
12. Hoewel ik kaakklachten heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik mijn mond normaal blijf gebruiken.	1	2	3	4
13. Mijn kaakklachten zeggen me wanneer ik moet stoppen met bewegen van mijn kaak om geen letsel op te lopen.	1	2	3	4
14. Voor iemand met kaakklachten zoals die van mij, is het echt af te raden om de mond veel te gebruiken.	1	2	3	4
15. Ik kan niet alles doen wat andere mensen doen, omdat ik te gemakkelijk letsel aan mijn kaak oloop.	1	2	3	4

16. Zelfs als ik ergens veel kaakklachten door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is. 1 2 3 4
17. Je zou je kaak zo min mogelijk hoeven bewegen wanneer je kaakklachten hebt. 1 2 3 4
18. Ik ben bang om mijn mond te ver te openen, omdat ik hem dan misschien niet meer dicht kan doen. 1 2 3 4

Algemene informatie TSK TMD

De TSK-TMD meet een specifiek aspect van pijngerelateerde vrees, met name vrees voor kaakgerelateerde beweging/letsel. De TSK-TSK bestaat uit een normale en een verkorte versie. De verkorte versie heeft een grotere betrouwbaarheid. Deze TSK-TMD bestaat uit 12 items en wordt gescoord op een vijfpuntenschaal (0 = "in hoge mate mee oneens" tot 4 = "in hoge mate mee eens"). De 12-item versie van de TSK-TMD vertoont een goede betrouwbaarheid (Cronbach's alpha = 0.83) en validiteit.

Bron: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/063/135/RUG01-002063135_2013_0001_AC.pdf

Literatuur

Visscher CM, Ohrbach R, van Wijk AJ, Wilkosz M, Naeije M. The Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD). *Pain* 2010;150:492-500

Diagnostisch criteria hoofdpijn als gevolg van TMD

A.	Hoofdpijn van elk type die voldoet aan de criteria C en D.
B.	Pijnlijke TMD vastgesteld middels op klinische diagnostische criteria ^a
C.	Aanwezigheid van causatie op basis van het volgende: (i) Geschiedenis: Hoofdpijn bij de sla(a)p(en) die veranderd bij bewegingen van de kaak, functie en/of parafunctie EN (ii) Onderzoek: Vermelden van <i>herkenbare hoofdpijn</i> in de sla(a)p(en) bij: a. Palpatie van de temporalis spier(en) ^b , of b. Range of motion van de kaak ^c .
D.	De hoofdpijn past niet beter bij een andere hoofdpijn diagnose

^a Zie DC TMD. ^b Palpatie gebeurt met 1 kilogram druk. ^c Herkenbare hoofdpijn met maximale actieve opening, maximale passieve opening, laterale bewegingen en/of protrusie.

Literatuur

Schiffman E, et al. Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders. *Cephalalgia* 2012;32(9):83-692

Adviezen

Deze adviezen zijn bedoeld om de belasting van uw kaakgewrichten en spieren te verminderen.

- Als geeuwen pijnlijk is, kunt u het beste de onderkaak ondersteunen tijdens het geeuwen.
- Bij het eten van hard voedsel niet de voortanden gebruiken om iets af te bijten (appels, stokbroodjes), maar snijd kleine stukjes af.
- Vermijd gewoontes als nagelbijten, velletjes bijten, klemmen, tandenknarsen, potlood kauwen, kauwgom kauwen, etc. Vermijd ook spanning in de kauwspieren op momenten dat u niet met de tanden en kiezen klemt of beweegt.
- Eet bij voorkeur geen hard en taai voedsel als dit pijnklachten geeft.
- Kauw afwisselend links en rechts, tenzij de therapeut u voor de eerste tijd een ander advies geeft.

Correcte tongpositie en mondhouding

Het doel van deze oefening is het vinden van een ontspannen mondhouding.

U neemt de juiste rustpositie van de tong in: het voorste deel van de tong ligt tegen het gehemelte met de tongpunt net achter de bovenste voortanden. Dit is de plaats waar u met de tongpunt het gehemelte raakt als u een klickend geluid met de tong maakt.

De tanden en kiezen maken géén contact met elkaar. De lippen liggen ontspannen op elkaar.

Als herinnering kunt u stickers plakken op plaatsen waar u regelmatig komt. Bij het zien van de sticker neemt u de juiste tongpositie in.

Opmerkingen:

Massage van de kauwspieren

Het doel van de massage is het ontspannen van de spieren en het verminderen van pijn.

Er zijn (aan elke kant) twee spieren om te masseren:

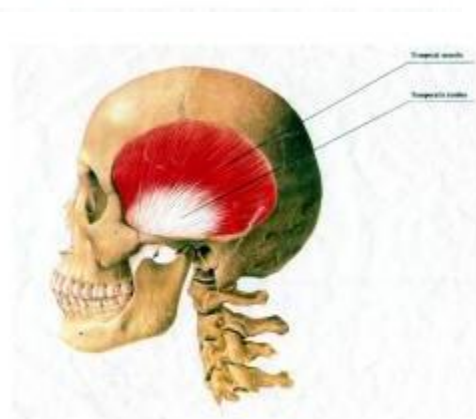
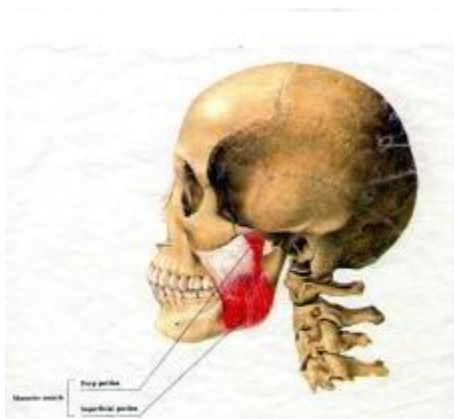
- de kauwspier (masseter), die van de jukboog naar de kaakhoek loopt en
- de slaapbeenspier (temporalis), die zich aan de zijkant van de schedel en ter hoogte van de slapen bevindt.

Deze spieren zijn afgebeeld op het onderste plaatje.

De massage voert u bij voorkeur zittend aan tafel uit, met uw ellebogen gesteund (zie foto's). De massage bestaat uit ronddraaiende bewegingen met daarin een drukmoment en een rustmoment. Belangrijk is dat u bij de beweging de huid meeneemt en niet met de vingers over de huid glijdt. Het moet steeds prettig aanvoelen.

De kauwspier kunt u ook vanuit de mondholte benaderen. Hiertoe plaatst u de duim aan de binnenkant tegen de wang (linker duim voor de rechter wang en omgekeerd) en strijkt u over de spier van boven naar beneden met een lichte druk naar buiten gericht. De fysiotherapeut zal dit voordoen.

De massage duurt in totaal ongeveerminuten. Herhaal dit..... keer per dag.



Opmerkingen:

Het kan gebeuren dat u een punt masseert dat een uitstraling veroorzaakt naar een andere regio. Overleg met uw fysiotherapeut of u door moet gaan met de massage van dit punt.

Rekoefening

Het doel van de oefening is het vergroten van de mondopening en het ontspannen van de kauwspieren.

U plaatst de tegenovergestelde duim in de mond (dus voor de rechter wang de linker duim). Plaats de duim buiten de kiezen en tegen de wang.

Bijt de kiezen licht op elkaar, totdat u de kauwspier voelt aanspannen. Nu eerst ontspannen. Rek de spier door de duim naar buiten en iets richting het oor te duwen. (Het laatste kootje van de duim kan hierbij iets gebogen worden.) Houd deze rekking acht tellen vast, vier keer links / rechts (foto 1). Herhaal deze oefening.....keer per dag.

U plaatst nu de duimtoppen tegen de hoektanden boven en de wijsvingers of middelvingers tegen de voortanden beneden (foto 2). Door de vingers uit elkaar te duwen, brengt u de spieren voorzichtig op rek. Bijt uw mond zachtjes dicht terwijl u weerstand geeft met uw vingers (de mond beweegt dus niet). Natellen stopt u met bijten en rekt u de mondopening met de vingers. Deze stand houdt u tellen vast. Deze oefening herhaalt u drie keer,..... keer per dag.



foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Mondopening vergroten

Om de mondopening te vergroten, plaatst u spatels tussen de kiezen links / rechts (foto 1). U plaatst zoveel spatels als comfortabel is. Als u hieraan gewend bent, schuift u er één spatel bij. Houd dat tellen vast. Voer deze oefening..... keer per dag uit.

Plaats een kurk tussen de tanden (foto 2). Bijt zacht in de kurk, houd dit.....tellen vast en laat vervolgens los. Laat de veerkracht van de kurk de mond iets verder openen. Herhaal dit..... keer. Daarna kunt u de kurk iets verder in de mond schuiven. Voer deze oefening..... keer per dag uit.



foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Stabiliteitsoefening

Deze oefening is bedoeld om de stabiliteit van de kaak te verbeteren.

Bij deze oefening gaat u rechtop zitten met de tong in de juiste positie. Plaats de handpalm tegen de onderkaak en probeer de mond te openen terwijl u dit tegenhoudt met de handpalm (foto 1). U houdt deze weerstand tellen aan. Vervolgens geeft u weerstand tegen de sluitingsbeweging. Dit kunt u ook doen tegen de voor- en zijwaartse beweging (foto 2). Elke richting herhaalt u drie keer. Deze oefening wordt keer per dag uitgevoerd.

Als bovenstaande oefening goed gaat dan herhaalt u de oefening met licht geopende mond (1 vinger tussen de tanden).

Als bovenstaande oefening goed gaat dan herhaalt u de oefening met geopende mond (2 vingers tussen de tanden). Let op: het innemen van de juiste tongpositie lukt nu niet meer.

Als bovenstaande oefening goed gaat dan herhaalt u de oefening met geopende mond (3 vingers tussen de tanden). Let op: het innemen van de juiste tongpositie lukt nu niet meer.



foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Scharnierbeweging

Het doel van deze oefening is het goed openen van de mond. U zit rechtop. Plaats de punt van de tong zover mogelijk naar achteren tegen het gehemelte aan. Open de mond zonder dat de tongpunt het gehemelte loslaat. Plaats de wijsvingers tegen het kaakgewricht net voor het oor (zie foto 1). Open nu de mond een klein stukje zonder dat de kaakkopjes naar voren schuiven, dus zonder dat de kin naar voren gaat. U kunt dit voelen met de vingers. Herhaal deze oefening keer, keer per dag.

Als dit goed gaat, opent u de mond op dezelfde manier maar nu zonder dat de tong het gehemelte raakt.

Pas het principe van de scharnieroefening toe tijdens het spreken en de maaltijd. Let er op dat u de mond niet te ver opent.

Ga voor een spiegel staan of zitten en let erop dat u de mond in een rechte lijn opent en sluit. Een hulpmiddel hierbij is om een verticale lijn op de spiegel te tekenen met bijvoorbeeld een viltstift of een wollen draadje op de spiegel te plakken (zie foto 2).

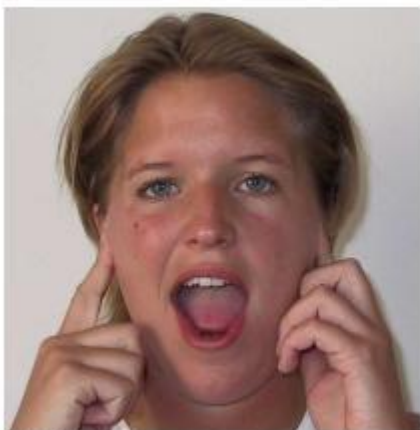


foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Aanspannen en ontspannen

Het doel van deze oefening is het ontspannen van de kauwspieren.

De kaak en de tong zijn in de rustpositie. Plaats uw duim onder de kin (zie foto 1).

Probeer nu uw mond te openen, terwijl uw duim dit tegen houdt (met lichte druk). Zorg hierbij dat u de onderkaak niet naar voren beweegt. Bij deze oefening vindt geen beweging plaats. Herhaal deze oefening keer,keer per dag.

Hetzelfde kunt u ook met de beweging naar opzij doen. Plaats de handen rond de kin met de vingertoppen tegen het kaakgewricht (zie foto 2). Duw vervolgens de kaak zacht tegen de handen afwisselend naar links en naar rechts, zonder dat de kaak beweegt.

Herhaal deze oefening keer,keer per dag.



foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Coördinatie / beweeglijkheid

Deze oefening is bedoeld om te zorgen dat de kaak weer soepel kan bewegen.

Plaats een spatel tussen de tanden (zie foto) en beweeg de onderkaak langs de spatel (dus zonder te bijten) van links naar rechts en weer terug.

Herhaal deze oefening keer, keer per dag.



Opmerkingen:

Houdingsoefeningen

Deze oefeningen zijn bedoeld om de houding van de nek en de positie van het hoofd te verbeteren.

- Ga rechtop zitten met de tong in de rustpositie. Plaats beide handen in de nek. Nu strekt u de nek waarbij u naar voren blijft kijken en de kin wat intrekt (een onderkin maken). Dit wordt de korte knik genoemd (foto). Hou deze positie 6 seconden vast en herhaal deze oefening 6 keer. Voer deze oefeningkeer per dag uit.
- Let weer op de juiste tongpositie. In stand of in zit (niet tegen een leuning) trekt u beide schouderbladen naar elkaar toe waarbij de schouders laag blijven. Tegelijkertijd maakt u de korte knik. Hou deze positie 6 seconden vast en herhaal deze oefening 6 keer. Voer deze oefening..... keer per dag uit.
- U gaat tegen de muur staan, waarbij de hielen, de billen, de schouderbladen en het hoofd de muur raken. Om het hoofd de muur te laten raken, kijkt u niet omhoog maar trekt u de kin wat in (korte knik). U kijkt dus recht naar voren. Hou deze positie gedurende één minuut aan. Voer deze oefening..... keer per dag uit.



Opmerkingen:

Gewoonte-omdraaiing

Introductie voor de oefening “Habit Reversal Training (HRT)” bij bruxisme:

De risicofactoren voor bruxisme zijn multifactorieel bepaald. Hierdoor heeft de behandeling van orofaciale pijn ten gevolge van bruxisme ook verschillende invalshoeken afhankelijk van de aanwezige risicofactoren. Tevens kennen we ook een verschil tussen slaap en waakbruxisme. Zoals de term al doet vermoeden vindt slaapbruxisme tijdens de slaap plaats en waakbruxisme als men wakker is.

Als orofaciaal fysiotherapeut heb je geen/nauwelijks invloed op slaapbruxisme (Gouw, 2019).

De behandeling is dan ook gericht op de gevolgen en risicofactoren van de waakbruxisme (opbeetplaat).

Waakbruxisme is echter goed te beïnvloeden. Naast counseling, massage en rekoefeningen wordt HRT toegepast (Azrin & Nunn, 1973). Enerzijds om de hypertonie van de kauwspieren te verminderen en anderzijds de repetitieve mondgewoonte af te leren.

HRT is een methode, waarbij een andere (tegengestelde) beweging wordt aangeleerd in plaats van het repetitieve gedrag of gewoonte.

Deze methode kent een aantal fasen;

- **bewustwording** van het gedrag, welke mondgewoonten zijn er aanwezig en wanneer of door welke situatie worden de mondgewoonten getriggerd.
- een **alternatief** verzinnen, een tegengestelde beweging verzinnen, waarbij de spanning van de kauwspieren verminderd. Bijvoorbeeld tegen weerstand de mond openen (zie plaatje), zingen, neuriën, ‘ploffen’ (wangen vullen met lucht en laten ontsnappen met geluid) etc.
- **implementeren** in het dagelijks leven, zorg voor een reminder waarbij de tegenbeweging ingezet kan worden in de situaties waarin de mondgewoonten worden getriggerd. Bijvoorbeeld een alarm op de telefoon, een post-it aan de PC, etc.

Onderzoek naar de effectiviteit van HRT is gevonden in 3 artikelen

- Comparison of habit reversal and behaviorally-modified dental treatment for temporomandibular disorders: a pilot investigation (Glaros, Kim-Weroha, Lausten, & Franklin, 2007)
- Temporomandibular disorder: efficacy of an oral habit reversal treatment program (Gramling, Neblett, Grayson, & Townsend, 1996)
- Use of a habit reversal treatment for temporomandibular pain in a minimal therapist contact format (Townsen, Nicholson, Buenaver, Bush, & Gramling, 2001)

De resultaten hiervan zijn hoopgevend waarbij een duidelijke pijnvermindering wordt waargenomen (NRS van 6,33 naar 2,75) echter zijn de onderzoeksgroepen klein.

De HRT is een goede manier om de zelfmanagement te ondersteunen naast de massage/rekoefeningen.

Bibliografie

Azrin, N., & Nunn, R. (1973). Habit-reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 619-628.

Glaros, A., Kim-Weroha, N., Lausten, L., & Franklin, K. (2007). Comparison of habit reversal and behaviorally-modified dental treatment for temporomandibular disorders: a pilot investigation . *Applied Psychophysiological Biofeedback*, 149-154.

Gouw, S. (2019). *Bruxism and physical therapie a physio-logical perspective*. Nijmegen: proefschrift.

Gramling, S., Neblett, J., Grayson, R., & Townsend, D. (1996). Temporomandibular disorder: efficacy of an oral habit reversal treatment program. *Journal Behavioral Therapy & Exp Psychiatry*, 245-255.

Townsen, D., Nicholson, R., Buenaver, L., Bush, F., & Gramling, S. (2001). Use of a habit reversal treatment for temporomandibular pain in a minimal therapist contact format. *Journal of Behavioral Therapy & Exp Psychiatry*, 221-239.

Het doel van de oefening is bepaalde mondgewoonten te herkennen en te veranderen.

- Probeer bewust te worden van de mondgewoonten (zoals klemmen met de kiezen op elkaar, nagelbijten, etc.) en vermijdt deze.
- Let op wanneer de gewoonten optreden en noteer dit.
- De fysiotherapeut heeft met u besproken over welke gewoonten het gaat. Zodra u merkt dat u..... , oefen dan het omgekeerde van deze gewoonte.

Bijvoorbeeld bij het op elkaar klemmen van de tanden en kiezen:

Neem bij deze oefening de juiste positie van de tong en de juiste houding in.

Probeer de mond te openen terwijl u dit tegenhoudt met de duim (zie foto), gedurende 6 seconden. Herhaal dit 3 keer.



Opmerkingen:

Kauwfitness

Om de conditie van de kauwspieren op te bouwen, kunt u volgens onderstaand schema oefenen. De bedoeling is om het kauwen op te voeren. De kauwoefeningen worden afhankelijk van de klachten en van de instructie van de fysiotherapeut langzaam opgevoerd van één tot tien minuten. Herhaal deze oefeningkeer per dag.

Minuten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brood zonder korsten										
Brood met korsten										
Dubbelbrood met korst										
Stokbrood										
Nootjes										
Appel										
Wortel										
1 stukje kauwgom										
2 stukjes kauwgom										
3 stukjes kauwgom										

Opmerkingen:

Oefeningen Kalamir

- a) "Intra-oral temporalis release" (Figure 1). This consisted of a gloved index finger intra-oral contact onto the tendonous insertions of the temporalis muscle at the superior aspect of the coronoid process. Light posterior and caudad pressure is applied by the finger within pain tolerance of the patient. Simultaneously, the index and middle fingers of the other hand apply superior pressure longitudinally along the anterior fibres of the temporalis muscle moving gradually anterior to posterior. The patient is asked to

incrementally open their mouth to its maximum range.



- b) "Intra-oral medial and lateral pterygoid (origin) technique" (Figure 2). The practitioner is seated either homolateral or contralateral to the side being treated. A gloved index finger is inserted along the lateral wall of the pharynx, posterior to the last molar. Posterior and cephalad pressure is applied into the pharyngeal mucosal tissues overlying the pterygoid origins arising from the lateral pterygoid plate of the sphenoid. Care is taken to avoid direct contact of the hamulus. The contact is maintained for 5 seconds.



c) "Intra-oral sphenopalatine ganglion technique" (Figure 3). The gloved 5th finger of the caudad hand is slowly inserted along the buccal surface of the lightly occluded teeth. The patient is asked to briefly clench their teeth, and upon relaxing, the practitioner presses their finger deeper posteriorward. This process is repeated until the tip of the finger reaches as close to the anterior aspect of the infratemporal fossa / sphenopalatine fossa as is comfortable to the patient. The patient is then asked to lift their head off the table, pushing into the contact. In this way excessive force by the practitioner is checked by an apprehension response of the patient. After three repetitions, the patient relaxes; resting their head back onto the headrest, and gentle buccal pressure is now applied into medial pterygoid muscle by the practitioner's finger tip before gently being removed from the mouth.



Figure 3 Intra-oral sphenopalatine ganglion technique.

Literatuur

Kalamir A, Bonello R, Graham P, Vitiello AL, Pollard H. Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorders: A randomized controlled trial *J Manipulative Physiol Ther* 2012;35:26-37

Kalamir A, Graham PL, Vitiello AL, Bonello R, Pollard H. Intra-oral myofascial therapy versus education and self-care in the treatment of chronic myogenous temporomandibular disorder: a randomised, clinical trial. *Chiropractic & Manual Therapies* 2013;21:17

Massage van het gezicht

Doel van de massage:

Massage betekent een kennismaking met het eigen gelaat en het ontdekken waar meer of minder spanning aanwezig is. Het doel van de massage is verbetering van de circulatie, ontspanning in het gezicht, het 'losmaken' van de spieren en het verminderen van pijnpunten.

Effleurages: (strijkoefeningen)



1. Plaats de vlakke vingers van beide handen boven de wenkbrauwen. Beweeg de vingers met lichte druk via de slapen naar beneden; vervolgens weer omhoog, dan bovenlangs achter de oren naar de hals tot aan het sleutelbeen.
2. Plaats de vingers in de ooghoeken naast de neus en beweeg over de oogkassen in de richting van de slapen omhoog, weer naar beneden en nu onder de oren langs, via de zijkant van de hals naar het sleutelbeen.
3. Plaats twee vingers naast de neus en ga langs de neusvleugels naar de mond, ga hier rondom heen. Vervolgens met alle vingers via de kin over de kaakrand tot onder de oren en naar de hals tot het sleutelbeen.



Afsluiting strijkoefening 1, 2 en 3 van de hals tot het sleutelbeen.

Knedingen



4. Het kneden gebeurt met de vingertoppen terwijl de vingers licht gebogen zijn. Maak een rustige draaiende beweging waarbij de huid met de vingers meebeweegt. Daarbij het gezicht zo ontspannen mogelijk en stil houden, met evt. de mond een weinig open. Kneed het hele gezicht vooral op die plaatsen waar meer spanning wordt gevoeld. Het kneden moet prettig aanvoelen, het mag geen pijn doen.

Ter afsluiting

5. Met de toppen van de vingers het gezicht vooral losjes bekloppen in een rustig en gelijkmatig tempo.
6. Met beide handen losjes door het gezicht strijken, zigzaggend of draaiend.

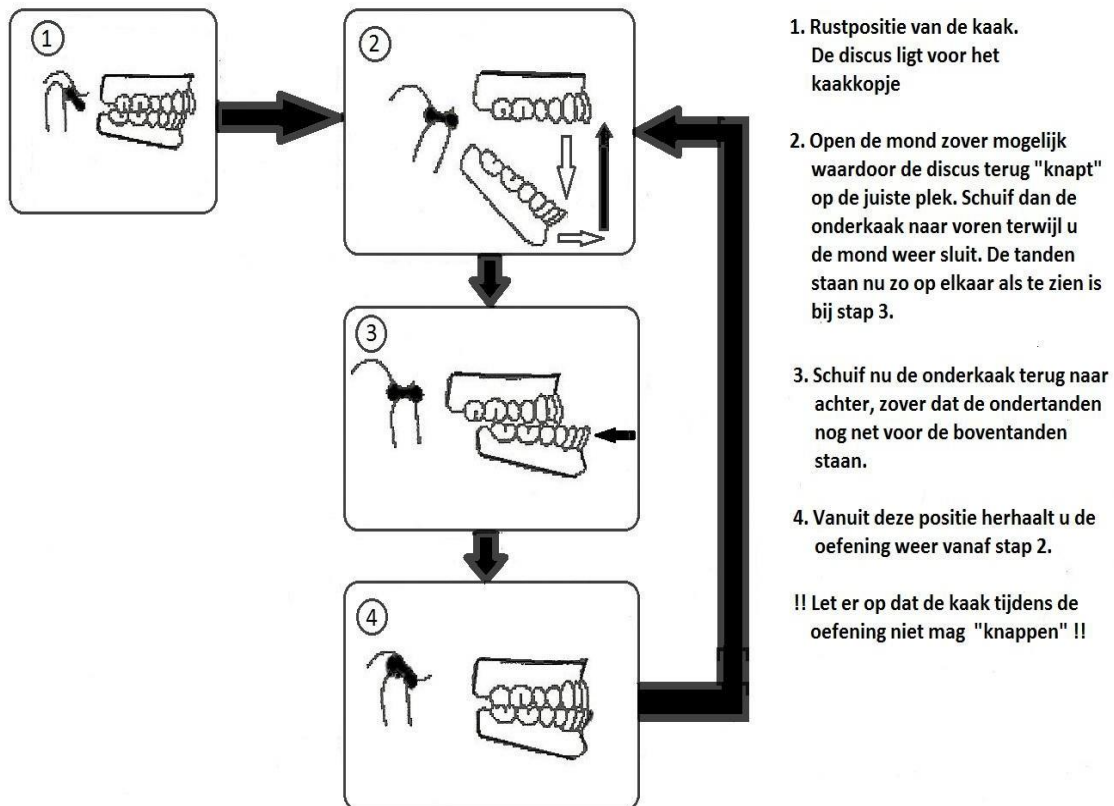
Alle massageoefeningen uitvoeren terwijl u rustig ademhaalt.

N.B. Extra oefeningen bij een pijnpunt: zoek met één vinger het pijnpunt op, geef een constante druk tot de pijn afneemt.

Literatuur

Beurskens CHG, Burgers-Bots I, van Hinte G, Desmet L. Mimetherapie handleiding. Revalidatie van de mimische musculatuur bij patiënten met restverschijnselen na een perifere aangezichtsverlamming. 2017

Oefening van Yoda



Literatuur

Yoda T, Sakamoto I, Imai H, Honma Y, Shinjo Y, Takano A, Tsukahara H, Morita S, Miyamura J, Yoda Y, Sasaki Y, Tomizuka K, Takato T. A randomized controlled trial of therapeutic exercise for clicking due to disk anterior displacement with reduction in the temporomandibular joint. *Journal of Craniomandibular Practice* 2003;21(1):10-16

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

Beurskens, 1996

Toelichting voor de fysiotherapeut

Doel

De PSK kan worden toegepast om inzicht te krijgen in de activiteiten waar een patiënt moeite mee heeft als gevolg van zijn klachten.

De gekozen activiteiten kunnen u en de patiënt ondersteunen bij het vaststellen van de specifieke hulpvraag en het opstellen van de behandeldoelen en daarmee richting geven aan het behandelplan voor deze individuele patiënt. De PSK kan gedurende een behandeling meerdere keren gescoord worden. Het verschil in score tussen het begin, tussentijds en aan het einde van de behandeling kan aan de patiënt en u inzicht geven in de behaalde vooruitgang.

Gebruikersinstructie

De PSK bestaat uit twee delen: het inventariseren en vervolgens scoren van patiëntspecifieke activiteiten.

1. Het inventariseren

Aan de patiënt wordt gevraagd activiteiten te benoemen waarin hij/zij in het dagelijks leven hinder van ondervindt, c.q. moeite mee heeft door zijn of haar klachten of aandoening, en die hij/zij wil verbeteren met de therapie. Wanneer de patiënt geen activiteiten kan benoemen is het mogelijk om een activiteitenlijst als voorbeeld voor te leggen, dit hoeft echter niet. De patiënt selecteert de 3 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten (mag ook meer of minder). Deze moeten voor hem/haar persoonlijk relevant zijn, dit betekent dat de patiënt deze activiteiten regelmatig uitvoert en hij/zij er hinder van ondervindt.

2. Het scoren

De geselecteerde activiteiten worden gescoord op: de hoeveelheid moeite die het hem/haar kost om deze activiteit uit te voeren op een 11 punts-schaal, waarbij 0 = geen enkele moeite en 10= onmogelijk.

Doelgroep

De PSK is bij verschillende (chronische) patiëntcategorieën te gebruiken. Het principe is telkens hetzelfde maar de voorbeeld activiteitenlijst varieert per patiëntencategorie. Voor de doelgroepen chronische lage rugpijn, hartpatiënten, M. Parkinson, Claudicatio Intermittens en chronisch enkelletsel zijn voorbeeld activiteitenlijsten gemaakt. Maar u kunt de PSK ook voor andere aandoeningen gebruiken.

Uitvoering

Laat de patiënt zo specifiek mogelijk de activiteit beschrijven en zoveel mogelijk kwantificeren in tijd, gewicht etc. Bijvoorbeeld bij het poetsen: "moeite met lang (> 10 minuten) gebukt staan". Wanneer de patiënt moeite heeft met het „bedenken“ van activiteiten, kan hij tot aan de volgende afspraak „bedenktijd“ krijgen waarin hij goed na kan gaan wat zijn specifieke probleemactiviteiten zijn. Bij de tweede afspraak volgt dan de definitieve selectie.

Patiënten waarbij de pijnklachten voorop staan, hebben vaak moeite met het scoren van activiteiten en neigen tot het scoren van de mate van pijn. De moeite met uitvoering van de betreffende activiteit moet echter gescoord worden.

Patiënten mogen geen activiteiten selecteren die ze vermijden omdat van deze het effect niet kan worden geëvalueerd.

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

Beurskens, 1996

Toelichting voor de patiënt

Uw klachten hebben invloed op de activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. De gevolgen van deze klachten zijn voor iedereen verschillend. Elk persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Probeer de activiteiten te benoemen waar u de afgelopen week door uw klachten moeilijkheden mee had. We vragen u activiteiten te benoemen **die u heel belangrijk vindt** en die u het liefst zou **zien verbeteren** in de **komende weken**.

PSK scoreformulier

Naam:

Datum:

Benoem de **3 belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1.

2.

3.

Extra:

<u>Invulvoorbeeld</u>												
Activiteit: wandelen												
Scoort u 0 , dan kost het wandelen u geen enkele moeite												
<i>geen enkele moeite</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>onmogelijk</i>
Scoort u 10 , dan is het wandelen onmogelijk voor u												
<i>geen enkele moeite</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>onmogelijk</i>

Score van de eerste 3 activiteiten

Activiteit 1:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Onmogelijk**

Activiteit 2:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Onmogelijk**

Activiteit 3:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Onmogelijk**

Algemene informatie PSK

De PSK wordt toegepast als meetinstrument om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten relevant (belangrijk) zijn, de patiënt moet hinder ondervinden bij de uitvoering en de uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (wekelijks). Oorspronkelijk is het meetinstrument ontwikkeld voor patiënten met lage rugklachten. De lijst met activiteiten heeft daarom betrekking op rugklachten. In 2006 zijn er activiteitenlijsten gemaakt voor patiënten met de ziekte van Parkinson, claudicatio intermittens, chronisch enkelletsel en hartklachten. De mate waarin de hinder wordt ondervonden wordt door de patiënt gescoord op een numeric rating scale (NRS) (De scoring is in 2008 veranderd van een VAS-lijn in een score op een 11-punts NRS).

Uit onderzoek naar toepassing van de PSK bij patiënten met lage rugpijn, is er sprake van een klinisch relevante verandering, bij een verandering van de score van minimaal 64%.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/206_1_N.pdf

Literatuur

Beurskens AJ, de Vet HC, Koke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, et al. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. *J Manipulative Physiol Ther* 1999;22:144-148

Beurskens AJHM, Köke AJA, de Vet HCW. Lesbrieff: een patiëntspecifieke benadering bij het meten. *Ned T Fysioth* 2001;111(6):166-168

Visual Analogue Scale

Hayes & Patterson, 1921

Naam:

Geb. dat.:

Datum van afname:

Wij willen u verzoeken dadelijk één vraag te beantwoorden waarmee we uw pijnintensiteit willen meten.

Plaats een verticale streep op de lijn die het best de ernst van uw pijn weergeeft.
Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

**Geen pijn
(0 mm)**



**Ergste pijn
voorstelbaar
(100 mm)**

Algemene informatie VAS

De Visual Analogue Scale is een specifieke meetschaal, bestaande uit een horizontale of een verticale lijn. De meest gebruikelijke lengte van de lijn is 100 mm lang. Aan de linker of onderste kant staat de minimumscore, aan de rechter of bovenste kant staat de maximumscore. De patiënt dient loodrecht op de lijn aan te strepen in welke mate hij de gevraagde sensatie beleeft. Het aantal millimeter tussen de door de patiënt aangegeven streep en de minimumscore is de score op de VAS.

Interpretatie voor de VAS-schaal (pijn): 0 geeft geen pijn en 100 geeft de ergst voorstelbare pijn weer.

Voor de sensatie 'pijn' zijn interpretatiegegevens bekend:

Matige pijn: gemiddelde VAS-score = 49 mm, sd = 17 mm

Ernstige pijn: gemiddelde VAS-score = 75 mm, sd = 18 mm

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/41_1_N.pdf

Literatuur

Hjermstad MJ et al. Fayed PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S; European Palliative Care Research Collaborative (EPRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):1073-93

Collins LC, Moore A, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres. *Pain* 1997 Aug;72(1-2):95-97

Numeric Pain Rating Scale (NPRS)

Naam:

Geb. dat.:

Datum van afname:

Wij willen u verzoeken dadelijk één vraag te beantwoorden waarmee we uw pijnintensiteit willen meten.

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.
Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

Geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Ergste pijn voorstelbaar**

Algemene informatie NPRS

De numeric rating scale is een specifieke meetschaal, bestaande uit 11 nummers van 0-10, waarbij 0 betekent geen pijn en 10 is de ergste pijn die u zich voor kunt stellen. Aan de linker kant staat de minimumscore, aan de rechter kant staat de maximumscore. De patiënt dient het getal te omcirkelen dat het best de ernst van zijn/haar pijn weergeeft die de patiënt de afgelopen week gehad heeft. Doordat alleen een geheel punt kan worden toegekend aan de sensatie is de NRS minder gevoelig om kleine veranderingen aan te tonen dan de VAS.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/40_1_N.pdf

Literatuur

McCaffery M, Psero C: Using the 0-to-10 pain rating scale. *Am J Nurs* 2001;101:81-82

Hjermstad MJ et al. Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, Fainsinger R, Aass N, Kaasa S; European Palliative Care Research Collaborative (EPRC). Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):1073-93

Freyd M. The graphic rating scale. *Journal of educational psychology* 1923;14:83-102

Ontspanningsoefeningen

Ademhaling – ontspanning

Bij het verrichten van een moeilijke handeling houdt men vaak op het moment dat het erop aankomt de adem in en roept daarmee spanningen op in het lichaam. De concentratie op de handeling zelf maakt dat men “even vergeet te ademen”, terwijl bij concentratie juist een grote mate van rust en een ontspannen ademhaling nodig zijn.

Ga op een stoel zitten, liefst met een leuning die de rug recht houdt. Breng eerst een gevoel van ontspanning in uw lichaam: laat de schouders ontspannen hangen, breng een gevoel van rust in de rug, zet de voeten naast elkaar op de grond en ontspan de benen.

Ervaar dan de ademhaling: **Buik – Flank – Borst**. Laag en rustig ademen is een grote stap in de richting van algehele ontspanning.

1. Ervaar een heel diepe ademhaling. Probeer bij het inademen u helemaal uit te strekken (schouders niet te hoog optrekken). Bij het uitademen weer ontspannen dan even pauzeren om goed te voelen in hoeverre u nu ontspannen zit.



2. Maak een ronddraaiende beweging met de schoudergordel. Voer dit uit op een rustige ademhaling en kom langzaam terug tot ontspannen zit.



3. Maak een ronddraaiende beweging met uw hoofd naar beide kanten en laat het hoofd langzaam voor zwaar worden (evt. met de ogen dicht). Zorg er bij deze oefening voor dat de tong ontspannen in de mond ligt, tanden en kiezen niet op elkaar klemmen.

4. Concentreer u een ogenblik op de ademhaling (rustig en laag) en verplaats dan langzaam de aandacht naar het gezicht. Span de mondspieren niet te krachtig aan om deze daarna weer te ontspannen waarbij u de onderkaak los en zwaar laat worden, op het ritme van de ademhaling.

Oefeningen om klemgedrag tegen te gaan



Tanden op elkaar



Ruimte tussen onder- en boventanden

Als u merkt dat de tanden en kiezen van boven en onderkaak vaak op elkaar staan wil dat zeggen dat u klemt. Het is belangrijk om altijd (behalve bij eten en slikken) een beetje ruimte tussen onder- en boventanden te hebben.

Voel dat de onderkaak 'zwaar', door zijn eigen gewicht, hangt. Probeer in u normale dagelijkse leven uw onderkaak ontspannen te laten 'hangen'. Het gaat meestal gemakkelijker als u ook de lippen een klein beetje los van elkaar hebt.

Gebruik bovenstaande ontspanningoefeningen als start voor de oefeningen van het gezicht en herhaal ze tijdens de oefeningen van het gezicht als u voelt dat uw lichaam meer gespannen raakt.

Cranio Cervical Flexion Test

Doel:

Onderzoek controle en uithoudingsvermogen van de diepe nekflexoren (m.longus colli, m.longus capitis, m.rectus capitus anterior, m.rectus capitis lateralis)

Uitgangshouding:

Ruglig. Neutrale positie cwk. Handdoek onder de occiput. De nek ligt vrij. Leer de patiënt aan om in deze houding hoogcervicale flexie uit te voeren. De stabilizer in de nek leggen en oppompen tot 20mmHg. De patiënt houdt de manometer vast. De arm wordt ondersteund met een kussen. Tip: lucht verdelen door een tijdje in het luchtkussen te drukken en blijven oppompen zodat de druk stabiel blijft.

Testen van gecoördineerde spieractiviteit en uithoudingsvermogen

Vraag de patiënt het hoofd langzaam te knikken en zo de druk op te voeren naar 22 mmHG en dan 24, 26, 28, en 30 mmHG. Bepaal op welk drukniveau de patiënt rustig en correct 10 herhalingen van 10 seconden vasthouden kan. (Rust: 10 sec) Dat is zijn duurcapaciteit. Een normaal vermogen van diepe nekflexoren is de mogelijkheid een drukverhoging van tenminste 26mmHG, 10 herhalingen van 10 seconden te kunnen vasthouden. Ideaal zou zijn, dat vermogen op 28 of 30 mmHG te hebben. De cranio-cervicale flexie zou uitgevoerd moeten kunnen worden zonder dominante activiteit van de oppervlakkige nekflexoren (Sternocleidomastoïdeus en scalenii). De andere veel gebruikelijke compensatie strategie is het maken van een retractie beweging om te proberen de druk te verhogen.

Literatuur

Jull GA, O'Leary SP, Falla DL. Clinical assessment of the deep cervical flexor muscles: The craniocervical flexion test. *J Manipulative Physiol Ther* 2008 Sep;31(7):525-533

Jull GA, Falla D, Vicenzino B, Hodges PW. The effect of therapeutic exercise on activation of the deep cervical flexor muscles in people with chronic neck pain. *Man Ther.* 2009 Dec;14(6):696-701

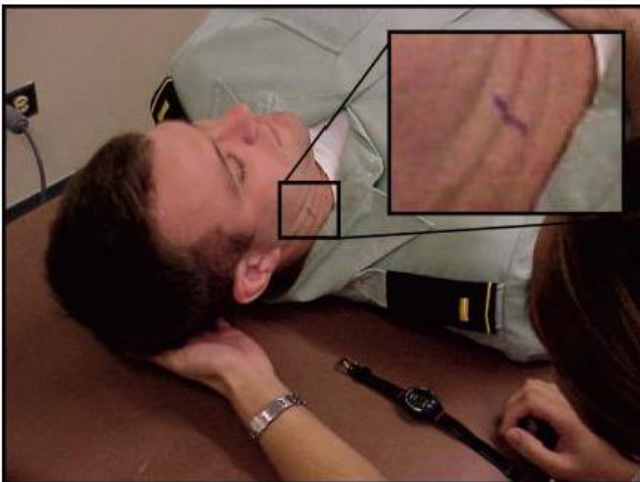
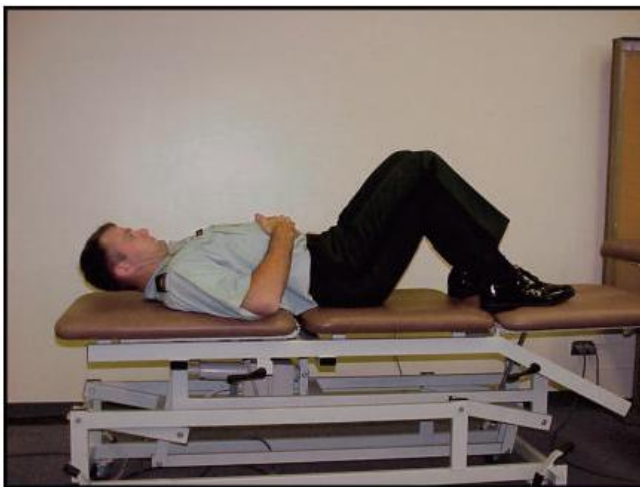
Neck Flexor Muscle Endurance Test

Uitgangspositie:

De patiënt ligt in ruglig op de bank met de knieën gebogen.

Instructie:

Aan de patiënt wordt gevraagd om een maximale retractie (kin-tuck) van de kin te maken. Terwijl deze positie wordt vastgehouden, wordt gevraagd aan de patiënt om het hoofd (en nek) op te tillen tot het hoofd ongeveer 2.5 cm van de bank af was. Op het moment dat deze positie is ingenomen door de patiënt, tekent de therapeut een lijn over 2 huidflappen van de nek/hals van de patiënt. Daarnaast legt de therapeut zijn hand onder het hoofd van de patiënt (ter hoogte van het occiput). Aan de patiënt wordt gevraagd deze positie vast te houden. Verbale commando's ("trek je kin in" of "houd je hoofd hoog") mogen worden gegeven wanneer de randen van de lijn niet meer recht zijn of als het hoofd van de patiënt de hand van de therapeut raakt.



Uitkomstmaat:

De therapeut meet hoe lang de patiënt deze positie kan vasthouden (in secondes). Wanneer de patiënt de kin-tuck verliest of wanneer het hoofd van de patiënt de hand van de therapeut langer dan 1 seconde raakt, is de test afgelopen. Gemiddeld houden gezonde mannen deze test 38.9 seconden vol, vrouwen 29.4 seconden.

<https://www.youtube.com/watch?v=a-msWjzZe2Q>

Literatuur

Harris KD, Heer DM, Roy TC, Santos DM, Whitman JM, Wainner RS. Reliability of a measurement of neck flexor muscle endurance. *Phys Ther* 2005;85:1349-1355

Domenech MA, Sizer PS, Dedrick GS, McGalliard MK & Brismee JM. The deep neck flexor endurance test: normative data scores in healthy adults. *PM&R* 201;3(2):105-110

Edmondston SJ, Wallumrød ME, MacLéid F, Kvamme LS, Joebges S, Brabham GC. Reliability of isometric muscle endurance tests in subjects with postural neck pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2008;31(5):348-54

Flexion Rotation Test

Uitgangspositie:

De patiënt ligt in ruglig op de bank met gestrekte knieën

Instructie:

De therapeut pakt het hoofd van de patiënt en maakt hiermee een maximale flexie. Bij het bereiken van de maximale flexie roteert de therapeut het hoofd van de patiënt naar links en naar rechts. Let tijdens het roteren op dat de maximale flexie (ook hoog-cervicaal) wordt vast gehouden.



Uitkomstmaat:

Let op weerstand tijdens de beweging, (herkenbare) pijnprovocatie, het aantal graden rotatie en het verschil tussen links en rechts qua rotatie. Een normale uitslag is 44 graden rotatie naar beide kanten. Dit is echter in de praktijk niet makkelijk na te testen zonder CROM.

<https://www.youtube.com/watch?v=SSres9ek3Sw>

Literatuur

Hall TM, Robinson KW, Akasaka K. Intertester Reliability and Diagnostic Validity of the Cervical Flexion-Rotation Test. *J Manipulative Physiol Ther.* 2008;31:293-300

Ogince M, Hall T, Robinson K. The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2 related cervicogenic headache. *Man Ther* 2007;12:256-262

Hall M, Briffa K. Comparative analysis and diagnostic accuracy of the cervical flexion-rotation test. *J Headache Pain* 2010;11:391-397

Oefenprogramma Jull

Doel: verbeteren van motorische controle en uithoudingsvermogen van de diepe nekflexoren.

Het start moment (aantal mmHg) van de training is afhankelijk van de voorafgaande onderzoek en daarmee gemeten mmHg (zie onderzoek stabiliteit met Stabilizer). Het drukniveau waarop de patiënt compensatiestrategieën gaat gebruiken in het onderzoek of een onvermogen om een bepaald drukniveau 10 x 10 seconden vast te houden is het niveau waarop de patiënt "uitvalt". Training begint dan 1 niveau lager. Bouw de training op naar 30 mmHG; hoger is niet relevant.

Uitgangshouding: training is in dezelfde houding als de testhouding: ruglig. Neutrale positie cwk. Handdoek onder de occiput. De nek ligt vrij. Leer de patiënt aan om in deze houding hoogcervicale flexie uit te voeren. De stabilizer in de nek leggen en oppompen tot 20mmHg. De patiënt houdt de manometer vast. De arm wordt ondersteund met een kussen. Tip: lucht verdelen door een tijdje in het luchtkussen te drukken en blijven oppompen zodat de druk stabiel blijft.

Uitvoering: de craniocervicale flexiebeweging uitvoeren zodat de druk van 20mmHg dat is rust aanwezig is, naar de vastgestelde beginniveau in aantal mmHG opgevoerd wordt. 10 x 10 seconde vasthouden. Langzaam opbouwen naar 30mmHG. Consequent dagelijks oefenen gedurende en periode van tenminste 6-10 weken of zolang het duurt tot de patiënt 28-30 mmHg kan vasthouden en dan 10x10seconden.

Tijdens het oefenen mogen er geen compensaties zijn: Scaleni, Sternocleidomastoid, retractiebeweging van het hoofd, schokkende bewegingen, kiezen op elkaar klemmen en andere.

Literatuur

Jull GA, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D, Emberson J, Marschner I, Richardson C. A RCT of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine* 2002;27:1835-843

Chintuck oefening

uitgevoerd zonder biofeedback.

Doel: verbeteren van motorische controle en uithoudingsvermogen van de diepe nekflexoren.

Uitgangshouding: ruglig op een behandelbank/bed zonder kussen.

Uitvoering: de chintuck-exercise is in feite de kin ('chin') intrekken om craniocerviale flexiebeweging uit te voeren. Deze oefening zou net als de stabilisatieoefening met Stabilizer, 10 x 10 seconden uitgevoerd kunnen worden zonder dominante activiteit van de oppervlakkige nekflexoren (Scalenii, Sternocleidomastoid) of retractiebeweging van het hoofd, schokkende bewegingen en kiezen op elkaar klemmen.

De chintuck-exercise



De chintuck-exercise kan gecombineerd worden met het optillen van het hoofd.



Oefenprogramma Ettekoven

Bij deze oefeningen moeten er langzame en gecontroleerde bewegingen van de nek gemaakt worden. Het gaat hierbij om het naar achter brengen van het hoofd en nek in een rechte beweging. Deze bewegingen kunnen eerst zonder weerstand geoefend worden en in een later stadium tegen de weerstand van een latex-band.

Uit het onderzoek komt naar voren dat patiënten die deze training volgden merkten dat de frequentie, intensiteit en de duur van de hoofdpijn sterk verminderd was aan het eind van het trainingsprogramma en bij follow-up na 6 maanden.

Instructie volgens Ettekoven & Lucas:

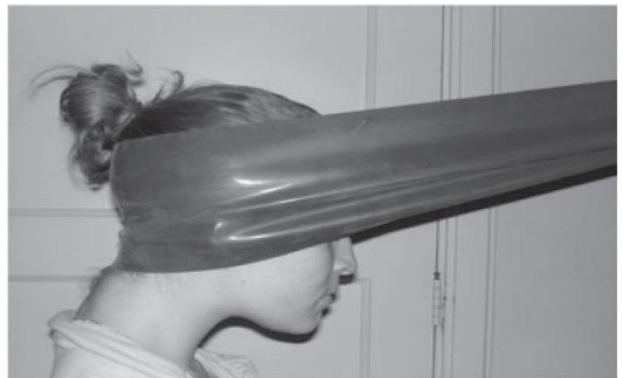
Materiaal: Theraband van 150cm waarvan de uiteinden aan elkaar zijn vastgemaakt. Eén zijde is geplaatst in de craniocervicale deel van de nek/hoofd van de patiënt en de andere deel gefixeerd aan iets dat net boven horizontaal is.

Uitgangshouding: de oefening is uitgevoerd in de zittende houding met normale lumbale lordose, enige retractie en adductie van de schouderbladen en enige verlenging van de cervicale wervelkolom.

Beweging: langzame, gecontroleerde craniocervicale flexie, startend met craniocervicale extensie (anteversie) en eindigend met craniocervicale flexie (retroversie). Zie plaatje.

Duur: 2 maal per dag 10 minuten, gedurende 6 weken. Na 6 weken mag de patiënt doorgaan met de oefening in geval van toename van hoofdpijnlachten. Frequentie in dat geval: zo vaak dat nodig is maar minimaal 2 maal per week gedurende 6 maanden.

(a)



(b)

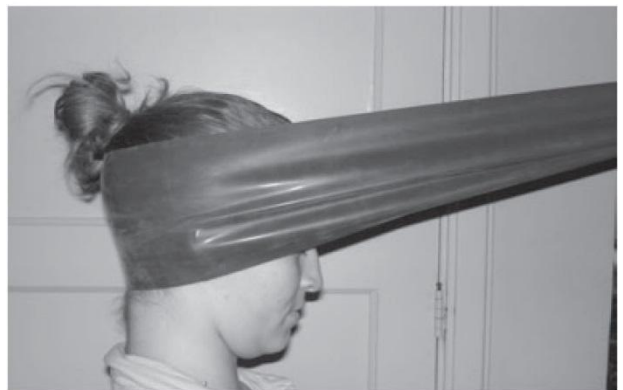


Figure 1 (a) Starting position in craniocervical extension (anteversion). (b) Final position with craniocervical flexion (retroversie).

Literatuur

Van Ettekoven H, Lucas C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia* 2006 Aug;26(8):983-91

Behandeling myofasciale trigger points

De behandeling van myofasciale trigger points kan op verschillende manier plaats vinden. Technieken die zijn beschreven zijn onder andere trigger point pressure release, ischemische compressie, lokale rek-technieken van de spier en post-isometrische relaxatie.

Trigger point pressure release is als volgt door Simons et al. beschreven:

De te behandelen spier wordt op lengte gebracht en er zal een geleidelijk opbouwende druk worden gegeven waarbij de patiënt minimale pijn mag ervaren. Bij een, door de therapeut, ervaren release van de trigger point zal de druk verder worden opgebouwd.

De ischemische compressie is een variant op deze techniek waarbij de druk wordt gegeven op de trigger point waarbij de patiënt wel pijn mag/moet ervaren. Wanneer de pijn minder wordt, neemt de druk op de trigger point toe.



Bron: <http://www.drwaynewinnick.com/services/myofascial-trigger-point-therapy-nyc/>

Lokale rek-technieken worden gebruikt om de spier en de trigger point te 'verlengen'.

Post-isometrische relaxatie houdt in dat de spier op lengte wordt gebracht, waarbij aan de patiënt wordt gevraagd de spier zo minimaal mogelijk aan te spannen (10 – 25% van de maximale contractie). Dit wordt enkele secondes vastgehouden waarna gevraagd wordt de spier te ontspannen. In deze ontspanning wordt de spier verder verlengt tot de therapeut weerstand ervaart. Deze techniek wordt een aantal keer herhaald.

Literatuur

Al Shengiti AM, Oldham JA. Test-retest reliability of myofascial trigger point detection in patients with rotator cuff tendonitis. *Clinical Rehabilitation* 2005;19(5):482-487

Simons D, Travell J, Simons L. Travell and Simons' myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. (1992, 2nd ed. Vol.1). Baltimore: Williams & Wilkins.

Bron C, Franssen J, Wensing M, Oostendorp RAB. Interrater reliability of palpation of myofascial trigger points in three shoulder muscles. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2007;15(4):203-215

Hong C. Treatment of myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports* 2006;10:345-349

Bendtsen L, Fernández-de-las-Peñas C. The role of muscles in tension-type headache. *Current Pain and Headache Reports* 2011;15:451-458

Calandre E, Hidalgo J, García-Leiva J, Rico-Villademoros F. Trigger point evaluation in migraine patients: an indication of peripheral sensitization linked to migraine predisposition? *Eur J Neurol.* 2006;13(3):244-249

Chen Y. Advances in the pathophysiology of tension-type headache: from stress to central sensitization. *Current Pain and Headache Reports* 2009;13(6):484-494

Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado M, Arendt-Nielsen L, Simons D, Pareja J. Myofascial trigger points and sensitization: an updated pain model for tension-type headache. *Cephalalgia* 2007;27(5):383-393

Fernández-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado M, Gerwin R, Pareja J. Trigger points in the suboccipital muscles and forward head posture in tension-type headache. *Headache: The Journal of Head and Face pain* 2006;46(3):454-460

Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado M, Barriga F, Pareja J. Active muscle trigger points as a sign of sensitization in chronic primary headaches. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2009;17(2):155-161.

Fernández-de-las-Peñas C, Cuadrado M, Pareja J. Myofascial trigger points, neck mobility and forward head posture in unilateral migraine. *Cephalalgia* 2006;26(9):1061-1070.

Sanitá, P, Júnior FPdA. Myofascial pain syndrome as a contributing factor in patients with chronic headaches. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2009;17(1):15-25.

Stülpnagel Cv, Reilich P, Straube A, Schäfer J, Blaschek A, Lee S, Heinen F. Myofascial trigger points in children with tension-type headache: a new diagnostic and therapeutic option. *J Child Neurol* 2009;24(4):406-409.

Algemene informatie hoofdpijndagboek

In de eerste studie van Russel et al (1992) wordt beschreven dat een combinatie van een klinisch interview (anamnese) in combinatie met een diagnostisch hoofdpijn dagboek een kwalitatieve en kwantitatieve meer precieze diagnose geven dan alleen een klinisch interview.

In een studie van Phillip, Lyngberg & Jensen (2007) wordt de klinische diagnose opgedaan door een interview vergeleken met de diagnose uit een hoofdpijn dagboek. Zij vonden een overeenkomst van 82% voor migraine, met een sensitiviteit van 90% en een specificiteit van 64%. Voor tension-type hoofdpijn vonden zij een overeenkomst van 87%, sensitiviteit 97%, specificiteit 29%. Zij vonden dat het hoofdpijndagboek niet aan te raden is voor de diagnose van migraine met aura, maar een goed instrument is om tussen migraine en tension-type hoofdpijn onderscheid te kunnen maken en om eventuele bijkomende hoofdpijnen te identificeren.

Literatuur

Philip D, Lyngberg AC, Jensen J. Assessment of headache diagnosis. A comparative population study of a clinical interview with a diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 2007;27(1):1-8

Russel MB, Rasmussen MB, Brennum J, Iversen HK, Jensen RA, Olesen J. Presentation of a new instrument: the diagnostic headache diary. *Cephalalgia* 1992 Dec;12(6):369

Hoofdpijn impact Test (HIT-6)

QualityMetric, Inc. And GlaxoSmithKline Group of Companies.

Instructies: Deze vragenlijst is ontwikkeld om u te helpen beschrijven en uit te drukken hoe u zich voelt en wat u vanwege hoofdpijn niet kunt doen.

Om de vragenlijst in te vullen graag één antwoord per vraag aankruisen.

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak is de pijn dan hevig?	0	0	0	0	0
2. Hoe vaak wordt u door hoofdpijn beperkt in uw vermogen om gebruikelijke dagelijkse activiteiten te doen, zoals het huishouden, werk, studie/opleiding of sociale activiteiten?	0	0	0	0	0
3. Wanneer u hoofdpijn heeft, hoe vaak wenst u dan dat u zou kunnen gaan liggen?	0	0	0	0	0
4. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken heeft u zich te moe gevoeld om uw werk of dagelijkse activiteiten te doen vanwege hoofdpijn?	0	0	0	0	0
5. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken was u het beu of voelde u zich geïrriteerd vanwege hoofdpijn?	0	0	0	0	0
6. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken werd u door hoofdpijn beperkt in uw vermogen u te concentreren op uw werk of dagelijkse activiteiten?	0	0	0	0	0
	6 pnt per antwoord	8 pnt per antwoord	10 pnt per antwoord	11 pnt per antwoord	13 pnt per antwoord

Totaal _____

Totaalscore tussen 36-78 punten

Interpretatie: De score kan variëren van 36 tot 78 punten. Hoe hoger de score, hoe groter de impact op het leven.

Score 60 of meer:

Uw hoofdpijn heeft een zeer zware invloed op uw dagelijks leven. Het is mogelijk dat u invaliderende pijn en andere symptomen ervaart die veel ernstiger zijn dan voor andere hoofdpijnpatiënten. Laat uw hoofdpijn u niet weerhouden om van de belangrijke dingen in het leven te genieten, zoals uw familie, werk, school of activiteiten in uw vrije tijd.

Score 56-59:

Uw hoofdpijn heeft een aanzienlijke invloed op uw dagelijks leven. Het is mogelijk dat u invaliderende pijn en anderen symptomen ervaart, waardoor u soms minder tijd kunt besteden aan uw familie, werk, school of activiteiten in uw vrije tijd.

Score 50-55:

Uw hoofdpijn lijkt invloed te hebben op uw dagelijks leven. Uw hoofdpijn zou u niet moeten hinderen om tijd te besteden aan uw familie, werk, school of activiteiten in uw vrije tijd.

Score 49 of minder:

Uw hoofdpijn heeft momenteel weinig of geen invloed op uw dagelijks leven. Wij raden u aan om de HIT-6 elke maand in te vullen om de invloed van hoofdpijn op uw dagelijks leven te blijven volgen.

Naam: _____

Geb.datum: _____

Datum: _____

Algemene informatie HIT-6

De Headache Impact Test (HIT-6) is een vragenlijst voor het meten van de invloed van hoofdpijn. De zes vragen worden door de patiënt zelf ingevuld. Ze zijn gericht op dagelijkse activiteiten zoals werk, opleiding, thuissituatie en vrije tijd. De HIT-6 geeft een algemeen overzicht van de impact van hoofdpijn, inbegrepen pijnintensiteit, beperking en andere items. Een hogere score komt overeen met veel klachten.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/190_1_N.pdf

Literatuur

Kosinski M, Bayliss MS, Bjorer JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, Cady R, Dahlöf CG, Dowson A, Tepper S. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Quality of life research* 2003 Dec;12(8):963-974

Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)

R.B. Lipton 1998

Beantwoord de volgende vragen over ALLE hoofdpijn die u in de laatste 3 maanden heeft gehad. Schrijf het antwoord op de daarvoor bestemde ruimte achter iedere vraag. Vul een 'nul' in indien u de genoemde activiteit niet heeft verricht in de laatste 3 maanden.

1. Hoeveel dagen in de laatste 3 maanden heeft u verzuimd van school of werk vanwege uw hoofdpijn? dagen
2. Hoeveel dagen in de laatste 3 maanden heeft u slechts de helft of nog minder van uw werkzaamheden op school of op het werk verricht vanwege uw hoofdpijn? dagen
(De dagen bij vraag 1 waarop u verzuimd heeft van school of werk niet meerekenen.)
3. Hoeveel dagen in de laatste 3 maanden ben u niet in staat geweest huishoudelijk werk te verrichten vanwege uw hoofdpijn? dagen
4. Hoeveel dagen in de laatste 3 maanden heeft u slecht de helft of nog minder van uw werkzaamheden in het huishouden verricht vanwege uw hoofdpijn? dagen
(De dagen bij vraag 3 waarop u niet in staat bent geweest huishoudelijk werk te verrichten niet meerekenen.)
5. Hoeveel dagen in de laatste 3 maanden heeft u niet kunnen deelnemen aan activiteiten met familie, sociale activiteiten of vrijetijdsbesteding vanwege uw hoofdpijn? dagen
 - a. Op hoeveel dagen in de laatste 3 maanden had uw hoofdpijn? (Als de hoofdpijn langer dan 1 dag duurde, tel dan elke dag.) dagen
 - b. Hoe heftig was de hoofdpijn gemiddeld op een schaal van 0 tot 10? (0 = geen pijn, 10 = heftiger kan niet)

Algemene informatie MIDAS

De Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst over de invloed van hoofdpijn op het dagelijks functioneren. Daarnaast ondersteunt het instrument de communicatie tussen patiënt en behandelaar, en kan het een behandelaar helpen om een passende behandeling voor te schrijven. De vragenlijst bestaat uit vijf items en meet het aantal dagen van verminderde activiteit/inactiviteit door hoofdpijn in de afgelopen drie maanden op de volgende drie domeinen: werk/school, huishoudelijk werk, familie/sociale activiteiten/vrije tijd. Daarnaast bevat de vragenlijst nog twee vragen m.b.t. frequentie en intensiteit van hoofdpijn, die toegevoegd zijn om de behandelaar van klinisch relevante informatie te voorzien.

De totaalscore wordt onderverdeeld in 4 klassen:

Klasse	Score	Omschrijving
MIDAS I	0-5	Weinig hinder (minimale of niet-frequente beperkingen)
MIDAS II	6-10	Milde hinder (milde of niet-frequente beperkingen)
MIDAS III	11-20	Matige hinder (matige beperkingen)
MIDAS IV-A	21-40	Ernstige hinder (ernstige beperkingen)
MIDAS IV-B	≥41	Zeer ernstige hinder (zeer ernstige beperkingen)

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/19_1_N.pdf

Literatuur

Bigal ME, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ, Sheftell FD. Assessment of migraine disability using the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: A comparison of chronic migraine with episodic migraine. *Headache* 2003;43:336-342

Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K. Migraine disability assessment (MIDAS) score: relation to headache frequency, pain intensity and headache symptoms. *Headache* 2003;43:258-265

Stewart WF, Lipton RB, Sawyer J. A multi-national study to assess the reliability of the migraine disability assessment (MIDAS) score. *Eur J Neurol* 1998; in press

Clinical News. The MIDAS questionnaire as the instrument of choice for grading migraine disability. *World Neurology* 1998;13(4):13

Sawyer J, Edmeads J, Lipton RB. Clinical utility of a new instrument assessing migraine disability: The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Neurology* 1998;50:A433-A434

Lipton RB, Stewart WF, Sawyer J. Reliability of migraine disability assessment (MIDAS) score in a population-based sample of headache sufferers: presentation for the 12th Migraine Trust International Symposium 1-4 September 1998. *Cephalalgia* 1998 Aug;18(6):380

Classificaties IHS

Diagnostisch criteria migraine zonder aura

A.	Ten minste 5 aanvallen die voldoen aan B tot D
B.	Hoofdpijn aanvallen die 4 – 72 uur duren (onbehandeld of zonder succes behandeld)
C.	De hoofdpijn heeft tenminste 2 van de volgende kenmerken: <ol style="list-style-type: none">1. Unilateraal gelokaliseerd2. Pulserend van aard3. Matige tot hevige intensiteit4. Toename door gewone lichamelijke inspanning (zoals lopen of traplopen)
D.	Tijdens de hoofdpijn tenminste één van de volgende symptomen: <ol style="list-style-type: none">1. Misselijkheid en/of braken2. Fotofobie of fonofobie
E.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

Diagnostische criteria migraine met aura

A.	Ten minste 2 aanvallen die voldoen aan B en C
B.	Ten minste 3 van de volgende 4 kenmerken: <ol style="list-style-type: none">1. Volledig herstellende aura symptomen die zijn te verklaren door focale hersendysfunctie2. Ten minste één aurasymptoom ontwikkelt zich geleidelijk gedurende ten minste 3 minuten of twee of meer symptomen ontwikkelen zich na elkaar3. Elk symptoom duurt korter dan 60 minuten; al meer aurasymptomen zich na elkaar ontwikkelen kan de totale duur proportioneel toenemen4. Hoofdpijn begint tijdens de aura of (vaker) volgt op de aura met een symptoomvrij interval van minder dan 60 minuten
C.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

Diagnostische criteria episodische tension-type hoofdpijn

A.	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Infrequent</i>: Op zijn minst 10 episodes, <1 dag in de maand (<12 dagen per jaar) en voldoen aan criteria B-D2. <i>Frequent</i>: Op zijn minst 10 episodes 1-14 dagen per maand, maximaal 3 maanden (>12 en <180 dagen per jaar) en voldoen aan criteria B-D
B.	De hoofdpijn duurt vanaf 30 minuten tot 7 dagen
C.	Hoofdpijn met ten minste 2 van de volgende criteria: <ol style="list-style-type: none">1. Bilaterale locatie2. Drukkend/klemmend van aard (niet pulserend)3. Milde of matige intensiteit4. Verergert niet bij het uitvoeren van normale dagelijks activiteiten (traplopen)
D.	Beide van de volgende: <ol style="list-style-type: none">1. Geen misselijkheid en/of overgeven2. Niet meer dan één van:<ul style="list-style-type: none">- Fotofobie- Fonofobie
E.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

Diagnostische criteria chronische tension-type hoofdpijn

A.	Hoofdpijn 1-14 dagen per maand op basis van >3 maanden (>180 dagen per jaar) en voldoen aan de criteria B-D
B.	De hoofdpijn duurt uren of is continu aanwezig
C.	Hoofdpijn met ten minste 2 van de volgende criteria:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bilaterale locatie 2. Drukkend/klemmend van aard (niet pulserend) 3. Milde of matige intensiteit 4. Verergert niet bij het uitvoeren van normale dagelijks activiteiten (traplopen)
D.	Beide van de volgende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Geen misselijkheid en/of overgeven 2. Niet meer dan één van: <ul style="list-style-type: none"> - Fotofobie - Fonofobie
E.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

Diagnostische criteria cluster hoofdpijn

A.	Ten minste 5 aanvallen die voldoet aan criteria B-D
B.	Ernstige of zeer ernstige unilaterale orbitale, supraorbitale en/of temporale pijn met een duur van 15-180 minuten (wanneer onbehandeld ¹)
C.	Één of beide van het volgende: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ten minste één van de volgende symptomen of tekenen, ipsilateraal van de hoofdpijn: <ol style="list-style-type: none"> a) Conjunctivale injectie en/of tranenvloed b) Nasale congestie en/of lopende neus c) Ooglidooedeem d) Verhoogde zweetsecretie van voorhoofd en/of gelaat e) Miosis en/of ptosis f) Een onrustig gevoel en (soms forse) bewegingsdrang
D.	De aanvalsfrequentie varieert van een aanval per twee dagen tot acht aanvallen per dag in de actieve fase
E.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

¹ Gedurende een deel (maar minder dan 50%) van de tijd kunnen de aanvallen minder ernstig zijn en/of langer of korter duren dan de bovengemelde aanvalsduur.

Diagnostische criteria medicatie-afhankelijke hoofdpijn

A.	Hoofdpijn die voorkomt voor ≥ 15 dagen per maand bij een patiënt met een eerder bestaande hoofdpijn
B.	Geregeld overgebruik voor langer dan 3 maanden van één of meerdere medicatie die genomen kan worden voor acute en/of symptomatische behandeling voor hoofdpijn ¹
C.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

¹ Medicatie-afhankelijke hoofdpijn bestaat uit meerdere subtypes, afhankelijk van de gebruikte medicatie en zal verder moeten worden geclassificeerd op basis hiervan.

Diagnostische criteria cervicogene hoofdpijn

A.	Iedere hoofdpijn die voldoet aan criterium C
B.	Klinische, laboratorische en/of beeldvormend bewijs van een aandoening of laesie van de cervicale wervelkolom of het zachte weefsel van de nek dat een geaccepteerde oorzaak van hoofdpijn is
C.	Bewijs voor causatie gedemonstreerd door ten minste 2 van de volgende criteria: <ol style="list-style-type: none"> 1. De hoofdpijn heeft zich ontwikkeld in temporale relatie tot het begin van de cervicale aandoening of de ontwikkeling van de laesie 2. De hoofdpijn is significant verminderd parallel aan de verbetering van de cervicale aandoening of laesie 3. Cervicale range of motion is verminderd en de hoofdpijn wordt verergerd door provocatieve manoeuvres 4. Verdwijning van de hoofdpijn als gevolg van een diagnostische blokkade van een

	cervicale structuur of de bijbehorende zenuwaanvoer
D.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

Diagnostische criteria klassieke trigeminus neuralgie

A.	Ten minste 3 aanvallen van unilaterale faciale pijn die voldoen aan de criteria B en C
B.	De aanvallen komen voor in één of meerdere divisies van de n. trigeminus, zonder radiatie buiten de trigeminale distributie
C.	De pijn heeft ten minste drie van de volgende vier karakteristieken: <ol style="list-style-type: none"> 1. Terugkerend in paraxysmale aanvallend met een duur van een seconde tot 2 minuten 2. Ernstige intensiteit 3. Elektrisch, schokkend, schietend, stekend of scherp van kwaliteit 4. Voorgegaan door onschuldige stimuli in de aangedane gezichtshelft¹
D.	Geen klinisch evidente neurologische aandoening ²
E.	Niet toegeschreven aan een andere ICHD-3 diagnose

¹ Sommige aanvallen zijn of lijken spontaan, maar er moeten er drie zijn die op deze manier worden voorgegaan om aan dit criteria te voldoen

² Hypo-esthesie of hypo-algesie in de aangedane trigeminale regio duidt altijd op axonale schade. Wanneer één van deze aanwezig is, is er sprake van trigeminale neuropathie en een uitgebreid diagnostisch work-up is noodzakelijk ter uitsluiting. Sommige patiënten ervaren hyper-algesie in de pijnlijke regio, wat niet noodzakelijkerwijs moet leiden tot een diagnose van trigeminale neuropathie omdat het een verhoogde aandacht voor de aangedane regio kan reflecteren.

Diagnostisch criteria hoofdpijn als gevolg van TMD

A.	Hoofdpijn van elk type die voldoet aan de criteria C en D.
B.	Pijnlijke TMD vastgesteld middels op klinische diagnostische criteria ^a
C.	Aanwezigheid van causatie op basis van het volgende: <ol style="list-style-type: none"> (iii) Geschiedenis: Hoofdpijn bij de sla(a)p(en) die veranderd bij bewegingen van de kaak, functie en/of parafunctie EN (iv) Onderzoek: Vermelden van <i>herkenbare hoofdpijn</i> in de sla(a)p(en) bij: <ol style="list-style-type: none"> a. Palpatie van de temporalis spier(en)^b, of b. Range of motion van de kaak^c.
D.	De hoofdpijn past niet beter bij een andere hoofdpijn diagnose

^a Zie DC TMD. ^b Palpatie gebeurt met 1 kilogram druk. ^c Herkenbare hoofdpijn met maximale actieve opening, maximale passieve opening, laterale bewegingen en/of protrusie.

Literatuur

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* July 2013;33:629-808

Onderzoek articulatio glenohumerale

Bewegingsonderzoek

Actief	Bewegingsuitslag in graden (goniometer)		Signalen p-c *) / bewegingsverloop r / l	Moment signaal	Reproduceerbaar
	Rechts	Links			
Anteflexie / elevatie					J / N
Abductie / elevatie					J / N
Exorotatie					J / N
Endorotatie					J / N

*) p = pijn (weergaven in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie

Passief	Bewegingsuitslag in graden		Signalen p-c *) r / l	Moment signaal	Eindgevoel **)	Reproduceerbaar
	Rechts	Links				
Anteflexie / elevatie						J / N
Abductie / elevatie						J / N
Exorotatie						J / N
Endorotatie						J / N

*) p = pijn (weergaven in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie

**) n = normaal; v = verhard; l = leeg

Weerstandstesten

	Rechts	Links	Signalen p-c-k *) R / L	Moment signaal	Reproduceerbaar
Abductie					J / N
Adductie					J / N
Exorotatie					J / N
Endorotatie					J / N
Flexie elleboog					J / N
Extensie elleboog					J / N

*) p = pijn (weergaven in Numerical Rating Score 0-10); c = crepitatie

Palpatie musculatuur

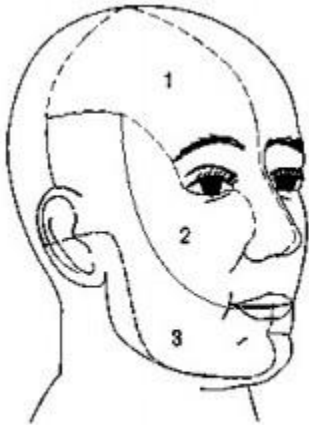
	Pijnpunten	Tonus	Structuurverandering (trigger points etc.)
	R / L		
	R / L		
	R / L		
	R / L		
	R / L		
	R / L		
	R / L		

Aanvullende testen

Impingement
Stabiliteit
Bijzonderheden

Conclusie onderzoek articulatio glenohumerale

Neurologisch onderzoek



n. trigeminus



dermatomen

Sensibiliteit N. V-regio
(omcirkelen indien verminderd)

Vitaal	Verminderd in regio	n. V ¹ li / re;	n. V ² li / re;	n. V ³ li / re
Gnostisch	Verminderd in regio	n. V ¹ li / re;	n. V ² li / re;	n. V ³ li / re

Bijzonderheden:

Sensibiliteit (radarwielletje / monofilamenten)

Kennspieren:	
Rotatie hoofd	C1-C2-C3
Elevatie schouder	C4
Abductie schouder	C5
Flexie elleboog	C6
Extensie elleboog	C7
Extensie duim	C8
Adductie pink	Th1

Aanvullende testen:

Bijzonderheden:

Conclusie neurologisch onderzoek:

Bournemouth Neck Questionnaire

J. Bolton

Geautoriseerde vertaling: M.A. Schmitt

Omcirkel svp. bij elke vraag één cijfer. Kies het cijfer dat het beste bij u past.

1. Hoeveel nekpijn had u, gemiddeld genomen, in de afgelopen week?

Geen pijn	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ondraaglijke pijn
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

2. In welke mate bent u in de afgelopen week door nekpijn gehinderd in uw normale dagelijkse activiteiten van het dagelijks leven (huishouden, persoonlijke verzorging, aankleden, tillen, lezen, autorijden)?

Geen hinder	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niet in staat activiteiten uit te voeren
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

3. In welke mate bent u in de afgelopen week door nekpijn gehinderd in uw vrije tijd, bij sociale en gezinsactiviteiten?

Geen hinder	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Niet in staat activiteiten uit te voeren
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

4. Hoe gespannen (onrustig, nerveus, angstig, prikkelbaar, moeite met concentreren / ontspannen) bent u in de afgelopen week geweest?

Niet gespannen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zeer gespannen
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

5. Hoe depressief (somber, neerslachtig, in de put, ongelukkig) bent u geweest in de afgelopen week?

Niet depressief	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Zeer depressief
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

6. In welke mate heeft uw werk in de afgelopen week (binnen- en buitenshuis) invloed gehad op uw nekpijn?

Heeft geen invloed gehad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Heeft erg veel invloed gehad
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------------

7. In welke mate bent u in staat geweest zelf uw nekpijn te beïnvloeden (verminderen / verbeteren) in de afgelopen week?

Volledig beïnvloedbaar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Helemaal niet beïnvloedbaar
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Algemene informatie Bournemouth Neck Questionnaire

De Bournemouth Neck Questionnaire is een modificatie van de originele Bournemouth Questionnaire voor lage rugpijn. De Bournemouth Neck Questionnaire meet zelf-gerapporteerde pijnintensiteit, beperkingen in het uitvoeren van aan het dagelijks werk gerelateerde activiteiten en van niet-werk gerelateerde activiteiten, depressiviteit en zelfcontrole.

Interpretatie:

Per item wordt gescoord op een 11-puntsschaal. De totaalscore varieert van 0 tot 70 punten. Een hogere score wijst op meer pijn en meer beperkingen.

Lage rug: 47% is volgens schatting een klinisch significante verandering voor de lage rug.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/361_1_N.pdf

Literatuur

Bolton JE, Breen AC. The Bournemouth Questionnaire: a short-form comprehensive outcome measure: I: psychometric properties in back pain patients. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 1999;22(8):503-510

Bolton JE, Humphreys BK. The Bournemouth Questionnaire: a short-form comprehensive outcome measure: II: psychometric properties in neck pain patients. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 2002;25(3):141-148

TAMPA-SCHAAL VOOR KINESIOFOBIE

Miller RP, Kori SH & Tod DD. (1991)

Geautoriseerde Nederlandse Vertaling

Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Crombez G, Boeren RGB & Rotteveel AM. (1995)

INSTRUCTIE:

Met deze lijst willen wij onderzoeken op welke wijze u tegen uw pijn aankijkt en hoe u deze ervaart. Het is de bedoeling dat u met behulp van de cijfers 1 t/m 4 aangeeft in welke mate u het eens of oneens bent met elke bewering. Het is van essentieel belang dat u bij de beoordeling uitgaat van uw eigen gevoelens; wat anderen denken is hierbij niet relevant.

Het is ook niet de bedoeling uw medische kennis te testen. Waar het om gaat is dat u aangeeft hoe u uw pijn ervaart.

Geef van onderstaande beweringen door middel van een cijfer tussen 1 en 4 aan in welke mate u het eens of oneens bent met deze bewering. De betekenis van de cijfers is als volgt:

1 = in hoge mate mee oneens

2 = enigszins mee oneens

3 = enigszins mee eens

4 = in hoge mate mee eens

1.	Ik ben bang om bij het doen van lichaams oefeningen letsel op te lopen.	1	2	3	4
2.	Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.	1	2	3	4
3.	Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijks mis mee is.	1	2	3	4
4.	Mijn pijn zou waarschijnlijk minder worden als ik lichaams- oefeningen zou doen.	1	2	3	4
5.	Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen.	1	2	3	4
6.	Door mijn pijnproblemen loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar.	1	2	3	4
7.	Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.	1	2	3	4
8.	Als mijn pijn erger wordt door iets, betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is.	1	2	3	4
9.	Ik ben bang om per ongeluk letsel op te lopen.	1	2	3	4
10.	De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak.	1	2	3	4
11.	Ik had wellicht minder pijn als er niet iets gevaarlijks aan de hand zou zijn met mijn lichaam.	1	2	3	4
12.	Hoewel ik pijn heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijk actief zou zijn.	1	2	3	4
13.	Mijn pijn zegt me wanneer ik moet stoppen met lichaams- oefeningen doen om geen letsel op te lopen.	1	2	3	4
14.	Voor iemand in mijn toestand is het echt af te raden om lichamelijk actief te zijn.	1	2	3	4
15.	Ik kan niet alles doen wat gewone mensen doen, omdat ik te gemakkelijk letsel oloop.	1	2	3	4
16.	Zelfs als ik ergens veel pijn door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is	1	2	3	4
17.	Ik zou geen lichaams oefeningen hoeven doen wanneer ik pijn heb.	1	2	3	4

Algemene informatie Tampaschaal voor Kinesiofobie

De Tampaschaal voor Kinesiofobie is een vragenlijst die een indruk geeft van de mate van pijngerelateerde vrees bij patiënten met lage rugpijn (LRP) of fibromyalgie. Met deze vragenlijst kan worden geïnterviewd of het activiteitsniveau van de patiënt beïnvloed wordt door vrees voor letsel/weefselschade met vermijdingsgedrag als gevolg. De vragenlijst bestaat uit 17 items waarbij een hogere score staat voor een hogere mate van bewegingsvrees.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/138_1_N.pdf

Naam:

Geb. datum:

Datum:

**FEAR-AVOIDANCE BELIEFS QUESTIONNAIRE
DUTCH VERSION (FABQ-DV)**

Instructie

Hieronder volgen enkele uitspraken van mensen met rugpijn. Wilt u voor iedere uitspraak aangeven in welke mate lichamelijke activiteiten zoals bukken, tillen, lopen en autorijden uw rugpijn beïnvloeden door een getal van 0 tot 6 te omcirkelen.

0 = geheel oneens, 1 = tamelijk oneens, 2 = enigszins oneens, 3 = weet het niet, 4 = enigszins eens, 5 = tamelijk eens, 6 = geheel eens

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. De pijn werd veroorzaakt door lichamelijke activiteit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Lichamelijke activiteit verergert de pijn. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Lichamelijke activiteit zou mijn rugpijn kunnen schaden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Ik zou geen lichamelijke activiteiten moeten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Ik kan geen lichamelijke activiteiten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

De volgende uitspraken gaan over de mate waarin uw normale werk uw rugpijn beïnvloedt

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. De pijn is ontstaan door mijn werk of door een ongeval tijdens mijn werk. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Door mijn werk is de pijn erger geworden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Ik heb een beroep op uitkering van ziektegeld vanwege de rugpijn. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Mijn werk is te zwaar voor mij. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Mijn werk verergert de pijn (of zou dat kunnen verergeren). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Mijn werk zou mijn rug kunnen schaden. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Ik zou mijn normale werk niet moeten doen met mijn huidige pijn. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren met mijn huidige pijn. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren totdat de pijn wordt behandeld. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Ik denk niet dat ik mijn normale werk binnen drie maanden zal hervatten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Ik denk niet dat ik ooit zal terugkeren naar mijn werk. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Algemene informatie Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

De Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) is een veel gebruikte vragenlijst gericht op pijngerelateerde angst bij patiënten met lage rugklachten. Met de FABQ kan vastgesteld worden in hoeverre de chronische lage rugpijn wordt beïnvloed door de componenten fysieke activiteiten en werk. In totaal bestaat de vragenlijst uit 16 items. Hoe hoger de scores op de FABQ des te meer pijn cq. beperkingen ondervindt de patiënt.

Uitkomstklassen en normgegevens

Gegevens afkomstig van de oorspronkelijke versie (subschaal `Physical activity` met 4 items (max score 24) en subschaal `Work` met 7 items (max score 42)).

Physical activity: score > 14, aannemelijk dat de patient pijnmijdend is

Work: score > 34, patiënt heeft een verhoogd risico niet terug te keren naar zijn werk

Work: score < 29, patiënt heeft een verminderd risico niet terug te keren naar zijn werk

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/29_1_N.pdf

Literatuur

Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, Eek HV. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* 1995;62(3):363-372

Vendrig A, Deutz P, Vink I. Nederlandse vertaling en bewerking van de Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire. *Nederlands tijdschrift voor pijn en pijnbestrijding* 1998;18(1):11-14

Oefentherapie CWK

Actieve rek nek-schouderpijnen

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond

De armen hangen naast het lichaam

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond
- Span de bilspieren aan
- Breng de schouders iets naar achter
- Streck de rug
- Trek de kin in en maak de nek lang
- Duw de vingertoppen naar de grond
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan

Tip: Adem rustig door

Aantal herhalingen: 3 keer

Draaien nek en rug

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De armen hangen naast het lichaam.

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond.
- Span de buik- en bilspieren aan.
- Strek de rug.
- Leg de handen op het hoofd.
- Draai het bovenlichaam naar links.
- Kijk de linker elleboog na.
- Houd dit even vast en weer terug.
- Maak dezelfde beweging naar rechts.

Tip: Blijf goed zitten en adem rustig door.

Aantal herhalingen: 3 keer naar elke kant



Draaien nek

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De handen rusten op de bovenbenen.

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond.
- Span de bil- en buikspieren aan.
- Breng de schouders iets naar achter.
- Streck de rug .
- Trek de kin in en maak de nek lang
- Draai het hoofd naar links, even vasthouden en weer terug.
- Herhaal deze beweging naar rechts.

Tip: Adem rustig door

Aantal herhalingen: 3 keer



Korte knik

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De handen rusten op de bovenbenen.

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond.
- Span de bil- en buikspieren aan.
- Houd de schouders laag en breng ze iets naar achter.
- Strek de rug.
- Buig het hoofd iets naar voren (de kin 'afrollen).
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan.

Tip: Laat het hoofd niet hangen en adem rustig door.

Aantal herhalingen: 3 keer



Nek lang maken

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.
De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.
De handen rusten op de bovenbenen.

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond.
- Span de bilspieren aan.
- Breng de schouders iets naar achter.
- Strek de rug.
- Trek de kin in en maak de nek lang.
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan.

Tip: Adem rustig door

Aantal herhalingen: 3 keer



Rek bovenrug

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De handen liggen tussen de benen op de stoel.

Uitvoering:

- Duw de hakken in de grond.
- Duw de handen op de zitting van de stoel.
- Houd de schouders laag en breng ze iets naar achter.
- Buig het hoofd zodat de handen net te zien zijn.
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan.

Tip: Adem rustig door.

Aantal herhalingen: 3 keer



Strekken bovenlichaam

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De armen hangen naast het lichaam.

Uitvoering:

- Vouw de handen in elkaar.
- Strek de armen naar boven uit.
- De handpalmen zijn naar boven gericht.
- Duw de voeten in de grond.
- Span de bilspieren aan.
- Maak de armen 'lang'.
- Houd deze positie tien tellen vast.
- Laat de armen weer ontspannen naast het lichaam hangen.

Tip: Laat het hoofd niet naar voren komen en adem rustig door.

Aantal herhalingen: 3 keer



Strekken bovenrug

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De armen hangen naast het lichaam.

Uitvoering:

- Plaats de handen op het hoofd.
- Buig het hoofd en de borst iets naar voren.
- Duw de voeten in de grond.
- Span de bil- en buikspieren aan.
- Houd de schouders laag en breng ze iets naar achter.
- Strek de rug.
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan.
- Breng de ellebogen iets naar achter zonder dat het hoofd naar voren komt of de rug te hol wordt.

Tip: Adem rustig door

Let op dat het hoofd niet naar voren komt

Aantal herhalingen: 3 keer



Zijwaarts buigen rug

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond

De armen hangen naast het lichaam

Uitvoering:

- Streck de armen naar boven uit
- Duw de voeten in de grond
- Span de buikspieren aan
- Buig de romp zijwaarts
- 3 x naar rechts
- 3 x naar links
- Laat de armen weer ontspannen naast het lichaam hangen

Tip: Houd de armen gestrekt en de billen blijven op de stoel. Adem rustig door.

Aantal herhalingen: 3 keer



Draaien bovenrug

Uitgangshouding:

Neem plaats op een stoel, zonder te leunen.

De voeten staan parallel aan elkaar, plat op de grond.

De armen hangen naast het lichaam.

Uitvoering:

- Duw de voeten in de grond.
- Span de bil- en buikspieren aan.
- Strek de rug.
- Trek de kin in en maak de nek lang.
- Houd deze positie tien tellen vast en ontspan.
- Leg de handen op de schouders (armen op schouderhoogte).
- Draai de rechter elleboog naar achteren en blijf vooruit kijken.
- Houd dit even vast en weer terug.

Tip: Blijf goed zitten en beweeg alleen de ellebogen.

Aantal herhalingen: 4 keer naar elke kant



Differentiaal diagnose schema duizeligheid

Patroon Bppv: van der plas, Thijssen en Vereeck

Aandoening	8 ^e hersenzenuw <i>N. vestibulocochlearis</i>	BPPV <i>Canalolithesis en Cupuloisthesis</i>	VBI Morfologisch	VBI Functioneel	Cervicogene duizeligheid
Leeftijd	?	50-70 jaar	Oudere mannen	Jonge vrouwen	Onbekend
Geslacht	Geen verschil	Vrouwen meer dan mannen	Meer mannen dan vrouwen	meer vrouwen dan mannen	Onbekend
Oorzaak	Vaak bovenste luchtweginfectie gehad voorgaand aan de duizeligheidsklachten	<u>Canalolithesis:</u> Octonia gaan klonteren en gaan in de kanalen zweven <u>Latentietijd:</u> kort <u>Cupulolithesis:</u> De octonia zakken door de cupula heen. <u>Latentietijd:</u> lang	Spondylartrose in de midcervicale wervelkolom. Hierdoor kan de doorstroming van de a. vertebralis stagneren in het V2 compartiment. Deze vorm kan dus ook samengaan met een cervicobrachiaal syndroom. - Intravasculair - Extravasculair	Hypermobiele jonge vrouwen vaak met een sensitatie component. Het V3 compartiment is orthosymp. Geïnnerveerd. Bij een rotatie in de CWK met sensitatie component kan er een vaatspasme ontstaan en duizeligheid.	Disfunctioneren van de halswervelkolom.
Ontstaanswijze	Vaak na luchtweginfectie	Spontaan Na hoofdtrauma Na immobiliteit	Duizeligheid is hoofdsymptoom.	Eerst nekpijn en hoofdpijn later draaiduizeligheid	Stoornis in het evenwichtsorgaan. Door een AFS of een instabiliteit. De ogen, labyrinth en propriosensoren geven foutieve info aan het vestibulaire kerncomplex.

					<ul style="list-style-type: none"> - Trauma - Congenitaal - Artrose
Symptomen en tekens	<ul style="list-style-type: none"> - Plotseling heftige draaiduizeligheid - Misselijk en braken - Dagen tot weken durend - Uitval van 1 evenwichtsorgaan aan 1 zijde - Geen gehoorvermindering - Patiënt voelt zich ziek - Suis of piepton 	<ul style="list-style-type: none"> - Draaiduizeligheid - Houdingsafhankelijk - Kortdurend en hevig - Aanvalsgewijs - Ochtend meeste klachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Draaiduizeligheid - Eerst draaiduizeligheid en daarna mogelijk nekpijn en hoofdpijn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eerst nekpijn en hoofdpijn en daarna draaiduizeligheid - Ook sensitisatiesymptomen - Hypermobiliteit CWK 	<ul style="list-style-type: none"> - Draaiduizeligheid - AFS CWK - Instabiliteit CWK
Provocatie	Snelle bewegingen	<ul style="list-style-type: none"> - Omdraaien in bed - Extensie met rot naar aangedane kant 	<ul style="list-style-type: none"> - Extensie en rotatie richting osteofyt 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotatie CWK - Ook sensitisatie symptomen zoals slikklacht etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewegingen van de nek provoceren de draaiduizeligheid
Reductie	Medicatie en liggen op het aangedane oor	Stil blijven liggen en geen snelle bewegingen maken	<ul style="list-style-type: none"> - Niet extenderen in de CWK 	?	
Test	geen	Dix hallpike manoeuvre	geen	Geen	geen

Naam:

Geb. datum:

Datum:

Hyperventilatie

Nijmeegse Vragenlijst

Instructie:

Kruis voor elke vraag aan of u deze klachten nooit, zelden, soms, vaak of zeer vaak hebt of hebt gehad.

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Heel vaak
1	Pijnlijke steken in de borst					
2	Gespannenheid					
3	Een waas voor de ogen					
4	Duizeligheid					
5	In de war zijn, of het gevoel hebben het normale contact met de omgeving te verliezen					
6	Een snellere of diepere ademhaling					
7	Ademnood					
8	Benauwd voelen in of rond de borst					
9	Opgeblazen gevoel in de buik					
10	Tintelingen in de vingers					
11	Niet voldoende diep kunnen doorademen					
12	Stijfheid van vingers of armen					
13	Stijfheid rond de mond					
14	Koude handen of voeten					
15	Bonzen van het hart					
16	Angstig gevoel					
	Subtotalen					
	Totaal					

Waardering:

Nooit	=	0 punten
Zelden	=	1 punt
Soms	=	2 punten
Vaak	=	3 punten
Heel vaak	=	4 punten

Score:

18 punten of meer: hyperventilatie is mogelijk, hoe hoger de score, hoe waarschijnlijker de diagnose

Vanaf 23 punten: Hyperventilatie is voor 80% zeker

Algemene informatie Nijmeegse hyperventilatie schaal

De Nijmeegse Hyperventilatieschaal is een vragenlijst bestaande uit 16 meest voorkomende klachten bij een HVS (hyperventilatiesyndroom). Elke klacht kan beoordeeld worden op een 5 punt schaal (nooit-zelden-soms-vaak-zeer vaak). Bij een totaal score van 23 punten is een kans van 84% dat er bij fysiologisch onderzoek aanwijzingen zijn voor hyperventilatie.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/363_1_N.pdf

Literatuur

Van Dixhoorn J, Duivenvoorden HJ. Efficacy of Nijmegen questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *Journal of psychosomatic research* 1985;29(2):199-206

Garssen B, Colla P, Dixhoorn J van. Het herkennen van het hyperventilatiesyndroom. *Med Contact* 1984;35:1122-4

Van Doorn P, Colla P, Folgering H. Een vragenlijst voor hyperventilatieklachten. *De Psycholoog* 1983;18:513-517

Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Met deze vragenlijst willen wij problemen of moeilijkheden die u ervaart vanwege duizeligheids- of evenwichtsklachten inventariseren.

Instructies:

- Lees de vragen goed en beantwoordt elke vraag met vaak, soms of nooit door een kruisje (X) in het betreffende hokje achter de vraag te plaatsen.
- Beantwoordt elke vraag in relatie tot uw duizeligheidsklachten. Bij twijfel plaatst u een kruisje (X) onder het antwoord dat het beste bij u past.

De volgende vragen beantwoorden alstublieft (kruis het goede hokje aan!)		Vaak	Soms	Nooit
P1	Verergeren uw klachten bij omhoog kijken?			
E2	Voelt u zich, vanwege uw klachten, gefrustreerd?			
F3	Worden uw privé of dienstreizen beperkt door uw duizeligheidsklachten?			
P4	Verergeren uw klachten bij lopen door het gangpad van de supermarkt?			
F5	Heeft u, vanwege uw klachten, moeite met het in of uit bed gaan?			
F6	Worden uw sociale activiteiten beperkt door uw klachten? (met sociale activiteiten wordt bedoeld: uit eten gaan, naar de film gaan, dansen, naar verjaardag/feestjes gaan)			
F7	Heeft u vanwege uw klachten problemen met lezen?			
P8	Verergeren uw klachten bij meer belastende activiteiten zoals: sport, dansen en huishoudelijk werk (zoals vegen, dweilen, de vaat opruimen, etc.)?			
E9	Bent u, vanwege uw klachten, bang om zonder metgezel (alleen) het huis uit te gaan?			
E10	Bent u bij anderen in verlegenheid gebracht vanwege uw klachten?			
P11	Verergeren snelle hoofdbewegingen uw klachten?			
F12	Vermijdt u hoogten vanwege uw klachten?			
P13	Verergert omdraaien in bed uw klachten?			
F14	Is het moeilijk voor u, vanwege uw klachten, inspannend werk in huis of tuin te verrichten?			
E15	Bent u bang dat vanwege uw klachten mensen zullen denken dat u dronken bent?			
F16	Is het, vanwege uw klachten, moeilijk voor u om in uw eentje een wandeling te maken?			
P17	Verergeren de klachten bij lopen op het trottoir?			
E18	Is het moeilijk voor u om u, vanwege uw klachten, te concentreren?			
F19	Is het, vanwege uw klachten, moeilijk voor u om in het donker door het huis te lopen?			

E20	Bent u bang om alleen thuis te zijn vanwege uw klachten?			
E21	Voelt u zich gehandicapt door uw klachten?			
E22	Hebben uw klachten tot stress of spanning geleid in uw relatie met familie of vrienden?			
E23	Bent u depressief vanwege uw klachten?			
F24	Beïnvloeden uw klachten uw taken binnen uw werk of huishoudelijke activiteiten?			
P25	Verergert vooroverbuigen uw klachten?			

Algemene informatie Dizziness Handicap Inventory

De Dizziness Handicap Inventory is ontworpen om de fysieke, functionele en emotionele consequenties van duizeligheid te documenten. Het betreft 25 vragen die moeten worden beantwoordt met 'nooit', 'soms' of 'vaak'. De maximumscore is 100 punten. Een totaalscore van 0-29 staat voor milde klachten, 30-59 voor matige klachten en 60-100 voor ernstige klachten.

Literatuur

Vereeck, L., et al. "Test-retest reliability of the Dutch version of the Dizziness Handicap Inventory." *B-ent* 2.2 (2005): 75-80.

Vereeck, L., Truijen, S., Wuyts, F. L., & Van de Heyning, P. H. (2007). The dizziness handicap inventory and its relationship with functional balance performance. *Otology & Neurotology*, 28(1), 87-93.

Vereeck, L., Truijen, S., Wuyts, F. L., & Van De Heyning, P. H. (2007). Internal consistency and factor analysis of the Dutch version of the Dizziness Handicap Inventory. *Acta oto-laryngologica*, 127(8), 788-795.

Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA) volgens Tinetti

Deze test bestaat uit een evenwichtsevaluatie (POMA-B, POMA-Balance) en een gangevaluatie (POMA-M, POMA-Mobility).

A. POMA-B

Het evenwichtsdeel evalueert 13 taken en geeft een score van 0, 1 of 2.

Balans	Score: /16	
Instructies	De persoon zit op een harde stoel zonder leuningen, de volgende manoeuvres worden getest.	
1. Zitbalans	-zakt scheef of onderuit	0
	-zit stabiel en veilig	1
2. Opstaan	-onmogelijk zonder hulp	0
	-mogelijk met armsteun	1
	-mogelijk zonder armsteun	2
3. Pogingen tot opstaan	-onmogelijk zonder hulp	0
	-mogelijk >1 poging	1
	-mogelijk met 1 poging	2
4. Balans in stand (eerste 5")	-onstabiel (wankelt, voet- en rompbewegingen)	0
	-stabiel met steun (rollator, stok of dergelijke)	1
	-stabiel zonder enige steun	2
5. Balans in stand	-onstabiel	0
	-stabiel, voetafstand >10 cm of armsteun	1
	-voeten gesloten, zonder steun	2
6. Duwtje op sternum (3x) (voeten samen)	-begint te wankelen	0
	-wankelt maar herstelt zich	1
	-stabiel	2
7. Gesloten ogen (voeten samen)	-onstabiel	0
	-stabiel	1
8. 360° ronddraaien	-onregelmatige stapjes	0
	-regelmatige stapjes	1
	-onstabiel (wankelt)	0
	-stabiel	1
9. Gaan zitten	-onveilig (valt, misrekening afstand)	0
	-gebruikt armen	1
	-veilige en vloeiende beweging	2

B. POMA-M

Het mobiliteitsevaluatiedeel van de test van Tinetti evalueert op een kwalitatieve wijze het gangpatroon. Het onderzoek wordt uitgevoerd in een obstakelvrije gang of ruimte. De onderzoeker vraagt de patiënt om in zijn normale tempo de gang af te wandelen waarbij de patiënt zijn normale hulpmiddelen mag gebruiken. Het gangpatroon wordt systematisch per item geëvalueerd. Voor sommige componenten wandelt de onderzoeker achter de patiënt, voor andere componenten naast de patiënt. De wijze van score wordt per onderdeel specifiek beschreven.

Gang	Score: /12	
Instructies	De persoon staat samen met de onderzoeker; hij stapt in de gang of in de kamer, eerst met een gewoon tempo, dan op de terugweg in een snellere maar veilige pas (hij gebruikt eigen hulpmiddelen zoals een stok of een looprek).	
10. Inzetten van gang na startwoord	-aarzeling of verschillende pogingen	0
	-zonder aarzeling	1
11. Paslengte en hoogte		
Re zwaaivoet	-passeert de li standvoet niet	0
	-passeert de li standvoet	1
	-komt niet los van de grond	0
	-komt los van de grond	1
Li zwaaivoet	-passeert de re standvoet niet	0
	-passeert de re standvoet	1
	-komt niet los van de grond	0
	-komt los van de grond	1
12. Pas symmetrie	-re en li staplengte zijn niet gelijk	0
	-re en li staplengte zijn gelijk	1
13. Pas continuïteit	-haltes of discontinuïteit tussen passen	0
	-passen lijken continu	1
14. Afwijkende gang	-opvallende afwijking	0
	-middelmatige afwijking of gebruik van loophulp	1
	-rechtuit zonder loophulp	2
15. Romp	-uitgesproken rompbeweging of gebruik van loophulp	0
	-geen rompbeweging maar flexie van knieën, rug of spreiding van armen	1
	-rechttop zonder loophulp	2
16. Voetafstand	-hielen uit elkaar	0
	-hielen raken mekaar bijna tijdens stappen	1

Een score lager dan 26 wijst gewoonlijk op een probleem; hoe lager de score, hoe groter het probleem. Een score lager dan 19 wijst op een vijfvoudig risico op vallen.

Algemene informatie POMA

De POMA of test van Tinetti bestaat uit een evenwichtsdeel (POMA- B, POMA- Balance) en een gangevaluatie (POMA- M, POMAMobility). Het evenwichtsdeel evalueert de balans in zit, stand, opstaan, met evenwichtsversturende prikkels, met gesloten ogen, ronddraaien en gaan zitten. Het mobiliteitsevaluatiedeel bevat de punten inzichten van gang, paslengte en pashoogte (rechter en linker voet), de passymmetrie en,- continuïteit, afwijkende gang, romp en de voetafstand.

Een score lager dan 26 wijst gewoonlijk op een probleem; hoe lager de score, hoe groter het probleem. Een score lager dan 19 wijst op een vijfvoudig risico op vallen.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/162_1_N.pdf

Literatuur

Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 31986;34:119-126

Rekoefeningen nek

Oefening 1; Kenmerk: achterhoofd/achterzijde nek

Omschrijving: Zit, nek lang. Kruin richting het plafond. Hand(en) over het hoofd en op achterhoofd plaatsen. Hoofd in lichte knik voorover brengen. Voel de rek rond het achterhoofd. De rug recht houden.



Oefening 2; Kenmerk: trapezius descendens

Omschrijving: Zit, te rekken zijde hand onder bil. Hoofd licht zijwaarts instellen. Deze stand vastzetten met een hand over het hoofd. Blijf recht naar voren kijken! Schouder en arm lang het lichaam naar de grond bewegen. Voel de rek aan de zijkant van het hoofd. Denk aan licht rekken. Houd de nek lang (kruin in de lucht).



Oefening 3; Kenmerk: levator scapulae

Omschrijving: Zit, te rekken zijde hand onder bil. Hoofd met neus richting de oksel/broekzak instellen. Deze stand vastzetten met een hand over het hoofd (schouder en arm aan te rekken zijde naar achteren en naar beneden bewegen). Voel de rek aan de achter/zijkant van het hoofd. Denk aan licht rekken.



Oefening 4; Kenmerk: rek in lateroflexie en rotatie hals regio

Omschrijving: Zit, het hoofd wegdraaien en zijwaarts weg bewegen van de te rekken zijde. Verder rek aanbrengen op de nek en halsspieren door aan de rekzijde de schouder naar beneden te laten zakken.



Oefening 5; Kenmerk: interscapulair

Omschrijving: Tussen schouderbladen. Zit, de elleboog met de andere hand aan de onderzijde vastpakken. Elleboog tot schouderhoogte brengen. Schouderblad en schouder naar voren brengen. Vervolgens arm voor het lichaam langs naar de andere zijde trekken. Voel de rek aan de achterzijde van het schouderblad. Hierbij arm niet tegen het lichaam drukken en geen pijn oproepen rond het schoudergewricht.



Berg Balance Scale

De Berg Balance Scale (BBS) evalueert het evenwicht en bestaat uit 14 test-items. De items worden gescoord op een 5-punts ordinale schaal (0-4 punten). In totaal zijn 56 punten te behalen. Betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van deze test zijn aangetoond. Met de BBS kan een inschatting worden gemaakt van de valkans van patiënten met een CVA. Zo blijken scores van < 45 punten op de BBS bij ouderen gepaard te gaan met een verhoogde kans op vallen.

Testprotocol Berg Balance Scale

Voor het uitvoeren van de test zijn nodig:

- een stopwatch;
- een liniaal of meetlint van 25 cm;
- 2 stoelen (één met en één zonder armleuning,
- zithoogte ongeveer 45 cm;
- een krukje of opstapbankje van gemiddelde treehoogte.

Instructie

Voor elk item wordt een aparte instructie gegeven. Demonstreer het item zo nodig één keer aan de patiënt en/of geef instructies zoals beschreven voor het betreffende onderdeel. De instructie moet beperkt blijven tot de opdracht. Bij twijfel moet de laagste score worden genoteerd.

Maak de patiënt duidelijk dat hij zijn evenwicht moet bewaren tijdens het uitvoeren van de opdracht en dat sommige opdrachten tijdgebonden zijn. De keuze welk been voor gezet wordt, op welk been te gaan staan, de afstand tussen de voeten of hoe ver te reiken, wordt aan de patiënt overgelaten.

Waar in de tekst gesproken wordt van supervisie wordt verbale ondersteuning bedoeld. De patiënt mag (kan) in dat geval de opdracht niet alleen uitvoeren; supervisie is vereist om de veiligheid te garanderen. Daar waar de patiënt gevraagd wordt om te gaan staan is het de bedoeling dat de patiënt een parallelstand inneemt. Het verdient de voorkeur de test af te nemen in een ruimte waar de patiënt voldoende ruimte heeft om voor zich uit te kijken. De onderzoeker moet proberen te vermijden in het voorwaartse gezichtsveld van de patiënt te gaan staan. Alle items worden uitgevoerd zonder loophulpmiddelen, maar met schoeisel. Een orthese of een sling is wel toegestaan.

Interpretatie;

Er zijn verschillende afkappunten in omloop:

Score < 43 punten: aanzienlijk valrisico bij zelfstandig lopen

Score > 43 punten: lopen met een loophulpmiddel waarschijnlijk (Peppen et al, 2004)

Score > 45 punten: onafhankelijke en zekere uitvoering zonder fysieke en verbale hulp

Score < 45 punten: uitvoering volledig afhankelijk van hulpmiddelen en/of supervisie (Berg et al, 1992)

Echter blijkt uit onderzoek van Muir et al. (2008) de grenswaarde 45 niet geschikt om het valrisico te bepalen bij het merendeel van de mensen die toekomstig kunnen vallen. De sensitiviteit was 25 % bij één val en 45% bij meerdere valincidenten.

Minimal detectable change:

Populatie: Mensen 65+ zonder de pathologieën CVA, Parkinson of HTep

Aanvangsscore tussen 45-56 punten: een verandering van 4 punten is nodig om (met 90% zekerheid) te kunnen vaststellen dat een daadwerkelijke verandering is opgetreden.

Aanvangsscore tussen 35-44 punten: MDC = 5 punten.

Aanvangsscore tussen 25-34 punten: MDC = 7 punten

Aanvangsscore tussen 0-24 punten: MDC = 5 punten (Donoghue & Stokes, 2009)

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/2_1_N.pdf

Literatuur

Peppen van RPS, et al. KNGF-richtlijn Beroerte. *Suppl bij het Ned Tijdschr Fysiother* 2004;5:31

Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian journal of public health* 1992 Jul-Aug;83 Suppl 2:S7-11

Muir SW, Berg K, Chesworth, Speechley M. Use of the Berg Balance Scale for prediction multiple falls in community-dwelling elderly people: a prospective study. *Physical Therapy* 2008 April;88(4):449-459

Donoghue D, Stokes EK. How much change is true change? The minimal detectable change of the Berg Balance Scale in elderly people. *J Rehabil Med* 2009;41:343-6

Testformulier Berg Balance Scale

1 Van zit naar stand

Materiaal: stoel met armleuningen

Instructie: 'Zou u op willen staan? Probeer u hierbij niet met uw handen te steunen.'

4 De patiënt is in staat om tot stand te komen zonder op de handen te steunen en is vervolgens in staat om los stil te staan.

3 De patiënt is in staat om zelfstandig tot stand te komen met gebruikmaking van de hand(en).

2 De patiënt is na meerdere pogingen in staat om tot stand te komen met gebruikmaking van de handen.

1 De patiënt heeft minimale hulp nodig om tot stand te komen, dan wel om los stil te staan.

0 De patiënt heeft matig tot maximale ondersteuning nodig om tot stand te komen.

2 Zelfstandig staan

Instructie: 'Kunt u 2 minuten blijven staan zonder u vast te houden?'

4 De patiënt is in staat om 2 minuten zelfstandig en veilig te blijven staan.

3 De patiënt is in staat om 2 minuten onder supervisie te blijven staan.

2 De patiënt is in staat om 30 seconden zelfstandig te staan.

1 De patiënt heeft meerdere pogingen nodig om 30 seconden zelfstandig te kunnen blijven staan.

0 De patiënt is niet in staat om 30 seconden zonder ondersteuning te blijven staan.

Wanneer de patiënt in staat is 2 minuten zelfstandig te blijven staan, noteer dan 4 punten voor het zelfstandig zitten en vervolg de test met opdracht 4.

3 Zelfstandig zitten

Zitten met de rug ongesteund, maar de voeten gesteund op vloer of voetenbankje

Materiaal: kruk/stoel/(behandel)bank en zo nodig een voetenbankje

Instructie: 'Kunt u 2 minuten blijven zitten met de armen over elkaar?'

4 De patiënt is in staat om 2 minuten veilig en stabiel te blijven zitten.

3 De patiënt is in staat om 2 minuten onder supervisie te blijven zitten.

2 De patiënt is in staat om 30 seconden te blijven zitten.

1 De patiënt is in staat om 10 seconden te blijven zitten.

0 De patiënt is niet in staat om zonder steun 10 seconden te blijven zitten.

4 Van stand naar zit

Materiaal: stoel met armleuningen

Instructie: 'Kunt u gaan zitten?'

4 De patiënt is in staat om veilig te gaan zitten door minimaal te steunen op de handen.

3 De patiënt controleert de neergaande beweging door te steunen op de handen.

2 De patiënt gebruikt de achterkant van de onderbenen tegen de stoel om de neergaande beweging te controleren.

1 De patiënt is in staat om zelfstandig te gaan zitten, maar heeft geen gecontroleerde neergaande beweging.

0 De patiënt heeft ondersteuning nodig om te gaan zitten.

5 Transfers

Materiaal: 2 stoelen, één met en één zonder armleuningen. Zorg ervoor dat de stoelen klaar staan voor een draaiende transfer.

Instructie: 'Wilt u vanuit de stoel met armleuningen opstaan en in de stoel zonder armleuningen gaan zitten?' en 'Kunt u nu weer op de andere stoel gaan zitten?'

4 De patiënt is in staat om de heen- en teruggaande transfer veilig uit te voeren door minimaal te steunen op de handen.

3 De patiënt is in staat om een transfer veilig uit te voeren alleen met gebruik van de handen.

2 De patiënt is in staat om een transfer met verbale aanwijzingen en/of supervisie uit te voeren.

1 De patiënt heeft ondersteuning nodig van 1 persoon.

0 De patiënt heeft ondersteuning nodig van 2 personen.

6 Zelfstandig staan met gesloten ogen

Instructie: 'Kunt u uw ogen sluiten en 10 seconden stil blijven staan?'

4 De patiënt is in staat om 10 seconden veilig te blijven staan.

3 De patiënt is in staat om 10 seconden onder supervisie te blijven staan.

2 De patiënt is in staat om 3 seconden te blijven staan.

1 De patiënt is in staat om stil te blijven staan, maar kan de ogen niet 3 seconden gesloten houden.

0 De patiënt heeft hulp nodig om niet te vallen.

7 Zelfstandig staan met de voeten tegen elkaar

Instructie: 'Kunt u uw voeten tegen elkaar aan zetten en 1 minuut los staan?'

4 De patiënt is in staat om zelf de voeten tegen elkaar aan te zetten en 1 minuut veilig te blijven staan.

3 De patiënt is in staat om zelf de voeten tegen elkaar aan te zetten en 1 minuut onder supervisie te blijven staan.

2 De patiënt is in staat om zelf de voeten tegen elkaar aan te zetten, maar is niet in staat om 30 seconden te blijven staan.

1 De patiënt heeft hulp nodig om de voeten tegen elkaar aan te zetten en is in staat om 15 seconden de voeten tegen elkaar te houden en te blijven staan.

0 De patiënt heeft hulp nodig om de voeten tegen elkaar aan te zetten en is niet in staat om 15 seconden te blijven staan.

8 Reiken naar voren met uitgestrekte armen in stand

Materiaal: meetlint of liniaal

Instructie: 'Kunt u uw voeten naast elkaar zetten en uw armen heffen tot 90°? Strek uw vingers uit en reik naar voren zo ver als u kunt.'

(Keuze van de afstand tussen de voeten is aan de patiënt. De onderzoeker plaatst een meetlint op de muur of een liniaal aan het eind van de vingertoppen, wanneer de arm 90° opgetild is. De vingers mogen de liniaal of het meetlint op de muur niet raken bij het naar voren reiken. De vastgestelde meting is de afstand naar voren die de vingertoppen halen terwijl de patiënt in de meest voorovergebogen positie is. Vraag de patiënt, indien mogelijk, beide armen te gebruiken om naar voren te reiken om rotatie van de romp te vermijden.)

4 De patiënt is in staat om veilig > 25 cm naar voren te reiken.

3 De patiënt is in staat om veilig > 12 cm naar voren te reiken.

2 De patiënt is in staat om veilig > 5 cm naar voren te reiken.

1 De patiënt reikt wel naar voren, maar heeft hierbij supervisie nodig.

0 De patiënt verliest hierbij het evenwicht / heeft steun nodig van buitenaf.

9 Oppakken van een voorwerp van de grond in stand

Materiaal: schoen of pantoffel

Instructie: 'Kunt u de schoen/pantoffel oppakken die voor uw voeten is gelegd?'

- 4 De patiënt is in staat om de schoen/pantoffel veilig en met gemak op te pakken.
- 3 De patiënt is in staat om de schoen/pantoffel onder supervisie op te pakken.
- 2 De patiënt is niet in staat om de schoen/pantoffel op te pakken, maar komt wel tot 2-5 cm boven de schoen/pantoffel.
- 1 De patiënt is niet in staat om de schoen/pantoffel op te pakken en heeft bij de poging supervisie nodig.
- 0 De patiënt is niet in staat om te bukken / heeft ondersteuning nodig om veilig te bukken.

10 Draaien met het hoofd over de linker en rechter schouder om naar achteren te kijken in stand

Materiaal: willekeurig voorwerp

Instructie: 'Kunt u uw voeten naast elkaar zetten en uw hoofd over uw linker schouder draaien om recht naar achteren te kijken? Herhaal dit naar rechts.' (De onderzoeker mag een voorwerp recht achter de patiënt houden, om de draaibeweging te stimuleren).

- 4 De patiënt is in staat om in beide draairichtingen recht naar achteren te kijken en het gewicht goed over te brengen.
- 3 De patiënt is in staat om in 1 draairichting recht naar achteren te kijken, brengt bij de andere draairichting het gewicht minder goed over.
- 2 De patiënt is bij geen van de draairichtingen in staat om volledig recht naar achteren te kijken, maar handhaaft wel het evenwicht.
- 1 De patiënt heeft supervisie nodig tijdens het draaien.
- 0 De patiënt heeft ondersteuning nodig om te blijven staan.

11 Volledig om de as draaien (360°) in stand

Instructie: 'Kunt u volledig om uw as draaien?' (Laat de patiënt even pauzeren alvorens de volgende opdracht te geven).

'Kunt u nu de andere kant op draaien?'

- 4 De patiënt is in staat om naar beide kanten veilig 360° te draaien binnen 4 seconden of minder.
- 3 De patiënt is in staat om binnen 4 seconden veilig 360° te draaien alleen naar 1 kant toe.
- 2 De patiënt is in staat om naar beide kanten veilig 360° te draaien, maar niet binnen 4 seconden.
- 1 De patiënt heeft van dichtbij supervisie nodig of verbale aanwijzingen.
- 0 De patiënt heeft ondersteuning nodig tijdens het draaien.

12 Alternerend plaatsen van voet op krukje/opstapbankje in stand

Materiaal: krukje of opstapbankje

Instructie: 'Kunt u uw voet op het krukje/opstapbankje plaatsen?' 'Ga hiermee door totdat elke voet het krukje/ opstapbankje 4 keer heeft aangeraakt.'

- 4 De patiënt is in staat om zelfstandig en veilig te staan en 8 stappen in 20 seconden te maken.
- 3 De patiënt is in staat om zelfstandig te staan en 8 stappen in meer dan 20 seconden te maken.
- 2 De patiënt is in staat om zelfstandig 4 stappen te maken, maar heeft hierbij supervisie nodig.
- 1 De patiënt is in staat om met minimale ondersteuning meer dan 2 stappen te maken.
- 0 De patiënt heeft ondersteuning nodig om niet te vallen / is niet in staat om de opdracht uit te voeren.

13 Staan met één been voor

Instructie: 'Kunt u een voet direct voor de andere plaatsen? Als u voelt dat u uw voet niet precies voor de andere voet kan zetten, probeert u dan uw voet zo neer te zetten dat de hiel van uw voorste voet voorbij de tenen van uw andere voet komt.'

(Om 3 punten te scoren, moet de lengte van de pas van de ene voet de lengte van de andere voet overschrijden en de breedte van deze houding moet de normale pas van de patiënt benaderen. De patiënt mag zelf kiezen welk been hij voor zet).

4 De patiënt is in staat om de voet zelfstandig in het verlengde van de andere te plaatsen en deze positie gedurende 30 seconden te handhaven.

3 De patiënt is in staat om de voet zelfstandig voor de andere te plaatsen en deze positie gedurende 30 seconden te handhaven.

2 De patiënt is in staat om zelfstandig een kleine stap te zetten en deze positie gedurende 30 seconden te handhaven.

1 De patiënt heeft hulp nodig om een stap te zetten, maar kan deze positie wel gedurende 15 seconden handhaven.

0 De patiënt verliest het evenwicht bij het staan / is niet in staat een stap te maken.

14 Staan op één been

Instructie: 'Kunt u zo lang mogelijk op 1 been staan zonder te steunen?'

4 De patiënt is in staat om het been zelfstandig op te tillen en deze positie >10 seconden te handhaven.

3 De patiënt is in staat om het been zelfstandig op te tillen en deze positie tussen de 5-10 seconden te handhaven.

2 De patiënt is in staat om het been zelfstandig op te tillen en deze positie minimaal 3 seconden te handhaven.

1 De patiënt probeert het been op te tillen, maar is niet in staat deze positie 3 seconden te handhaven, maar blijft wel zelfstandig staan.

0 De patiënt is niet in staat een poging te ondernemen / heeft hulp nodig om te blijven staan.

Scoreformulier Berg Balance Scale

Datum				
-------	--	--	--	--

1	Van zit naar stand				
2	Zelfstandig staan				
3	Zelfstandig zitten				
4	Van stand naar zit				
5	Transfers				
6	Staan met gesloten ogen				
7	Zelfstandig staan met voeten tegen elkaar				
8	Reiken naar voren met een uitgestrekte arm in stand				
9	Oppakken van een voorwerp van de vloer vanuit stand				
10	Draaien over L en R schouder om naar achteren te kijken in stand				
11	Volledig om de as draaien (360°) in stand				
12	Alternerend plaatsen van de voet op krukje/opstapbankje in stand				
13	Staan met één been voor				
14	Staan op één been				

Totaal				
--------	--	--	--	--

Opmerkingen (bijvoorbeeld de reden dat de test niet kon worden afgenomen)

.....

.....

.....

Timed Up&Go-test

De Timed Up&Go-test (TUG) is een gemodificeerde uitvoering van de Up&Go-test. Bij de TUG is de tijdsduur van de uitvoering van de test bepalend voor de score.

Testprotocol Timed Up&Go-test

Voor de uitvoering van deze test zijn een stoel, stopwatch en lijn op de grond nodig.

De patiënt zit op een stoel met, indien mogelijk, beide handen rustend op de bovenbenen. Op het moment dat de testafnemer het startsein geeft, staat de patiënt op (al dan niet gebruikmakend van de stoelleuning). De patiënt loopt vervolgens zo snel mogelijk (maar zonder te rennen) naar het keerpunt. Voorbij de streep keert de patiënt naar eigen keuze links of rechts om en loopt terug naar de stoel. De stopwatch wordt stopgezet als de patiënt in dezelfde uitgangshouding zit met de handen rustend op de bovenbenen.

De therapeut loopt zo nodig met de patiënt mee, maar vermijdt aanmoediging van de patiënt. Indien nodig is het toegestaan de patiënt een loophulpmiddel te laten gebruiken. De patiënt moet zonder hulp van derden kunnen lopen.

De gebruikte tijd in seconden wordt op een scoreformulier vermeld. Verder is het belangrijk dat de therapeut gebruikte orthesen of loophulpmiddelen vermeld.

Duur: Afhankelijk van de toestand van de patiënt. Max. 240 sec

Score < 20 sec: de revalidant loopt zelfstandig en veilig

Score > 30 sec: er is hulp bij het lopen noodzakelijk

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/71_1_N.pdf

Literatuur

Lin MR, Psychometrics Comparison of the Timed- up and Go, One Leg Stand, Functional Reach, and Tinetti Balance Measure in Community- Dwelling Older People; *JAGS by the American Geriatrics Society* 2004

Lin MR, Hwang HF; Psychometric Comparisons of the Timed up and Go, One-Leg Stand, Functional Reach and Tinetti Balance Measure, *JAGS The American Geriatrics Society* 2004

Kloos AD, Haas B, Dal V, Thome R, Cassidy J; *Journal of Neurological Physical Therapy*, 2004

Receveur MLM, Eindexamen opdracht Fysiotherapie Hogeschool Utrecht; Valrisico en de voornaamste oorzaak van vallen op de valpoli van het UMCU; Juni 2006

Mathias S Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Archives of physicial medicine and rehabilitation* 1986 Jun;67(6):387-389

De Jong K, et al. Richtlijnen Timed 'Up & Go' test. Utrecht: Revalidatiecentrum De Hoogstraat 2000

Podsalio D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 1991 Feb;39(2):142-148

Van Wegen EEH, et al. Klinimetrie bij de ziekte van Parkinson. VU medisch centrum, Nederlands Paramedisch instituut 2005

Hayes KW, Johnson HM, Measures of Adult General Performance Tests; *Arthritis & Rheumatism* 2003;49

Score-formulier Timed Up&Go-test

Datum

TUG (<i>weergegeven in seconden</i>)				
---	--	--	--	--

Opmerkingen:

Bv. De reden dat de test niet kon worden afgenomen.

.....

.....

.....

Op één been staan

Uitgangshouding:

Aan de patiënt wordt gevraagd om een om een positie in te nemen met een comfortabele 'base of support' met geopende ogen en de armen lang het lichaam.

Instructie:

Vraag de patiënt om één been op te tillen en te blijven staan op één been zonder assistentie.

Uitkomstmaat:

De tijd (in secondes) wordt gemeten vanaf het moment dat de patiënt het been optilt tot het moment dat het been de grond weer raakt. Een langere tijd betekent een betere balans.



Bron: <http://wellness-springs.com/wellness/101/>

Test van Romberg

Doel:

De test wordt gebruikt om sensorische ataxie te diagnosticeren (als gevolg van abnormale proprioceptieve informatie), maar wordt ook gebruikt om de mate van disequilibrium te meten veroorzaakt door centrale vertigo, perifere vertigo en trauma aan het hoofd.

Uitgangshouding:

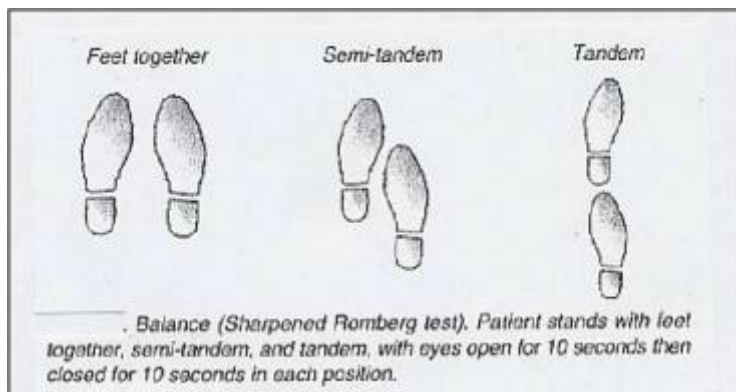
Aan de patiënt wordt gevraagd om de schoenen uit te trekken en de voeten naast elkaar te zetten. De armen hangen langs het lichaam en zijn gekruist voor het lichaam. De therapeut vraagt aan de patiënt om zo te blijven staan met de ogen open en uiteindelijk met de ogen dicht. De patiënt moet hierbij zijn balans bewaren. Er moet voorkomen worden dat de patiënt zich oriënteert op licht, geluid of gevoel.

Uitkomstmaat:

Het aantal secondes dat de patiënt deze positie kan volhouden wordt geteld. De test is positief wanneer de patiënt zijn balans niet kan bewaren met gesloten ogen (dit kan een vergrote posturale sway zijn, een opvangreactie zoals het verzetten van een voet of daadwerkelijk vallen). Hoe korter het aantal secondes, hoe meer aangedaan de balans en proprioceptie van de patiënt verminderd is. Een score lager dan 20 seconden geeft een 3x zo grote kans op vallen.

Modificatie:

De test van Romberg kan gemodificeerd worden door aan de patiënt te vragen in een semi-tandem of tandem stand te staan (de voeten voor elkaar). Hierbij worden de armen voor het lichaam gekruist. Ook deze modificatie wordt met ogen open en gesloten gedaan. De uitkomstmaat blijft hetzelfde.



Bron: http://www.physio-pedia.com/Romberg_Test

Literatuur

Kim S, Kim M, Kim N, Kim S, Han G. Quantification and validity of modified Romberg tests using three-axis accelerometers. Green and smart technology with sensor applications. *Communications in Computer and Information Science* Volume 2012;338:254-261

Black FO, et al. Normal subject postural sway during the Romberg test. *Am J Otolaryngol* 1982 Sep-Oct;3(5):309-18

Brinkman DMC, et al. Kwantificering en evaluatie van 5 neurologische evenwichtstests bij proefpersonen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1996;140:2176-80

Agrawal Y. The modified Romberg balance test: normative data in US adults. *Otol Neurotol* 2011 Oct;32(8):1309-1311

Functional Reach Test

Achtergrondinformatie:

Functioneel bereik wordt gedefinieerd als de maximale afstand (gemeten in centimeters) die een persoon naar voren kan reiken terwijl een stabiel stand wordt gehandhaafd.

Benodigheden:

Meetlint of liniaal en plakband

Uitgangshouding:

De patiënt neemt plaats langs een muur met de muur aan de linker zijde. De voeten staan op schouderbreedte en de linker arm is 90° geflecteerd.

Instructie:

Kunt u uw voeten schouderbreed naast elkaar zetten, uw linker arm heffen tot 90° en zo ver mogelijk naar voren reiken met uw hand?

Uitvoering:

De fysiotherapeut meet de verplaatsing aan de derde straal. Hierbij markeert hij het begin- en eindpunt met het plakband. Vervolgens meet hij het verschil met de liniaal.

Algemene informatie Functional Reach Test

De Functional Reach Test is een performance test die een indruk geeft van de mate van stabiliteit en valrisico bij ouderen. Met deze test kan worden geïnventariseerd of er bij de patiënt sprake is van een verhoogd valrisico. De test bestaat uit het actief belast voorwaarts buigen vanuit stand met een gefixeerde positie.

Normgegevens:

Een functioneel bereik van minder dan 15cm is voorspellend voor een hoger valrisico.

Indicatiewaarden:

Leeftijd	Man	Vrouw
20-40 jaar	42 cm	38 cm
41-69 jaar	38 cm	35 cm
70-87 jaar	33 cm	28 cm

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/366_1_N.pdf

Literatuur

Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional reach: a new clinical measure of balance. *J Gerontol* 1990;45:M192-M197

Duncan PW, Studenski S, Chandler J, Prescott B. Functional reach: predictive validity in a sample of elderly male veterans. *J Gerontol Med Sci* 1992;47(3):M93-98

Brooks D, Davies AM, Naglie G. Validity of 3 physical performance measures in inpatient geriatric rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:105-110

NVFG. Vallen en valpreventie. Reader behorend bij bijscholingsdag 2 oktober 1998. Hogeschool van Utrecht, Hogeschool Brabant, 1998

Jonsson E, Henriksson M, Hirschfeld H. Does the functional reach test reflect stability limits in elderly people? *J Rehabil Med* 2003;34(1):26-30

Oefenprogramma McNeely 2008

Table 1. Progressive resistance exercise training program.

Program components	Program details
Purpose	Enhancement of muscular strength and endurance of upper extremity and scapular muscles
Warmup	Range of motion exercises for glenohumeral joint in supine
Muscle groups to be strengthened	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rhomboids (scapular retraction) ■ Levator scapula (scapular elevation) ■ Biceps (elbow flexion) ■ Triceps (elbow extension) ■ Infraspinatus, posterior deltoid (external rotation) ■ Middle deltoid, supraspinatus and subscapularis (abduction in the plane of the scapula)
Intensity	<ul style="list-style-type: none"> ■ Start with resistance of 1- to 2-kg weights, progress within guidelines ■ Must be able to maintain posture and scapular stability (no winging of scapula) ■ RPE: no greater than 13 on Borg Scale: "somewhat hard"
Repetitions	15–20: progress to maximum of 25 repetitions initially when performing only 1 set
Sets	1 set, progress ⇒ 2 sets @ 2 sets of 20 increase resistance weight
Rest interval	1–2 min between exercise stations and up to 4 min between sets
Concentric tempo	2–4 s (exhaling)
Eccentric tempo	4 s (inhaling)
Total set duration	Approximately 20 min/set for 15 repetitions each. Total for 2 sets of 20 repetitions each = approximately 45 min
No. exercises	6 exercises
Stretching exercises (cool down)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pectoralis major and minor ■ Serratus anterior
Reduce workload	<ul style="list-style-type: none"> ■ Excessive fatigue after exercise ■ Muscle soreness >48 h ■ Increased pain after exercise
Terminate exercise	Pain, dizziness, general malaise

Literatuur

McNeely ML, Parliament MB, Seikaly H, Jha N, Magee DJ, Haykowsky MJ, Courneya KS. Effect of exercise on upper extremity pain and dysfunction in head and neck cancer survivors. A randomized controlled trial. *Cancer* 2008;113:214-22

Dix-Hallpike

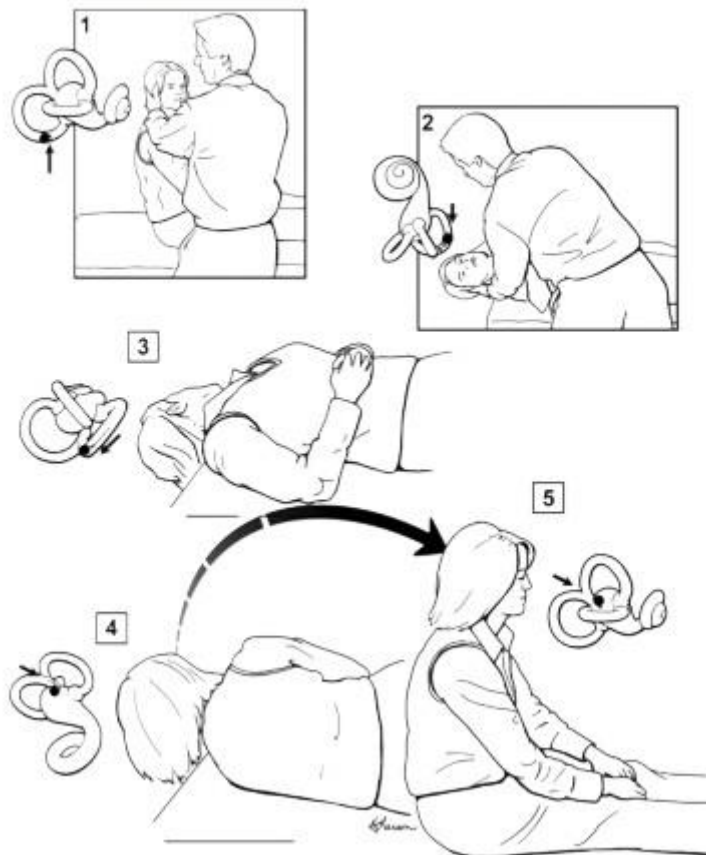
Figure 1 Dix-Hallpike maneuver for diagnosis of right posterior canal benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)



The patient's head is turned 45 degrees toward the side to be tested and then laid back quickly. If BPPV is present, nystagmus ensues usually within seconds.

Epley

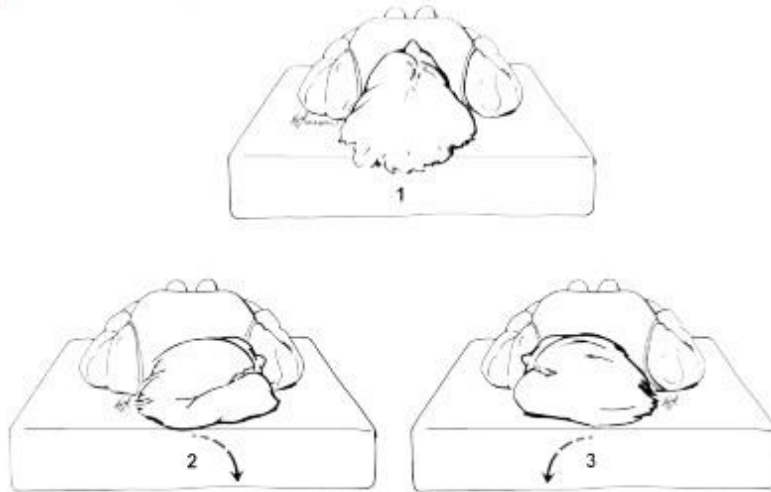
Figure 2 Canalith repositioning procedure for right-sided benign paroxysmal positional vertigo



Steps 1 and 2 are identical to the Dix-Hallpike maneuver. The patient is held in the right head hanging position (Step 2) for 20 to 30 seconds, and then in Step 3 the head is turned 90 degrees toward the unaffected side. Step 3 is held for 20 to 30 seconds before turning the head another 90 degrees (Step 4) so the head is nearly in the face-down position. Step 4 is held for 20 to 30 seconds, and then the patient is brought to the sitting up position. The movement of the otolith material within the labyrinth is depicted with each step, showing how otoliths are moved from the semicircular canal to the vestibule. Although it is advisable for the examiner to guide the patient through these steps, it is the patient's head position that is the key to a successful treatment.

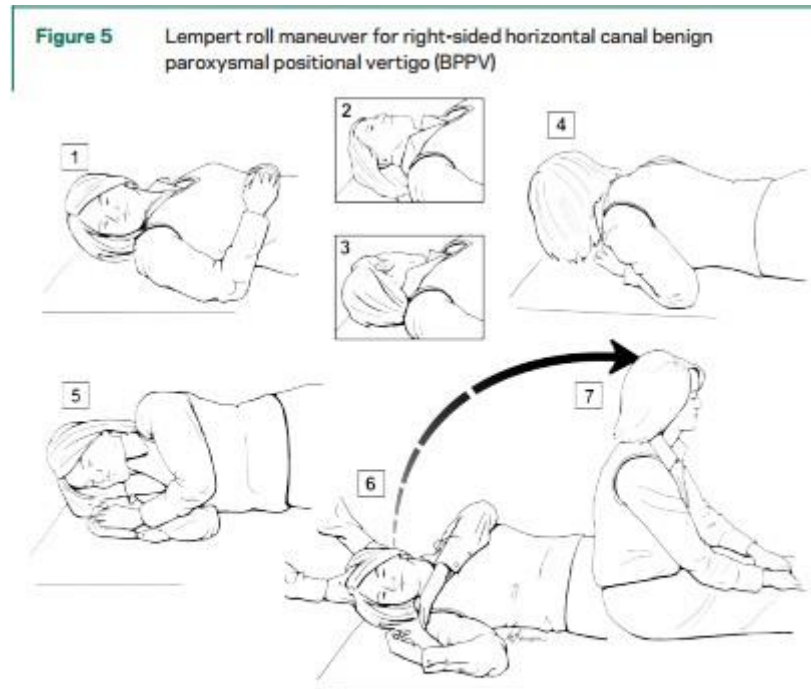
Semont

Figure 4 Supine roll test (Pagnini-McClure maneuver) to detect horizontal canal benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)



The patient may be taken from sitting to straight supine position (1). The head is turned to the right side (2) with observation of nystagmus and then turned back to face up (1). Then the head is turned to the left side (3). The side with the most prominent nystagmus is taken to be the affected horizontal semicircular canal. The direction of nystagmus in each position determines whether the horizontal canal BPPV is of the geotropic or apogeotropic type.

Lempert



When it is determined to be horizontal canal BPPV affecting the right side, the patient is taken through a series of step-wise 90-degree turns away from the affected side in Steps 1 through 5, holding each position for 10 to 30 seconds. From Step 5, the patient positions his or her body to the back (6) in preparation for the rapid and simultaneous movement from the supine face up to the sitting position (7).

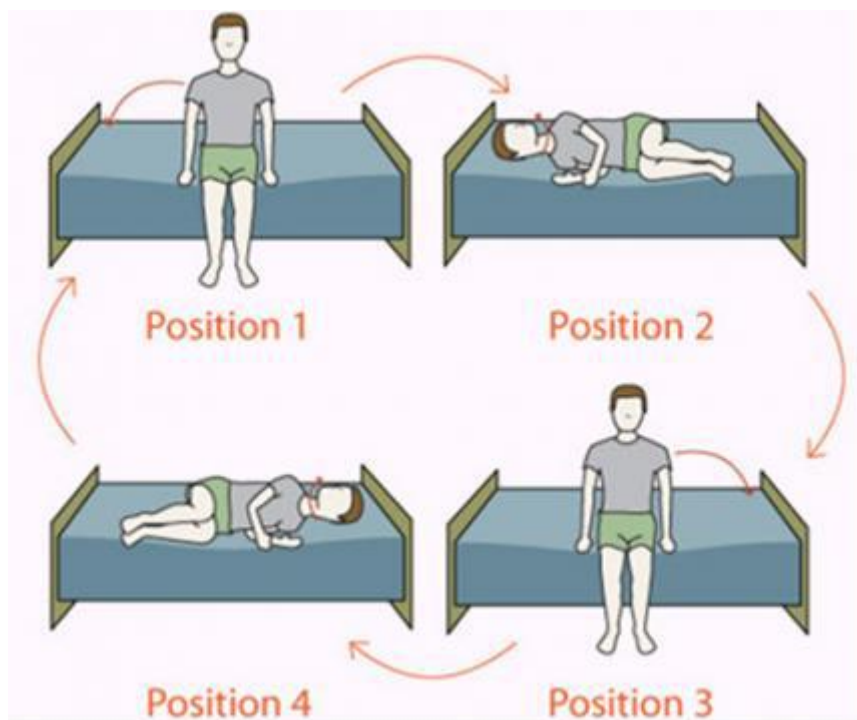
Literatuur

Fife TD, Iverson DJ, Lempert T, Furman JM, Baloh RW, Tusa TJ, Hain TC, Herdman S, Morrow MJ, Gronseth GS. Practice Parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vertigo (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2008;70:2067-2074

Fife TD, Tusa TJ, Furman JM, et al. Assessment: Vestibular testing techniques in adults and children: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000;55:1431-1441

Viirre E, Purcell I, Baloh RW. The Dix-Hallpike test and the canalith repositioning maneuver. *Laryngoscope* 2005;115:184-187

Brandt-Daroff oefeningen



Uitleg bij de figuur:

Positie 1. U begint zittend op de rand van het bed. Blijf voordat u begint even rustig zitten gedurende 30 seconden.

Positie 2. Ga van zit naar lig op de rechterzij. Belangrijk is dat u deze beweging snel, binnen twee seconden, uitvoert. Houdt het hoofd een halve slag gedraaid. Houdt deze houding, ook het gedraaide hoofd, 30 seconden aan.

Positie 3. Ga na 30 seconden weer rechtop zitten. Blijf 30 seconden rechtop zitten

Positie 4. Ga van zit naar lig op de linkerzij. Belangrijk is dat u deze beweging snel, binnen twee seconden, uitvoert. Houdt het hoofd een halve slag gedraaid. Houdt deze houding, ook het gedraaide hoofd, 30 seconden aan.

Hoe vaak oefenen?

Wij raden u aan de oefeningen twee weken lang, drie keer per dag uit te voeren. De oefening (van positie 1 tot en met positie 4) duurt in totaal twee minuten. Herhaalt u de oefening steeds vijf keer, volgens onderstaand schema. Het kan zijn dat u in het begin juist duizelig wordt; deze duizeligheid verdwijnt vanzelf als u doorgaat met de oefeningen. Bij de meeste patiënten hebben de oefeningen na ongeveer tien dagen effect, de klachten zullen dan vrijwel zijn verdwenen. Als u klachtenvrij bent is het verstandig de oefeningen nog een aantal dagen voort te zetten.

<i>Tijd</i>	<i>Aantal oefeningen</i>	<i>Duur</i>
Ochtend	5 keer	10 minuten
Middag	5 keer	10 minuten
Avond	5 keer	10 minuten

Bron: <https://www.neurologie.nl/publiek/patientenvoorlichting/bppd>

SCHOUDEER BEPERKINGEN VRAGENLIJST

De volgende vragen hebben betrekking op eventuele klachten van de schouder aan de geopereerde zijde.

Lees de vragen aandachtig door voordat u een antwoord geeft.

Als een vraag voor u onduidelijk is, vraag dan de therapeut om uitleg.

De antwoorden op de vragen dient u echter altijd zelf te kiezen.

INVULINSTRCTIE.

- De volgende zinnen beschrijven verschillende situaties waarin pijn en bewegingsbeperking in uw schouder aan de geopereerde zijde uw dagelijkse bezigheden kunnen beperken.
- Daarbij wordt met 'last' bedoeld: pijn en/of bewegingsbeperking in de schouder.
- Met aangedane zijde wordt bedoeld: de geopereerde zijde.
- Lees elke zin aandachtig, en denk dan aan u zelf in de **afgelopen 24 uur**.
- Bepaal voor elke zin of u de beschreven beweging of activiteit in de afgelopen 24 uur uitvoerde.

Wel : u had wel last de afgelopen 24 uur.

Geen : u had geen last de afgelopen 24 uur.

Niet van toepassing : u heeft de beschreven beweging of activiteit niet uitgevoerd de afgelopen 24 uur.

1. Ik word 's nachts wakker omdat ik last heb van mijn schouder.

Wel geen niet van toepassing

2. Tijdens het liggen op mijn schouder heb ik daar last van.

Wel geen niet van toepassing

3. Ik heb last van mijn schouder tijdens het aan- of uittrekken van mijn jas.

Wel geen niet van toepassing

4. **Ik heb last van mijn schouder tijdens mijn gebruikelijke activiteiten in en om huis.**

Wel geen niet van toepassing

5. **Tijdens bewegingen met mijn schouder heb ik daar last van.**

Wel geen niet van toepassing

6. **Tijdens steunen op mijn ellebogen of handen heb ik last van mijn schouder.**

Wel geen niet van toepassing

7. **Tijdens schrijven (of typen) heb ik last van mijn schouder**

Wel geen niet van toepassing

8. **Tijdens het vasthouden van het stuur van mijn auto of fiets heb ik last van mijn schouder.**

Wel geen niet van toepassing

9. **Tijdens tillen van een voorwerp (aan de aangedane zijde) heb ik last van mijn schouder.**

Wel geen niet van toepassing

10. **Tijdens het boven schouderhoogte reiken of grijpen met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van de schouder.**

Wel geen niet van toepassing

11. **Tijdens het openen of sluiten van een deur met mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van mijn schouder.**

Wel geen niet van toepassing

12. **Tijdens het naar mijn billen brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van mijn schouder.**

Wel geen niet van toepassing

13. Tijdens het naar mijn lage rug brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van mijn schouder.

Wel geen niet van toepassing

14. Tijdens het naar mijn nek brengen van mijn hand (aan de aangedane zijde) heb ik last van mijn schouder.

Wel geen niet van toepassing

15. Ik wrijf meer dan eens per dag over mijn schouder.

Wel geen niet van toepassing

16. Ik ben prikkelbaar tegen mensen uit mijn omgeving omdat ik last heb van mijn schouder.

Wel geen niet van toepassing

Algemene informatie Shoulder Disability Questionnaire (SDQ ofwel schouder beperkingen vragenlijst)

De 'Shoulder Disability Questionnaire' (SDQ) bevat zestien vragen over dagelijkse handelingen (fysieke bewegingen of activiteiten) waarbij schouderpijn kan optreden. De SDQ vraagt naar beperkingen op fysieke, sociaal en emotioneel vlak. Per vraag moet worden aangegeven of men bij betreffende beweging/activiteit wel of geen last heeft gehad van de (behandelde) schouder in de afgelopen 24 uur, of dat men de beweging/activiteit niet heeft uitgevoerd. Met behulp van de vragenlijst kan een functionele status voor klachten (pijn en/of bewegingsbeperking) in de schouderregio gemaakt worden.

Interpretatie: Hoe hoger de percentage van de totaalscore des te groter de beperkingen/ pijn tijdens activiteiten.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/50_1_N.pdf

Literatuur

Croft P, Pope D, Zonca M, O'Neill TO, Silman A. Measurement of shoulder related disability: results of a validation study. *Ann Rheum Dis* 1994;53:525-8

Heijden van der GJ, Lefers P, Bouter LM. Shoulder disability questionnaire design and responsiveness of a functional status measure. *J Clin Epidemiol* 2000;53(1):29-38

Bot SDM, Terwee CB, Windt van der DAWM, Bouter LM, Dekker J, Vet de HCW. Clinimetric evaluation of shoulder disability questionnaires: a systematic review of the literature. *Ann Rheum Dis* 2004;63:335-341

RAND 36 / SF-36

Uw Algemene Gezondheid

In de volgende serie vragen wordt naar uw gezondheid gevraagd. Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1. Wat vindt u over het algemeen genomen van uw gezondheid?

Uitstekend	0
zeer goed	0
goed	0
matig	0
slecht	0

2. In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou **u nu uw gezondheid** in het algemeen beoordelen?

Veel beter dan 1 jaar geleden	0
Iets beter dan 1 jaar geleden	0
Ongeveer hetzelfde als 1 jaar geleden	0
Iets slechter dan 1 jaar geleden	0
Veel slechter dan 1 jaar geleden	0

3. De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden.

Wordt u door uw gezondheid **op dit moment** beperkt bij deze bezigheden?

Zo ja, in welke mate?

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
a Forse inspanning (zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten)	0	0	0
b Matige inspanning (zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen)	0	0	0
c Tillen of boodschappen doen	0	0	0
d Een paar trappen oplopen	0	0	0
e Eén trap oplopen	0	0	0
f Buigen, knielen of bukken	0	0	0
g Meer dan één kilometer lopen	0	0	0
h Een halve kilometer lopen	0	0	0
i Honderd meter lopen	0	0	0
j Uzelf wassen of aankleden	0	0	0

4. Had u, ten gevolg van uw **lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken** één van de volgende problemen bij uw werk of dagelijkse bezigheden?

	Ja	Nee
a U heeft <i>minder</i> tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	0	0
b U heeft <i>minder</i> bereikt dan u zou willen	0	0
c U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	0	0
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijv. extra inspanning)	0	0

5. Had u, ten gevolge van een **emotioneel** probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde) de **afgelopen 4 weken** één van de volgende problemen bij werk of andere dagelijks bezigheden?

	Ja	Nee
a U heeft <i>minder</i> tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	0	0
b u heeft <i>minder</i> bereikt dan u zou willen	0	0
c U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent	0	0

6. In hoeverre heeft u lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u **de afgelopen 4 weken** belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezien, vrienden, burens of anderen?

Helemaal niet	0
Enigszins	0
Nogal	0
Veel	0
Heel erg veel	0

7. Hoeveel pijn had u de **afgelopen 4 weken**?

Geen	0
Heel licht	0
Licht	0
Nogal	0
Ernstig	0
Heel ernstig	0

8. In welke mate heeft pijn u **de afgelopen 4 weken** belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

Helemaal niet	0
Een klein beetje	0
Nogal	0
Veel	0
Heel erg veel	0

9. Deze vragen gaan over hoe u zich **de afgelopen 4 weken** heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld?

Hoe vaak gedurende **de afgelopen 4 weken**:

	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
a Voelde u zich levenslustig?	0	0	0	0	0	0
b Voelde u zich erg zenuwachtig?	0	0	0	0	0	0
c Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	0	0	0	0	0	0
d Voelde u zich kalm en rustig?	0	0	0	0	0	0
e Voelde u zich erg energiek?	0	0	0	0	0	0
f Voelde u zich neerslachtig en somber?	0	0	0	0	0	0
g Voelde u zich uitgeblust?	0	0	0	0	0	0
h Voelde u zich gelukkig?	0	0	0	0	0	0
i Voelde u zich moe?	0	0	0	0	0	0

10. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

Voortdurend	0
Meestal	0
Soms	0
Zelden	0
Nooit	0

11. Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	Volkomen juist	Groten deels juist	Weet ik niet	Groten deels onjuist	Volkomen onjuist
a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	0	0	0	0	0
b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	0	0	0	0	0
c Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	0	0	0	0	0
d Mijn gezondheid is uitstekend	0	0	0	0	0

Algemene Informatie RAND-36

De RAND-36 item Health Survey, ofwel de RAND-36 is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en is vrijwel identiek aan de Medical Outcome Study (MOS) Short-Form-36 (SF-36), zoals beschreven door Ware en Sherbourne in 1992. De twee vragenlijsten verschillen alleen bij sommige items in de wijze van formulering en de wijze waarop sommige schaalscores berekend worden.

De RAND-36/SF-36 wordt veelvuldig gebruikt voor het meten van ervaren gezondheid of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Het instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. Een hoge score komt overeen met een betere gezondheidstoestand.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/47_1_N.pdf

Literatuur

Zee KI van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor gezondheidsvraagstukken; 1992

Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, Sprangers MA, te Velde A, Verrips E. Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *Journal of clinical epidemiology* 1998;51:1055-1068

Metingen

Mobiliteit anteflexie schoudergordel

Uitgangshouding: staande tegen de muur met de hielen, billen en schouders tegen de muur.

Meetinstrument: inclinometer (hoekmeter).

Oriëntatie punten en plaatsing van het meetinstrument: de inclinometer wordt juist proximaal van het olecranon op de dorsale/distale humerus geplaatst.

Meetprocedure: de inclinometer wordt geijkt op de verticaal. Beide armen worden door de patiënt in anteflexie gebracht. Na maximale anteflexie wordt de inclinometer op de afgesproken plaats gezet. De patiënt wordt aangemoedigd en de inclinometer wordt afgelezen op 2° nauwkeurig. Controleer de uitgangspositie van de patiënt. Eerst wordt de aangedane zijde gemeten en vervolgens wordt de niet aangedane zijde gemeten. Bewegingsuitslagen worden in graden genoteerd

Mobiliteit abductie, schoudergordel:

Uitgangshouding: met de hielen, billen en schouders tegen de muur.

Meetinstrument: inclinometer (hoekmeter).

Oriëntatie punten en plaatsing van het meetinstrument: distale humerus juist proximaal van het olecranon

Meetprocedure: de inclinometer wordt geijkt op de verticaal. De beide armen worden tegelijkertijd in abductie gebracht in het frontale vlak. De hielen, de billen en de schouders van patiënt blijven tegen de muur gedrukt. De inclinometer wordt tegen de humerus geplaatst. De patiënt wordt verbaal aangemoedigd en vervolgens wordt de inclinometer afgelezen op 2° nauwkeurig. Eerst wordt de aangedane zijde gemeten en vervolgens wordt de niet aangedane zijde gemeten. Bewegingsuitslagen worden in graden genoteerd.

Mobiliteit rotaties cervicale wervelkolom

(voor meten eerst de patiënt een aantal malen het hoofd laten roteren)

Uitgangshouding: Patiënt ligt plat op de rug op bed.

Meetinstrument: inclinometer (hoekmeter).

Oriëntatie punten en plaatsing van het meetinstrument: Inclinometer plaatsen op voorhoofd

Meetprocedure: Inclinometer op 0° 'ijken', patiënt draait hoofd vervolgens zover mogelijk naar links, resp. rechts. De inclinometer wordt door de therapeut op het voorhoofd gehouden. Bewegingsuitslagen worden in graden genoteerd.

Mobiliteit dorsaalflexie (extensie) cervicale wervelkolom

Uitgangshouding: Patiënt zit in stoel met rugleuning.

Meetinstrument: Inclinometer (hoekmeter).

Meetprocedure: Inclinometer plaatsen op voorhoofd vlak boven de neus en op 0° ijken, patiënt laten extenderen terwijl de inclinometer op de plaats wordt gehouden.

Bewegingsuitslagen worden in graden genoteerd

Metten scapula stand

Bij het vastleggen van de stand van de scapula wordt een vergelijking gemaakt met de niet geopereerde zijde. Afstand meten van de margo medialis, direct onder de angulus superior tot aan de wervelkolom en de afstand van de margo medialis direct boven de angulus inferior ten opzichte van de wervelkolom wordt vastgelegd met behulp van een centimeter.

Spierfunctie

Evaluatie van spier functie van de m trap pars descendens, bepalen van atrofie en parese
Uitgangshouding: Zit.

Inspectie en palpatie van de spier bij actieve elevatie en in rust. (links-rechts vergelijken)

Evaluatie van spier functie van de m trap pars transversus, bepalen van atrofie en parese.

Uitgangshouding: Zit.

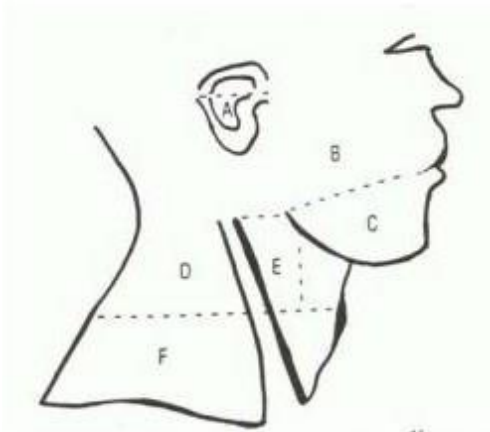
Inspectie en palpatie bij de volgende test. Vingers van beide handen voor de borst in elkaar haken. Hierna moet de patiënt de handen proberen uit elkaar te trekken zonder los te laten. Het aanspanningpatroon wordt beoordeeld ter hoogte van de margo medialis van de scapula (links-rechts vergelijken)

Sensibiliteit

Uitvoering

De patiënt wordt gevraagd de ogen te sluiten, vervolgens wordt de patiënt in verschillende area's (zie plaatje) in de hals en aangezicht aangeraakt. Aanraking gebeurt met de vingertop of met een watje of wattenstaafje. Patiënten geven aan wanneer er aanraking gevoeld wordt. Wordt meer dan 50% van de testen niet goed aangegeven (vals positief en/of negatief) dan wordt uitgegaan van een gestoorde sensibiliteit.

Is er bij lichte aanraking sprake van pijn dan is er sprake van allodynie. De huid wordt in de verschillende area's 3 keer of vaker aangeraakt om te testen op allodynie.



Voorstel voor fysiotherapeutische behandeling na een halsklierdissectie

Doel van de behandeling is om schouderklachten als gevolg van de operatie te beperken. De patiënt wordt een oefenprogramma aangeboden dat zelfstandig kan worden uitgevoerd. De frequentie van de behandeling is relatief laag. Patiënten krijgen gedurende de opname een voorlichtingsboekje met oefeningen, deze oefeningen kunnen thuis ook uitgevoerd worden. Naar wens kunnen de oefeningen uitgebreid worden.

Omdat er grote individuele verschillen bestaan in belastbaarheid, pijn en beperkingen moeten behandeldoelen op de individuele patiënt afgestemd worden.

Behandeldoelen zijn:

- 1) De patiënt inzicht geven in de gevolgen van de operatie en welke leefregels voor de schouder gelden. Voorlichting en advies ten aanzien van belasting-belastbaarheid van de schouder.
- 2) Behouden van de mobiliteit.
- 3) Trainen van de kracht en coördinatie van spieren die een deel van de functie van de m. trapezius kunnen overnemen in geval van paralyse van de m. trap. pars desc. In geval van een parese kan de m. trapezius zelf ook getraind worden.
- 4) Stimuleren van een actief leefpatroon.

ad 1) Voorlichting en advies:

Hoe ontstaan schouderklachten na een HKD.

Uitleg geven hoe de operatie de n. accessorius heeft beschadigd en de gevolgen daarvan op de m. trapezius.

Verwachtingspatroon

Afhankelijk van het type operatie en welke structuren daarbij zijn opgeofferd, kan een verwachtingspatroon geschetst worden voor het functioneren van de schouder.

Adviezen:

De arm ondersteunen bij lang zitten (stoelleuning) en bij lang lopen (hand in jaszak of broekzak)

Vermijden van langdurig bovenhands werken (boven schouderhoogte).

Vermijden van (veel) zwaar tillen, last dicht tegen het lichaam aanhouden.

Bij veel pijnklachten van de arm kan een sling worden gedragen bij (langdurig) lopen en staan.

Zoveel mogelijk rechtop lopen.

ad 2) Behoud van de mobiliteit

De patiënt kan door zelfstandig oefenen de schoudermobiliteit zoveel mogelijk behouden. Er hoeft niet gestreefd te worden naar een volledige schoudermobiliteit. De volledige bewegelijkheid is vanwege de veranderde anatomische verhoudingen niet altijd haalbaar. Het lijkt aan te bevelen te streven naar een (passieve) mobiliteit van 160° elevatie in het vlak van de scapula (zero-position volgens Neer).

Het belangrijkste streven is echter het zoveel optimaliseren van de functie van de arm/ schouder.

Oefeningen gericht op mobiliteit worden toegepast om een frozen shoulder te voorkomen.

Daarnaast is het, vanwege het litteken van de halsklierdissectie en eventuele bestralingseffecten, wenselijk de mobiliteit van de cervicale wervelkolom te oefenen. Bestraling kan tot 2 jaar na die tijd leiden tot fibrosing van de huid, bloedvaten en spierweefsel in het bestraalde gebied, met als mogelijk gevolg bewegingsbeperkingen.

Gedoseerde herhaalde rekkingoefeningen binnen de pijngrens lijkt het meest geïndiceerd, thermotherapie gecontraïndiceerd.

ad 3) Trainen spierkracht

Door uitval van de m. trapezius wordt de scapula niet meer goed op de thorax gestabiliseerd. Er ontstaat een standsverandering van de scapula. Deze standsverandering is enigszins redresseerbaar door middel van het trainen van spieren die een deel van de functie van de m. trapezius kunnen overnemen.

De mm. rhomboidei worden in zit geoefend door schouder retractie.

De m. levator scapulae wordt in zit geoefend door de schouder op te trekken. De trapezius pars descendens en transversus worden mee geoefend bij voorgaande oefeningen.

De m. serratus anterior wordt geoefend in rugligging. De armen worden verticaal gehouden en worden vanuit de schouder naar het plafond uitgestrekt.

In de opbouw van de behandeling verschuift het accent van functie richting activiteiten (ADL). De belasting dient hierbij steeds zo gekozen te worden, dat de scapula gedurende de gehele beweging adequaat op de thorax kan worden gestabiliseerd.

ad 4) Algeheel functioneren

Naast dit oefenprogramma is het van belang de patiënt te coachen in en te motiveren voor het oppakken van dagelijkse huishoudelijke werkzaamheden, werk, hobby's en sociale contacten binnen de daarvoor gestelde grenzen. Ook het trainen van de algehele lichamelijke conditie kan een belangrijk onderdeel zijn van een fysiotherapeutisch programma.

Literatuur

Richtlijn fysiotherapie bij HKD: <http://members.tele2.nl/martijn.stuiver/nfhsg/richtlijn.pdf>

ADVIEZEN EN OEFENINGEN NA HALSKLIERDISSECTIE (VERWIJDEREN VAN LYMFEEKLIJEREN UIT DE HALS)

Ontwikkeld door de :



Nederlandse
Fysiotherapie
Halsklier Dissectie
Studie Groep

Gevolgen van de operatie

Door de operatie is de nek en of schouder vaak pijnlijk. Na het verwijderen van de lymfeklieren uit de hals kan krachtverlies optreden van de spieren van de nek of schouder. Door dit spierkrachtverlies kan de nek of schouder minder goed bewogen worden. De verminderde beweeglijkheid en pijn kunnen tot stijfheid van nek of schouder leiden. Om stijfheid te voorkomen is het van belang dat u regelmatig de nek en de schouder oefent.

Algemeen advies

Probeer de arm in het dagelijks leven zo normaal mogelijk te gebruiken. Om overbelasting van de schouder te voorkomen volgen hierna een aantal adviezen.

Adviezen voor de schouder aan de geopereerde zijde

(aankruisen welke van toepassing zijn)

- Draag een zware tas met boodschappen niet aan de geopereerde zijde.
- Vermijd langdurig boven het hoofd werken met de hand aan de geopereerde zijde (ramen lappen, was ophangen, etc.).
- Ondersteun bij lang staan, lopen of zitten de arm aan de geopereerde zijde (hand in broekzak of elleboog op leuning).
- Steek bij het aankleden de arm aan de geopereerde zijde het eerst in de mouw. Haal bij het uitkleden de arm aan de geopereerde zijde het laatste uit de mouw.
- Vermijd zware klussen met de arm aan de geopereerde zijde zoals tuinieren, klussen, plafond witten enz.

Daarnaast is het verstandig om over het algemeen recht op te lopen met de schouders ontspannen: niet naar beneden of omhoog getrokken.

Algemeen oefenadvies

Voer alleen die oefeningen uit die de fysiotherapeut met u heeft doorgenomen en heeft aangekruist.

Voer de oefeningen rustig en gecontroleerd uit. U kunt tijdens het oefenen enige stijfheid en enige pijn voelen. Deze pijn mag echter niet te sterk worden en niet te lang duren want dan heeft u te zwaar geoefend. Oefen bij voorkeur dagelijks.

Bij onduidelijkheden, vragen of problemen kunt u contact op nemen met uw behandelend arts of fysiotherapeut.

Oefeningen

Beweeglijkheid van de nek

Draaien van de nek

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouder ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Kijk zo ver als mogelijk is over de linker schouder en houd deze stand even vast.

Kijk daarna over de rechter schouder.



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden

Voorover en achterover kantelen van het hoofd

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouders ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Kantel het hoofd rustig voorover richting borst (kin naar borst) en kantel daarna het hoofd zo ver mogelijk achter over (kin naar plafond / hoofd in de nek).



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden

Zijwaarts kantelen van het hoofd

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouder ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Kantel het hoofd zo ver mogelijk zijwaarts naar de linker schouder terwijl u recht naar voren blijft kijken. Zorg er voor dat beide schouders niet opgetrokken worden. Kantel daarna het hoofd zo ver mogelijk zijwaarts naar de rechter schouder.

Oefenen van de beweeglijkheid van de schouder

Heffen van de schoudergordel

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouders ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Trek beide schouders tegelijkertijd op naar de oren terwijl de armen ontspannen langs het lichaam blijven hangen.



.....herhalingen
.....seconden
vasthouden

Voorwaarts bewegen armen

Oefenhouding: Liggend op de rug.

Uitvoering: Armen gestrekt voorwaarts heffen tot langs de oren.

Alleen als deze beweging niet goed gaat mag u de arm aan de geopereerde zijde ondersteunen. Als deze oefening makkelijk gaat mag deze oefening ook zittend uitgevoerd worden.

Eerst liggend uitvoeren



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden

Zijwaarts bewegen armen

Oefenhouding: Liggend op de rug.

Uitvoering: Breng de armen via zijwaarts gestrekt omhoog tot langs de oren of zover als het gaat.

Deze oefening mag ook uitgevoerd worden terwijl u rechtop zit met de rug gesteund. Probeer dan zoveel mogelijk recht op te blijven zitten (niet scheef gaan zitten!!).



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden

Rekken van de borstspieren

Oefenhouding: Rechtop zittend met de handen in de nek, de rug hoeft niet gesteund te worden.

Uitvoering: Breng de ellebogen rustig naar achter terwijl de handen in de nek blijven staan. Deze oefening mag ook uitgevoerd worden terwijl u op de rug ligt.



.....herhalingen
..... seconden
vasthouden

Spierversterkende oefeningen

Schoudergordel spieren

Oefenhouding: Staand met het gezicht naar de muur met de handen op schouder hoogte tegen de muur gesteund. De armen zijn gestrekt.

Uitvoering: Beweeg het bovenlichaam richting de muur, maar houd de armen gestrekt. Duw daarna de romp tussen de schouders uit. De oefening wordt zwaarder als u de voeten verder van de muur plaatst.

Als deze oefening te zwaar is kunt u ook op de rug liggend de gestrekte armen richting plafond uitduwen.

Zijwaarts heffen van de armen

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouders ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Breng de armen zijwaarts gestrekt omhoog tot langs de oren of zover als het gaat terwijl u gewichtjes in de hand houdt.

Probeer bij deze oefening zoveel mogelijk recht op te blijven zitten (niet scheef gaan zitten!!).

Heffen van de schoudergordel

Oefenhouding: Rechtop zittend met de schouders ontspannen en de rug gesteund.

Uitvoering: Trek beide schouders tegelijkertijd op naar de oren terwijl u in de handen gewichtjes vasthoudt.

-Of u kunt één schouder heffen terwijl u met de andere hand weerstand geeft.

Fysiotherapeut(e):

.....

Telefoon

.....

Pijn Coping en Cognitie Lijst

S.G.M. Stomp-van den Berg, J.W.S. Vlaeyen, M.M. ter Kuile,
Ph. Spinhoven, G. van Breukelen, A.M.J. Kole-Snijders

November 1999

Instructie:

Bij een persoon die pijn heeft zullen er andere gedachten door het hoofd gaan dan wanneer die persoon geen pijn voelt. Ook heeft een persoon met pijn manieren ontwikkeld om met de pijn om te gaan. De lijst die voor u ligt bevat gedachten en manieren om met pijn om te gaan die vaak voorkomen bij mensen die pijn hebben. Wilt u voor elk van de onderstaande gedachten en manieren aangeven in welke mate deze op u van toepassing zijn. Dit kunt u doen door een kruisje te zetten in 1 van de hokjes.

Voorbeeld:

	Helemaal mee oneens	Tamelijk mee oneens	'N beetje mee oneens	'N beetje mee eens	Tamelijk mee eens	Helemaal mee eens
1. Weersomstandigheden hebben invloed op mijn pijn?	j	j	j	j	j	j

Wanneer u het helemaal eens bent met deze gedacht, zet u een kruisje in het laatste hokje, onder helemaal mee eens.

Eerlijke antwoorden zijn erg belangrijk. Het gaat er hierbij steeds om welke gedachten en manieren u werkelijk heeft. Goede of foute antwoorden zijn er dus niet.

	Helemaal mee oneens	Tamelijk mee oneens	'N beetje mee oneens	'N beetje mee eens	Tamelijk mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik denk dat ik mijn pijn positief zou kunnen beïnvloeden.	j	j	j	j	j	j
2. Wanneer ik pijn heb, zie ik het als een uitdaging en laat ik me er niet door onder krijgen.	j	j	j	j	j	j
3. Wanneer ik pijn heb, bid ik dat de pijn ophoudt.	j	j	j	j	j	j
4. Ik krijg minder pijn als ik denk aan plezierige dingen.	j	j	j	j	j	j
5. Om meer pijn te voorkomen moet ik regelmatig naar een arts of een andere behandelaar gaan.	j	j	j	j	j	j
6. Wanneer ik pijn heb, zoek ik andere mensen op.	j	j	j	j	j	j
7. De pijn wordt minder als ik denk aan dingen die om me heen gebeuren.	j	j	j	j	j	j
8. Wat ik ook doe, ik kan aan mijn pijn toch niet veranderen.	j	j	j	j	j	j
9. Wanneer ik pijn heb, doe ik alsof de pijn geen deel van mijn is.	j	j	j	j	j	j
10. Ik vind dat ik actief bezig ben.	j	j	j	j	j	j
11. Wanneer ik pijn heb, doe ik net alsof de pijn er niet is.	j	j	j	j	j	j
12. Wat betreft mijn pijn kan ik alleen maar doen wat de dokter of een andere behandelaar zegt.	j	j	j	j	j	j
13. Ik denk dat ik me in het dagelijks leven goed redden kan.	j	j	j	j	j	j
14. Ik ken een manier om de pijn bij mezelf wat te verminderen.	j	j	j	j	j	j
15. Alleen de dokters kunnen mij helpen met mijn pijn.	j	j	j	j	j	j
16. Ik kan bereiken dat ik minder last heb van de pijn als ik afga op alle dingen die ik zelf gewoonlijk doe om met mijn pijn om te gaan.	j	j	j	j	j	j
17. Wanneer ik pijn heb, zeg ik tegen mezelf dat ik de pijn kan overwinnen.	j	j	j	j	j	j
18. Ik vind mezelf een hopeloos geval.	j	j	j	j	j	j

	Helemaal mee oneens	Tamelijk mee oneens	'N beetje mee oneens	'N beetje mee eens	Tamelijk mee eens	Helemaal mee eens
19. Ik voel me door mijn pijn geen volwaardig mensen meer.	j	j	j	j	j	j
20. Ik ben lichamelijk steeds zwakker geworden.	j	j	j	j	j	j
21. Wanneer ik pijn heb, verlaat ik me op mijn geloof ik God.	j	j	j	j	j	j
22. Het lijkt wel alsof mijn pijn steeds meer op de voorgrond komt te staan.	j	j	j	j	j	j
23. Wanneer ik pijn heb, doe ik alles om niet aan de pijn te hoeven denken.	j	j	j	j	j	j
24. Wanneer ik pijn heb, voel ik me verschrikkelijk en heb ik het gevoel dat het met te veel is.	j	j	j	j	j	j
25. Ontspanningsoefeningen verminderen de pijn.	j	j	j	j	j	j
26. Als ik meer pijn krijg moet ik mijn huisarts of een andere behandelaar raadplegen.	j	j	j	j	j	j
27. Wanneer ik pijn heb, zeg ik tegen mezelf dat ik me niet moet laten tegenhouden door de pijn en moet doen wat ik wil doen.	j	j	j	j	j	j
28. Ik voel me tot steeds minder in staat.	j	j	j	j	j	j
29. Door de pijn kom ik aan allerlei dingen niet meer toe.	j	j	j	j	j	j
30. Wanneer ik pijn heb, denk ik aan mensen met wie ik graag samen dingen doe.	j	j	j	j	j	j
31. Ik kan de ernst van de pijn doen afnemen als ik afga op alle dingen die ik zelf gewoonlijk doe om met mijn pijn om te gaan.	j	j	j	j	j	j
32. Het woord pijn maakt me bang.	j	j	j	j	j	j
33. Het hangt van mezelf af hoeveel invloed de pijn op me heeft.	j	j	j	j	j	j
34. Ik kan de pijn verminderen door er geen aandacht aan te schenken.	j	j	j	j	j	j
35. Wanneer ik pijn heb, weet ik dat er eens iemand zal zijn om me te helpen en dat de pijn een tijdje weg gaat.	j	j	j	j	j	j

	Helemaal mee oneens	Tamelijk mee oneens	'N beetje mee oneens	'N beetje mee eens	Tamelijk mee eens	Helemaal mee eens
36. Wanneer ik pijn heb, bid ik dat het niet lang meer zal duren	j	j	j	j	j	j
37. Wanneer ik pijn heb, negeer ik de pijn.	j	j	j	j	j	j
38. De pijn wordt minder als ik me lichamelijk ontspan.	j	j	j	j	j	j
39. Door mijn instelling voel ik mezelf opgewassen tegen mijn pijn.	j	j	j	j	j	j
40. Ik ben me geestelijk steeds zwakker gaan voelen.	j	j	j	j	j	j
41. Wanneer ik pijn heb, denk ik aan dingen die ik graag doe.	j	j	j	j	j	j
42. Wanneer ik pijn heb, probeer ik aan iets prettigs te denken.	j	j	j	j	j	j

Algemene informatie PCCL

De PCCL is tot stand gekomen door samenvoeging van items uit drie reeds bestaande vragenlijsten voor pijn: de Coping met Pijn Vragenlijst (CPV), de PijnbeheersingsVragenlijst (PBV) en de Pijn Cognitie Lijst (PCL). Hierdoor is een nieuwe lijst (42 items) ontstaan die globale meting van coping met pijn, locus of control, en pijn cognities mogelijk maakt. De lijst kan het best beschouwd worden als een globaal screeningsinstrument dat vroeg in de assessment van een patiënt met pijn kan worden ingezet.

Interpretatie:

helemaal mee oneens = 1

tamelijk mee oneens = 2

een beetje mee oneens = 3

een beetje mee eens = 4

tamelijk mee eens = 5

helemaal mee eens = 6

De items 8, 10, 13 en 39 moeten gespiegeld worden. Dit betekent dat de score 1 wordt gespiegeld naar 6, 2 naar 5, 3 naar 4, 4 naar 3, 5 naar 2 en 6 naar 1. Voor het berekenen van de somscore per schaal worden de scores, van de tot die schaal behorende items, bij elkaar opgeteld, zie tabel 11. De somscore wordt vervolgens gedeeld door het aantal items, waardoor een schaal score ontstaat. Deze schaal score ligt voor iedere schaal tussen 1 en 6.

Schaal	Item-nummers	Schaal score*
Catastrofen	10 13 18 19 20 22 24 28 29 32 39 40 (12 items)	1-6
Pijncoping	2 6 9 11 17 23 27 30 37 41 42 (11 items)	1-6
Interne pijnbeheersing	1 4 7 8 14 16 25 31 33 34 38 (11 items)	1-6
Externe pijnbeheersing	3 5 12 15 21 26 35 36 (8 items)	1-6

Indien een patiënt 10-15% van de vragen (dit betekent 1 à 2 vragen per subschaal) niet heeft ingevuld dan kan, de missende waarde vervangen worden door het subschaal gemiddelde van die patiënt. Indien meer dan 20% niet is ingevuld, zijn de gegevens van de betreffende subschaal niet bruikbaar.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/411_1_N.pdf

Literatuur

Stomp-van den Berg SGM, Vlaeygen JWS, ter Kuile MM, Spinhoven P, van Breukelen G, Kole-Snijders AMJ. Meetinstrumenten chronische pijn deel 2. Pijn Coping en Cognitie Lijst (PCCL). URL: www.pijn.com/PCCLdeel2.pdf

De Gier M, Vlaeygen JWS, van Breukelen G, Stomp SGM, ter Kuile MM, Kole-Snijders AMJ, Spinhoven P. Meetinstrumenten chronische pijn, deel 3: Pijn Coping en Cognitie Lijst. Validering en normgegevens. URL: www.pijn.com/PCCLdeel3.pdf

Naam:

Geb.datum:

Datum:

PCI – Pijn Coping Inventarisatie lijst

Instructie

Mensen die pijn lijden ontwikkelen diverse manieren om met deze pijn om te gaan. Op de volgende bladzijden vindt u een aantal uitspraken die gaan over wat u kunt doen of denken als u pijn heeft. Wij vragen u om achter iedere uitspraak aan te geven hoe vaak u het beschreven gedrag uitvoert. U doet dit door het omcirkelen van een van de antwoordmogelijkheden die achter de uitspraak staan.

	Zelden of nooit	Soms	Vaak	Ze er vaak
1. Ik houd op met mijn bezigheden	1	2	3	4
2. Ik ga door met mijn bezigheden, maar met minder inspanning	1	2	3	4
3. Ik ga door met mijn bezigheden, maar in een langzamer tempo	1	2	3	4
4. Ik ga door met mijn bezigheden, maar minder nauwgezet	1	2	3	4
5. Ik beperk me tot eenvoudige bezigheden	1	2	3	4
6. Ik zorg dat ik me niet lichamelijk hoeft in te spannen	1	2	3	4
7. Ik neem rust door te gaan zitten of te gaan liggen	1	2	3	4
8. Ik neem een prettige lichaamshouding aan	1	2	3	4
9. Ik neem een bad of douche	1	2	3	4
10. Ik zorg ervoor dat ik me niet opwind	1	2	3	4
11. Ik trek me terug in een rustige omgeving	1	2	3	4
12. Ik zorg ervoor dat ik niet gehinderd word door storende geluiden	1	2	3	4
13. Ik zorg ervoor dat ik niet gehinderd word door het licht (bv. Door een zonnebril op te zetten, de gordijnen dicht te doen)	1	2	3	4
14. Ik houd rekening met wat ik eet of drink	1	2	3	4
15. Ik doe alsof de pijn er niet is	1	2	3	4
16. Ik doe alsof de pijn niet mijn lichaam betreft	1	2	3	4
17. Ik blijf voortdurend op de pijn letten	1	2	3	4
18. Ik stel me de pijn als minder hevig voor dan deze in feite is	1	2	3	4
19. Ik denk aan plezierige dingen of gebeurtenissen	1	2	3	4
20. Ik zoek afleiding door een lichamelijke activiteit te gaan doen (bv. Wandelen, fietsen, zwemmen)	1	2	3	4

21. Ik zoek afleiding door mijn aandacht te richten op lezen, muziek, een tv-programma of iets dergelijks	1	2	3	4
22. Ik ga doen wat ik plezierig vind	1	2	3	4
23. Ik dien mezelf andere lichamelijke prikkels toe (bv. Door mijn vuisten te ballen, mezelf te knijpen of wrijven op de plaats van de pijn)	1	2	3	4
24. Ik denk aan alle dingen die blijven liggen omdat ik pijn heb	1	2	3	4
25. Ik ga piekeren	1	2	3	4
26. Ik vraag me af wat de oorzaak van de pijn is	1	2	3	4
27. Ik denk dat de pijn erger zal worden	1	2	3	4
28. Ik denk aan momenten waarop ik geen pijn had	1	2	3	4
29. Ik denk dat ik gek word van de pijn	1	2	3	4
30. Ik bedenk dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben	1	2	3	4
31. Ik denk dat anderen niet begrijpen wat het is om zo'n pijn te hebben	1	2	3	4
32. Ik zonder me af	1	2	3	4
33. Als ik buitenshuis ben probeer ik zo snel mogelijk thuis te komen	1	2	3	4
34. Ik heb een eigen manier om de pijn te verminderen of draaglijker te maken				
b. Geef aan welke				
.....				
.....				
.....				

Algemene informatie PCI

De Pijn coping Inventarisatielijst (PCI) inventariseert de copingstrategieën van mensen met pijnklachten. De PCI vragenlijst bestaat uit 33 items. Met behulp van deze vragenlijst kan bepaald worden of iemand met name actieve of passieve copingstrategieën toepast.

Interpretatie:

Na het optellen van de scores per schaal kunnen percentages worden berekend. Het hoogste getal geeft aan, welke copingstrategie de patiënt het meeste toepast.

Het meetinstrument meet 33 items, echter de bijgevoegde vragenlijst geeft nog een vraag 34a en 34b, deze tellen niet mee in de scoring.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/35_1_N.pdf

Voor een Excel-bestand waar de scores kunnen worden berekend zie:

http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/35_4_N.xls

Literatuur

Kraaimaat FW, Bakker A, Evers AWM. Pijn coping-strategieën bij chronische pijnpatiënten: de ontwikkeling van de Pijn-Coping-Inventarisatielijst (PCI). *Gedragstherapie* 1997;30:185-201

Kraaimaat FW, Evers AW. Pain-copings strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain-coping inventory (PCI). *International Journal of Behavioral Medicine* 2003;10(4):343-363

Shoulder pain and disability index (SPADI)

Roach et al., 1991

Patiënteninstructie:

Met deze vragenlijst wordt de mate van pijn van uw schouder en de ondervonden beperkingen door uw schouder gedurende de afgelopen week in kaart gebracht. Wij willen u verzoeken bij alle vragen een antwoord te omcirkelen dat het meest uw situatie weergeeft.

Wanneer u één of meerdere van de beschreven activiteit eigenlijk nooit uitvoert, beeld u zich dan in hoeveel moeite het u zou kosten wanneer u de activiteit op dit moment zou moeten uitvoeren.

PIJN SCHAAL

Hoe erg is uw pijn?

Omcirkel het getal dat het best uw pijn weergeeft.

0 = geen pijn en **10** = ergst bedenkbare pijn

De pijn op zijn hevigst.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wanneer u op de pijnlijke zijde ligt.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Reikend naar iets op een hoge plank.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Het aanraken van de achterkant van de nek.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Duwen met de pijnlijke arm.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Totaal pijn score _____

BEPERKING SCHAAL

Hoeveel moeite heeft u om het volgende uit te voeren?

Omcirkel het getal dat het best uw ervaring weergeeft.

0 = geen enkele moeite en **10** = zo moeilijk dat hulp hiervoor nodig is.

Uw haar wassen.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Uw rug wassen.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Een hemd aantrekken.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Een shirt met knopen aantrekken.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Uw broek aantrekken.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Een object op een hoge plank plaatsen.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Een zwaar object dragen van 5 kg.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Iets pakken uit uw achterzak.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Totaal beperking schaal _____

Totaal SPaDI score _____

Algemene informatie SPADI

De Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) is een vragenlijst met 13 items, verdeeld over de categorieën pijn en beperking in activiteiten. Centraal staat hierbij de mate van pijn of beperkingen veroorzaakt door schouderproblematiek gedurende de laatste week. De patiënt beantwoordt de vragen zelf aan de hand van een VAS- of NRS-schaal. Hoe hoger een patiënt scoort op de SPADI des te groter is de pijn/ beperking in activiteiten.

Uitkomstklassen en normgegevens:

Interpretatie: Scores van 0-100, hoe hoger een patiënt scoort op de SPADI des te groter is de pijn/beperking in activiteiten.

Om de totaalscore en de score per categorie te bepalen wordt de NRS-schaal omgerekend naar procenten met behulp van de volgende methode:

de scores van de items worden opgeteld en gedeeld door de maximumscore. Dit getal wordt vermenigvuldigd met 100.

Voor de totale score wordt het gemiddelde van de 2 categorieën berekend, zodat ook de totale score zich tussen 0 en 100 bevindt.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/44_1_N.pdf

Literatuur

Beaton D, Richards RR. Assessing the reliability and responsiveness of 5 shoulder questionnaires. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 1998 Nov-Dec;7(6):565-572.

Beaton DE, Richards RR. Measuring function of the shoulder: a cross-sectional comparison of five questionnaires. *Journal of bone and joint surgery (am.ed.)*. 1996 Jun;78(6):882-890.

Roach KE, Budiman-Mak E, Songsiridej N, Lertratanakul Y. Development of a shoulder pain and disability index. *Arthritis care and research*. 1991 Dec;4(4):143-149.

Elvers JWH, Oostendorp RAB, Sierevelt IN. De Nederlandstalige Shoulder pain and Disability Index (SPADI-Dutch Version) bij patiënten na een subacromiale decompressie volgens Neer: interne consistentie en constructvaliditeit. *Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie*. 2003 Dec;113(6):126-131.

Goel S, Aranke S, Co M. Shoulder Pain and Disability Index: a systemic literature review on its validity and use in different clinical settings. *Journal of pain*. 2012 Apr;13(4):S12.

MacDermid JC, Solomon P, Prkachin K. The Shoulder Pain and Disability Index demonstrates factor, construct and longitudinal validity. *BMC musculoskeletal disorders*. 2006 Feb 10;7:12.

Breckenridge JD, McAuley JH. Shoulder Pain and Disability Index (SPADI). *Journal of physiotherapy*. 2011;57(3):197.

DASH

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

THE

DASH

Dutch Language Version

een geautoriseerde vertaling



Door:
Carla Palmen & Esther van der Meijden

Beperkingen van arm, schouder en hand

Instructies:

Deze vragenlijst heeft betrekking op zowel uw symptomen als uw mogelijkheid om bepaalde handelingen te verrichten.

Beantwoord alle vragen door het juist cijfer te omcirkelen, gebaseerd op uw conditie van de afgelopen week.

Als u de afgelopen week geen activiteiten heeft uitgevoerd, schat dan het meest nauwkeurige antwoord.

Het maakt niet uit welke hand of arm u gebruikt om de handeling te verrichten; baseer uw antwoord alstublieft op de mogelijkheid een opdracht uit te voeren ongeacht de manier waarop.

Bepaal alstublieft uw mogelijkheid om de volgende activiteiten uit te voeren gedurende de afgelopen week door het nummer onder het juiste antwoord te omcirkelen.

	Geen moeite	Geringe moeite	Meer moeite	Zeer veel moeite	Niet in staat
1. Een dichte of nieuwe pot openen.	1	2	3	4	5
2. Schrijven.	1	2	3	4	5
3. Een sleutel omdraaien.	1	2	3	4	5
4. Koken.	1	2	3	4	5
5. Een zware deur openduwen.	1	2	3	4	5
6. Een voorwerp op een plank boven uw hoofd plaatsen	1	2	3	4	5
7. Zwaar huishoudelijk werk doen. (bv. Tegels afwassen, vloeren schrobben).	1	2	3	4	5
8. Tuinieren	1	2	3	4	5
9. Bed opmaken	1	2	3	4	5
10. Boodschappentas of aktetas dragen	1	2	3	4	5
11. Een zwaar voorwerp dragen (meer dan 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Een lamp boven het hoofd verwisselen.	1	2	3	4	5
13. Haren wassen of föhnen.	1	2	3	4	5
14. Uw rug wassen.	1	2	3	4	5
15. Een trui aantrekken.	1	2	3	4	5
16. Met een mes eten snijden.	1	2	3	4	5
17. Recreatieve activiteiten die weinig moeite kosten (bv. Kaarten, breien, etc.).	1	2	3	4	5
18. Recreatieve activiteiten die kracht of druk uitoefenen op arm, schouder of hand (bv. Golven, timmeren, tennissen, etc.).	1	2	3	4	5
19. Recreatieve activiteiten waarbij je de arm vrij beweegt. (bv. Frisbeeën, badmintonnen, etc.).	1	2	3	4	5
20. Van de ene naar de andere plaats gaan.	1	2	3	4	5
21. Seksuele activiteiten.	1	2	3	4	5

	Helemaal niet	In geringe mate	Matig	Aardig wat	Zeer veel
22. Heeft uw probleem aan uw arm, hand of schouder u de afgelopen week belemmerd in uw normale sociale activiteiten met familie, vrienden, burens of groepen?	1	2	3	4	5

	Helemaal niet beperkt	In geringe mate beperkt	Matig beperkt	Erg beperkt	Niet in staat
23. Was u de afgelopen week beperkt in uw werk of andere dagelijkse activiteiten als gevolg van uw probleem aan uw arm, hand of schouder?	1	2	3	4	5

Bepaal de ernst van de volgende symptomen in de afgelopen week.

	Geen	Licht	Matig	Ernstig	Extreem
24. Pijn aan arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5
25. Pijn aan arm, schouder of hand bij welke activiteit dan ook.	1	2	3	4	5
26. Tintelingen (slapend gevoel) in arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5
27. Zwakheid in uw arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5
28. Stijfheid in uw arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5

	Geen moeite	Geringe moeite	Meer moeite	Zeer veel moeite	Niet in staat
29. Hoeveel moeite heeft u de afgelopen week gehad met slapen vanwege de pijn in uw arm, schouder of hand?	1	2	3	4	5

	Sterk mee oneens	Oneens	Niet eens, niet oneens	Mee eens	Sterk mee eens
30. Ik voel me minder bekwaam, minder zeker of minder nuttig door de problemen aan mijn arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5

Sport/podiumkusten module (naar keuze)

De volgende vragen hebben betrekking op de impact die het probleem aan uw arm, schouder of hand heeft op het bespelen van een muziekinstrument of het beoefenen van een sport, of beide. Als u meer dan één sport beoefent of instrument bespeelt (of beide), antwoordt dan uitgaande van de activiteit die het belangrijkste voor u is.

Geef u alstublieft aan welke sport of welk instrument het belangrijkste voor u is:

.....

Ik beoefen geen sport, of bespeel geen instrument. (U mag dit gedeelte overslaan.)

Omcirkel het getal dat uw fysieke vermogen van de afgelopen week het beste beschrijft. Had uw moeite met:

	Geen moeite	Geringe moeite	Meer moeite	Zeer veel moeite	Niet in staat
1. Het toepassen van uw gebruikelijke techniek om uw instrument te bespelen of uw sport te beoefenen?	1	2	3	4	5
2. Het bespelen van uw instrumenten of beoefenen van uw sport vanwege uw pijn aan arm, schouder of hand?	1	2	3	4	5
3. Het bespelen van uw instrument of het beoefenen van uw sport zo goed als u zou willen?	1	2	3	4	5
4. Het besteden van uw gebruikelijke hoeveelheid aan het bespelen van uw instrument of beoefenen van uw sport?	1	2	3	4	5

Werkmodule (naar keuze)

De volgende vragen gaan over de invloed van uw probleem aan arm, schouder of hand op uw mogelijkheid om te werken (inclusief huishouden als dat uw hoofdtaak is).

Geeft u alstublieft aan wat uw beroep/werk is:

.....

Ik werk niet. (U mag dit gedeelte overslaan.)

Omcirkel het getal dat uw fysieke vermogen van de afgelopen week het beste beschrijft. Had uw moeite met:

	Geen moeite	Geringe moeite	Meer moeite	Zeer veel moeite	Niet in staat
1. Het toepassen van uw gebruikelijke techniek voor uw werk?	1	2	3	4	5
2. Het doen van uw normale werk door de pijn aan arm, schouder of hand?	1	2	3	4	5
3. Het doen van uw werk zo goed als u dat zou willen?	1	2	3	4	5
4. Het doen van uw werk binnen de normale tijd?	1	2	3	4	5

Algemene informatie DASH

De Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) is een vragenlijst met 30 items, verdeeld over de categorieën symptomen en beperking in activiteiten. Centraal staat hierbij de mate van klachten of beperkingen in de gehele bovenste extremiteit gedurende de afgelopen week. De patiënt beantwoordt de vragen zelf aan de hand van een 5-punts-schaal. De componenten sport, muziek en werk worden in twee optionele modules aangeboden. Hoe hoger een patiënt scoort op de DASH des te groter zijn de klachten/beperkingen.

Berekening DASH beperkingen en symptomen score:

$\{(Som\ van\ de\ antwoorden\ op\ N\ items / N) - 1\} \times 25 =$
N = aantal ingevulde antwoorden

Berekening DASH optionele modules:

$\{(Som\ van\ de\ antwoorden\ op\ de\ 4\ items / 4) - 1\} \times 25 =$

Uitkomstklassen en normgegevens

Normgegevens: gemiddelde score bij gezonden = 10,10

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/86_1_N.pdf

Literatuur

Bot SD, Terwee CB, van der Windt DA, Bouter LM, Dekker J, de Vet HC. Clinimetric evaluation of shoulder disability questionnaires: a systematic review of the literature. *Annals of the rheumatic diseases*. 2004 Apr;63(4):335-341.

Gummeson C, Atroshi I, Ekdahl C. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery. *BMC musculoskeletal disorders*. 2003 Jun 16;4:11.

Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C, Upper Extremity Collaborative Group (UECG). Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. *American journal of industrial medicine*. 1996 Jun;29(6):602-608.

Palmen CM, van der Meijden E, Nelissen Y, Köke AJA. De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse vertaling van de Disability of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire (DASH). *Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie*. 2004;114(2):30-35

Scoring the DASH. Beschikbaar via:

http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/dash_scoring_2010.pdf

Hunsaker FG, Cioffi DA, Amadio PC, Wright JG, Caughlin B. The American Academy of Orthopaedic Surgeons outcomes instruments: normative values from the general population. *Journal of bone and joint surgery*. 2002 Feb;84-A(2):208-215

THE

QuickDASH

OUTCOME MEASURE

QUICKDASH

DLV

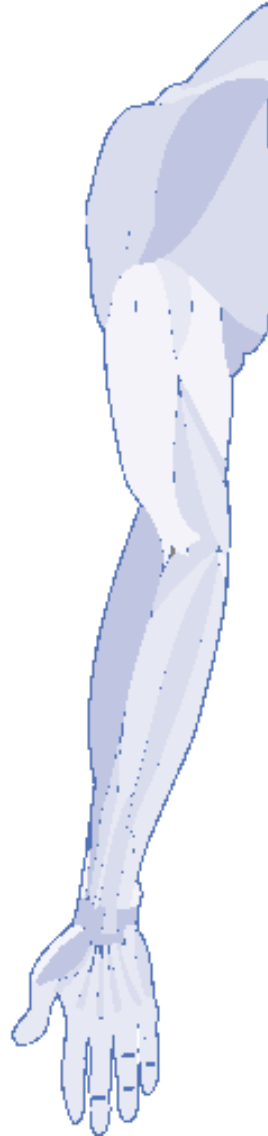
INSTRUCTIES

Deze vragenlijst stelt u vragen over uw klachten en mogelijkheden om bepaalde activiteiten uit te voeren.

Zou u zo vriendelijk willen zijn om iedere vraag te beantwoorden zoals u zich de afgelopen week heeft gevoeld, door het juiste nummer te omcirkelen.

Als u niet de mogelijkheid heeft om een bepaalde activiteit te verrichten, maak dan een zo goed mogelijke schatting hoe goed u dat gekund zou hebben.

Het maakt niet uit met welke hand of arm u deze activiteit uitvoert. Beantwoord de vraag onafhankelijk van de mogelijkheid hoe u het heeft gedaan.



© Institute for Work & Health (IWH) 2003. All rights reserved.

Dutch translation courtesy of Dr. Arnold Schuurman, Universitair Medische Centrum, Utrecht & Eleonore Slegers, Handencentrum Utrecht.

QUICKDASH-DLV

Beoordeel wat uw mogelijkheden zijn geweest om de volgende activiteiten te verrichten in de afgelopen week door het meest passende cijfers hieronder te omcirkelen.

	Geen probleem	Gering probleem	Probleem	Ernstig probleem	Niet mogelijk
1. Openen van een vastgedraaide pot.	1	2	3	4	5
2. Zwaar huishoudelijk werk verrichten (bv. Stofzuigen en/of vloeren soppen).	1	2	3	4	5
3. Boodschappentas of aktetas dragen.	1	2	3	4	5
4. Rug wassen.	1	2	3	4	5
5. Een mes gebruiken om eten te snijden.	1	2	3	4	5
6. Vrijtijdsbesteding waarbij enige kracht of belasting uitgeoefend wordt op de arm, schouder of hand (golven, doe het zelf, tennissen, etc..)	1	2	3	4	5

	Geen probleem	Gering probleem	Probleem	Ernstig probleem	Niet mogelijk
7. In hoeverre heeft uw arm, schouder of hand, problemen gegeven met de normale sociale activiteiten met familie, vrienden, burens of groepen in de afgelopen week? (omcirkel het cijfer)	1	2	3	4	5

	Absoluut niet beperkt	Enigszins beperkt	Matig beperkt	Veel beperkt	Onmogelijk
8. In hoeverre bent u beperkt geweest in uw werk of andere dagelijkse activiteiten ten gevolge van uw arm, schouder of hand probleem, gedurende de afgelopen week (omcirkel het cijfer)	1	2	3	4	5

Geef de ernst van de onderstaande klachten aan gedurende de afgelopen week. (omcirkel het cijfer)

	Geen	Mild	Matig	Ernstig	Extreem
9. Pijn in uw arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5
10. Tintelingen (spelden prikken) in arm, schouder of hand.	1	2	3	4	5

	Geen probleem	Gering probleem	Matig probleem	Ernstig probleem	Ik kan er niet van slapen
11. Hoeveel moeite heeft u gehad met slapen ten gevolge van pijn in uw arm, schouder of hand, gedurende de afgelopen week? (omcirkel het cijfer)	1	2	3	4	5

QUICKDASH-DLV beperkingen/klachten score = $\frac{[(\text{som van } n \text{ antwoorden}) - 1]}{N} \times 25$

N is gelijk aan het aantal beantwoorde vragen.

De QUICKDASH-DLV score mag niet berekend worden als er meer dan 1 vraag niet beantwoord is.

MODULE OVER UW WERK (optioneel)

De volgende vragen gaan over de invloed van uw arm, schouder of hand probleem op de mogelijkheid om te werken (inclusief huishoudelijk werk, als dat uw belangrijkste werk is).

Wat voor werk doet u?

Ik heb geen werk. (U kunt de volgende 4 vragen overslaan)

Omcirkel het getal dat het beste uw lichamelijke mogelijkheden beschrijft in de afgelopen week.
Heeft u problemen gehad met:

	Geen probleem	Gering probleem	Probleem	Ernstig probleem	Niet mogelijk
1. Het gebruiken van de normale technieken in uw werk?	1	2	3	4	5
2. Het doen van uw normale werk ten gevolg van arm, schouder of hand pijn?	1	2	3	4	5
3. Het doen van uw werk zo goed als u dat zou willen?	1	2	3	4	5
4. Het besteden van de gebruikelijke hoeveelheid tijd aan uw werk?	1	2	3	4	5

MODULE OVER SPORT EN MUZIEKINSTRUMENT BESPELEN (OPTIONEEL)

De volgende vragen gaan over de invloed van uw arm, schouder of handprobleem tijdens het bespelen van een muziekinstrument en/of tijdens het sporten.

Als u meer dan 1 sport beoefent of meerdere instrumenten bespeelt (of beide), beantwoord de vraag over de activiteit die voor u het meest belangrijk is.

Welke sport of welk instrument is voor uw het belangrijkste?

Ik beoefen geen sport en bespeel geen instrument. (U kunt de volgende 4 vragen overslaan)

Omcirkel het getal dat het beste uw lichamelijke mogelijkheden beschrijft in de afgelopen week.
Heeft u problemen gehad met.

	Geen probleem	Gering probleem	Probleem	Ernstig probleem	Niet mogelijk
1. Het gebruiken van normale technieken voor sporten of bespelen van uw instrument?	1	2	3	4	5
2. Het sporten of bespelen van uw instrument ten gevolg van arm, schouder of hand pijn?	1	2	3	4	5
3. Het sporten of bespelen van uw instrument zo goed als u zou willen?	1	2	3	4	5
4. Het besteden van de gebruikelijke tijd aan sporten of bespelen van uw instrument?	1	2	3	4	5

Score van de optionele modules: tel de toegekend score voor ieder antwoord op; deel dit door 4 (aantal vragen per module); minus 1; vermenigvuldigd met 25

Een optionele module mag niet berekend worden als één van de vragen niet beantwoord is.

Algemene informatie Quick DASH

De Quick DASH is een vragenlijst met 11 items, verdeeld over de categorieën uitvoeren van activiteiten en ernst van symptomen. Centraal staat hierbij de mate van klachten of beperkingen in de gehele bovenste extremiteit gedurende de afgelopen week. De patiënt beantwoordt de vragen zelf aan de hand van een 5-punts-schaal. De componenten sport, muziek en werk worden in twee optionele modules aangeboden. Hoe hoger een patiënt scoort op de Quick Dash des te groter zijn de klachten/beperkingen.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/465_1_N.pdf

Literatuur

The QuickDASH. Beschikbaar via: <http://www.dash.iwh.on.ca/quickdash> .

Information for Users QuickDASH. Beschikbaar via:
http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/quickdash_info_2010.pdf .

Beaton DE, Wright JG, Katz JN, Upper Extremity Collaborative Group. Development of the QuickDASH: comparison of three item-reduction approaches. *Journal of bone and joint surgery (Am)*. 2005 May;87(5):1038-1046

QuickDASH. Beschikbaar via:
http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/translations/QuickDASH_Dutch.pdf .

Hoang-Kim A, Pegreff F, Moroni A, Ladd A. Measuring wrist and hand function: common scales and checklists. *Injury* 2011; 42: 253-258.

Kennedy CA, Beaton DE, Smith P, Van Eerd D, Tang K, Inrig T, Hogg-Johnson S, Linton D, Couban R. Measurement properties of the QuickDASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) outcome measure and cross-cultural adaptations of the QuickDASH: a systematic review. *Qual Life Res*. 2013 Nov;22(9):2509-47. doi: 10.1007/s11136-013-0362-4. Epub 2013 Mar 12.

Ziekteperceptie vragenlijst IPQ-K

Edwin de Raaij Carin Schröder Ad Kaptein 2007

Omcirkel alstublieft bij elke vraag het getal dat uw mening het beste weergeeft

1. Hoeveel beïnvloedt uw ziekte uw leven?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal geen invloed Zeer veel invloed
2. Hoe lang denkt u dat uw ziekte zal duren?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Een zeer korte tijd Mijn hele leven
3. Hoeveel controle vindt u dat u heeft over uw ziekte?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal geen controle Zeer veel controle
4. Hoeveel denkt u dat uw behandeling kan helpen bij uw ziekte?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal niet Zeer veel
5. Hoe sterk ervaart u klachten door uw ziekte?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal geen klachten Veel ernstige klachten
6. Hoe bezorgd bent u over uw ziekte?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal niet bezorgd Zeer bezorgd
7. In welke mate vindt u dat u uw ziekte begrijpt?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal geen begrip Zeer veel begrip
8. Hoeveel invloed heeft de ziekte op uw stemming? (Bijvoorbeeld: maakt de ziekte u boos, bang, van streek of somber?)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helemaal geen invloed Zeer veel invloed
9. Noem s.v.p. de drie belangrijkste factoren die naar uw opvatting uw ziekte hebben veroorzaakt, in volgorde van belangrijkheid.
De belangrijkste oorzaken voor mij zijn:
 1.
 2.
 3.

Algemene informatie IPQ-K

De ziekteperceptie vragenlijst (IPQ-K) is een cross-cultureel geadapteerde Nederlandse versie van de Engelse 'Brief Illness Perception Questionnaire'.

De manier waarop mensen denken over hun klachten bepaalt mede het bewegend (dis)functioneren. Gedachten ten aanzien van een gezondheidsprobleem vormen de basis van ziektepercepties van de patiënt. Het in kaart brengen van deze ziektepercepties geeft informatie die richtinggevend kan zijn voor de behandeling van de fysiotherapeut.

De ziektepercepties kan worden gemeten met de IPQ-K bestaande uit 9 items.

De term 'ziekte' in de vragenlijst kan vervangen worden de actuele klacht die de patiënt heeft, bv; hoofdpijn, schouderpijn, rugklachten etc.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/234_1.pdf

Literatuur

De Raaij EJ, Schröder CD, Kaptein A, Broadbent E, Wittink H; in press

Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006 jun;60(6):631-7

Ieventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense model of illness danger. In: Rachman S, editor. *Medical Psychology*. New York: Pergamon; 1980. P.7-30

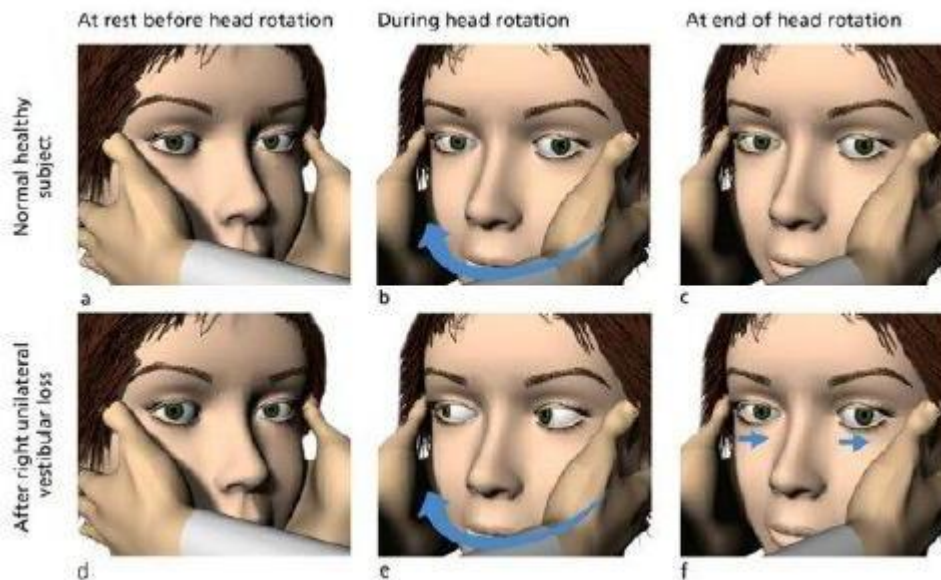
Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health* 2003;18(2):141-84

Evers AWM, Kraaimaat FW. De ziekte-Cognitie-Lijst (ZCL) / The Illness-Cognition-Questionnaire. *Gedragstherapie* 1998 Sep;31(3):205-19

Klinische testbatterij volgens Fife (2000)

ENG/IRV subtest	Description of the test
Smooth pursuit tracking	Eye movement tracking of a moving target
Optokinetic nystagmus	Eye movement response to an optokinetic stimulus
Spontaneous nystagmus	Observe for fixation stability and spontaneous nystagmus, if any
Saccade testing	Observe the velocity, accuracy and latency of rapid eye movements from one target site to another
Gaze-evoked nystagmus	Observe for nystagmus and gaze holding during eccentric gaze
Static positional nystagmus	Observe for nystagmus during or after head position changes
Dix-Hallpike maneuver	Observe for nystagmus after rapid positioning from the sitting to head hanging right or left position
Bithermic caloric testing	Warm and cool irrigations applied to each ear for comparison of vestibular responses
Clinical tests of vestibular loss	
Head thrust sign	Look for a catch-up saccade with quick head turns toward the side of unilateral vestibular loss
Head-shaking nystagmus	Observe for nystagmus away from the side of unilateral vestibular loss after head shaking
Vibration-induced nystagmus	Observe for nystagmus away from the side of unilateral vestibular loss when mastoid vibration is applied
Subjective visual vertical	Patient directs bar or line to what he or she perceives to be straight vertical; in acute otolith dysfunction, the bar or line deviates to the side of unilateral vestibular (otolith) loss
Dynamic visual acuity	Look for a three-line decrease in visual acuity during rapid head turning indicative of bilateral peripheral vestibular loss

Head Thrust Test of Head Impulse Test



Literatuur

Fife TD, Tusa TJ, Furman JM, et al. Assessment: Vestibular testing techniques in adults and children: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000;55:1431-1441

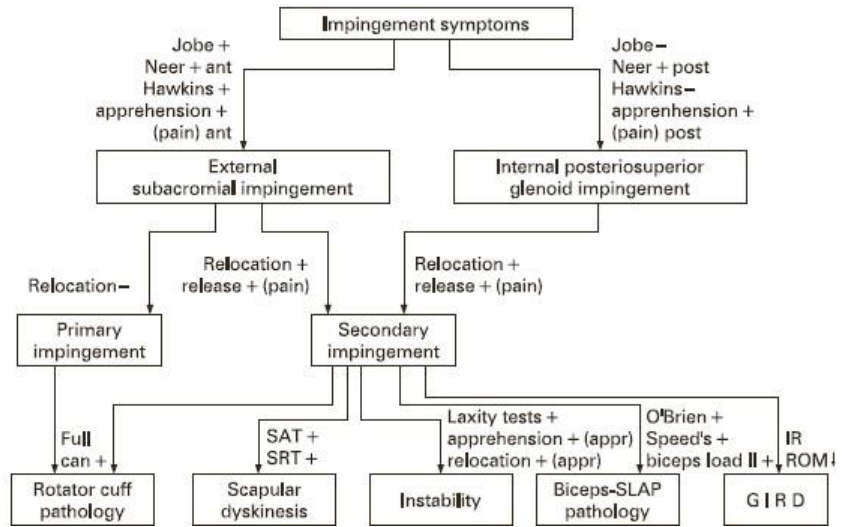
<http://vertigodifferentiation.weebly.com/head-thrust.html>

Schubert MC, Tusa RJ, Grine LE, Herdman SJ. Optimizing the sensitivity of the Head Thrust Test for identifying vestibular hypofunction. *Physical Therapy* 2004 feb;84(2):151-158

Treleaven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. *Manual Therapy* 2008;13:2-11

Algorithme Cools

Figure 1 Algorithm for clinical reasoning in the examination of impingement-related shoulder pain.



Jobe (empty can)



Figure 2 Impingement test: Jobe (empty can): both shoulders are put in 90° elevation in the scapular plane in maximal internal rotation (empty-can position) and manual resistance is given against further elevation.

Hawkins-Kennedy



Figure 3 Impingement test: Hawkins: passive internal rotation is performed with the shoulder in 90° of forward flexion.

Neer



Figure 4 Impingement test: Neer: the examiner performs forced maximal forward flexion with the scapula fixed into depression.

Apprehension



Figure 5 The apprehension test: the shoulder is placed passively in maximal external rotation, and horizontal abduction.

Relocation



Figure 6 The relocation test: the investigator manually performs a dorsal glide on the humeral head in the apprehension position.

Full can



Figure 7 Full-can test: both shoulders are put in 90° elevation in the scapular plane in maximal external rotation (full-can position) and manual resistance is given against further elevation.

SAT



Figure 8 The scapular assistance test: the examiner manually assists correct scapular movement during active elevation of the arm.

SRT



Figure 9 The scapular retraction test: the empty-can test is performed while the examiner stabilises the patient's scapula and shoulder in a position of retraction by placing the forearm along the medial border of the scapula.

Load and Shift



Figure 10 The load and shift test: the humeral head is loaded in such a way as to centre it congruently within the glenoid fossa. Subsequently, the humeral head is manually shifted anteriorly, relative to the glenoid fossa.

Sulcus Sign



Figure 11 The sulcus-sign: the examiner performs a downward traction on the arm.

Posterior subluxation test



Figure 12 The posterior subluxation test: the patient's arm is placed in adduction, internal rotation and 70 to 90° flexion. The examiner applies a posteriorly directed force along the arm, and then slowly moves the shoulder to horizontal abduction and external rotation.

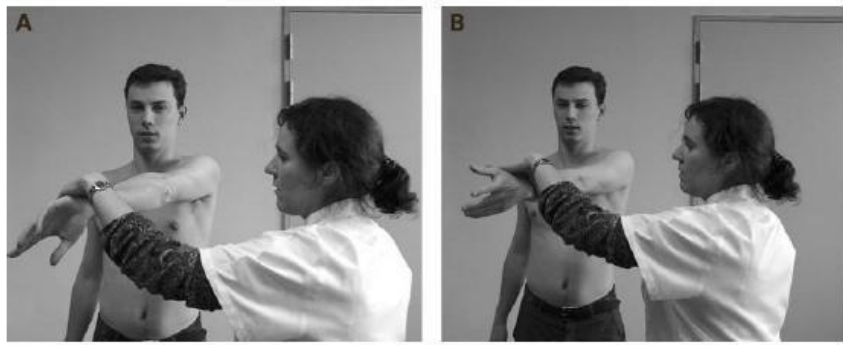
Speed's test



Figure 13 The Speed's test: a downwardly applied pressure is given to the arm when the shoulder is positioned in 90° of forward flexion with the elbow extended, and forearm supinated.

O'Brien

Figure 14 O'Brien test: resistance is tested with the arm forward flexed to 90° and adducted 10° with the thumb pointing down (A), and subsequently with the thumb pointing up (B).



Biceps Load II



Figure 15 Biceps Load II test: the examiner applies resistance against elbow flexion with the shoulder in 120° of abduction and the elbow in 90° flexion, and the patient in supine position.

GIRD Assessment



Figure 16 Assessment of GIRD: Glenohumeral internal rotation is measured with the patient in supine position, the shoulder abducted 90°, and the scapula stabilised against the table.

Literatuur

Cools AM, Cambier D, Witvrouw EE. Screening the athlete's shoulder for impingement symptoms: a clinical reasoning algorithm for early detection of shoulder pathology. *Br J Sports Med* 2008;42:628-635

Hegedus EJ, Goode A, Campbell S, Morin A, Tamaddoni M, Moorman CT, Cook C. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med* 2008;42:80-92

Hegedus EJ. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br j Sports Med* 2012;46:964-978

Moen MH, de Vos R-J, Ellenbecker TS, Weir A. Clinical tests in shoulder examination: how to perform them. *Br J Sports Med* 2010;44:370-375

Testen Scapulaire dyskinesie

Static (visual observation)

(a)



(b)



(c)



Figure 1 Observation of static scapular positioning at three positions.

Measuring scapular protraction



Figure 2 The measurement of the distance between the posterior border of the acromion and the examining table.



Figure 3 The measurement of the distance between the posterior border of the acromion and the wall in standing.

Dynamic evaluation (visual observation)

<https://www.youtube.com/watch?v=f9mhnWXSQQg>

Volgens het artikel van Struyf et al. (2012) zijn er meerdere systemen om scapulaire dyskinesie te benoemen tijdens het actief bewegen. Alle systemen hebben een redelijke betrouwbaarheid. Het artikel van Kibler et al. (2013) raadt aan om de manuele modificatie testen te gebruiken (SAT en SRT). Ook raden zij aan om de mediale en inferieure randen van de scapula te observeren voor winging of uittreden van de mediale rand, een vermindering in coördinatie van de scapula (door bv. Vroege elevatie of shrugging tijdens anteflexie) of een snelle neerwaartse rotatie van de scapula tijdens het laten zakken van de arm. De beweging wordt gekarakteriseerd als dyskinesie middels 'ja' (bij aanwezigheid) of 'nee' (bij afwezigheid). Deze manier heeft een redelijke betrouwbaarheid en een acceptabele klinische bruikbaarheid.

SAT



Figure 8 The scapular assistance test: the examiner manually assists correct scapular movement during active elevation of the arm.

SRT



Figure 9 The scapular retraction test: the empty-can test is performed while the examiner stabilises the patient's scapula and shoulder in a position of retraction by placing the forearm along the medial border of the scapula.

Literatuur

Cools AM, Cambier D, Witvrouw EE. Screening the athlete's shoulder for impingement symptoms: a clinical reasoning algorithm for early detection of shoulder pathology. *Br J Sports Med* 2008;42:628-635

Hegedus EJ, Goode A, Campbell S, Morin A, Tamaddoni M, Moorman CT, Cook C. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br J Sports Med* 2008;42:80-92

Kibler WB, Ludewig PM, McClure PW, Michener LA, Bak K, Sciascia AD. Clinical implications of scapular dyskinesis in shoulder injury: The 2013 consensus statement from the 'scapular summit'. *Br J Sports Med* 2013;47:877-885

Hegedus EJ. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. *Br j Sports Med* 2012;46:964-978

Moen MH, de Vos R-J, Ellenbecker TS, Weir A. Clinical tests in shoulder examination: how to perform them. *Br J Sports Med* 2010;44:370-375

Struyf F, Nijs J, Mottram S, Roussel NA, Cools AMJ, Meeusen R. Clinical assessment of the scapula: a review of the literature. *Br J Sports Med* 2012;0:1-8

Revalidatie van scapulaire dyskinesie

Scapular Rehabilitation Algorithm

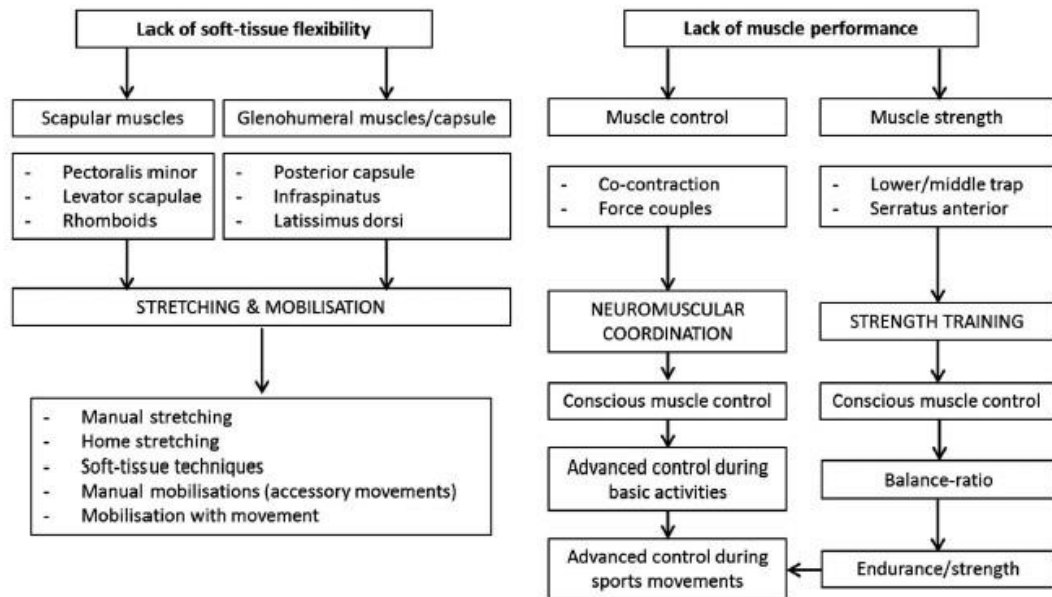


Figure 1 Scapular rehabilitation algorithm.

Literatuur

Cools AMJ, Struyf F, De Mey K, Maenhout A, Castelein B, Cagnie B. Rehabilitation of scapular dyskinesis: from the office worker to the elite overhead athlete. *Br J Sports Med* 2013;00:1-8

Reinold MM, Escamilla R, Wilk KE. Current concepts in the scientific and clinical rationale behind exercises for glenohumeral and scapulothoracic musculature. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(2):105-117

Revalidatie Impingement (subacromiaal pijn syndroom)

Evidence-based medicine exercise protocol for impingement syndrome

General instructions: This physical therapy protocol is based on the best evidence demonstrating a beneficial effect for exercise in the treatment of rotator cuff tendonitis. It is largely unknown if adding or eliminating exercises will affect the outcome. Range of motion and stretching exercises should be performed daily. Strengthening should be performed 3 times weekly.

Modalities: Heat or cold, or both, may be used. Studies have demonstrated that the results of ultrasound treatment are no better than results in control patients, and it should not be used.

Manual therapy: Joint and soft tissue mobilization techniques have been shown to augment the effect of the exercise program. Initially, supervised exercises with manual therapy are recommended. During that time patients, should be instructed in a home program. Patients can move entirely to a home program when they no longer are in need of manual therapy.

Range of motion (Figures A1, A2, A3, A4, A5):

Patients may begin their range of motion work with postural exercise such as shrugs and shoulder retraction. Glenohumeral motion should begin with pendulum exercises, progress to active assisted motion, then to active motion as comfort dictates. Active assisted motion may be performed with a cane, suspended with pulleys, or the uninvolved arm. Active motion may be performed in front of a mirror or using the opposite hand on the trapezius to prevent hiking of the shoulder.

Flexibility (Figures A6 and A7): Stretching should be performed daily and should include anterior shoulder stretching, performed by the patient in a corner or door jamb, and posterior shoulder stretching using the crossed body adduction technique. Each stretch should be held for 30 seconds and repeated 5 times, with a 10-second rest between each stretch. Cane stretching in forward elevation and external rotation may also be used in a similar fashion (see Figure A4).

Strengthening (Figures A8-A15): Strengthening exercises should focus on the rotator cuff and scapula stabilizing muscles. Rotator cuff strengthening should involve the following exercises with the TheraBand: internal rotation with the arm adducted to side, external rotation with the arm adducted to side, and scaption if there is no pain associated with the exercise. Scapula stabilizer strengthening should include chair press, push-up plus (prone using body weight or supine with hand weight), and upright rows using an elastic band. Combination strengthening while standing using elastic bands should include forward elevation and extension. Each exercise should be performed as 3 sets of 10 repetitions, with increases in elastic resistance as strength improves.



Figure A1: Pt nd!!! um cxcn::iSëS: Let thc ann danglc. lakë 20 small CO!!!rl l'èrel ockwiSë ci .relc.q _ lak c .0 small cloc k wiSë ei.rele. . M:ak.c for ward arid back ward motion.4, füc n . idc to . idc m o li oru _

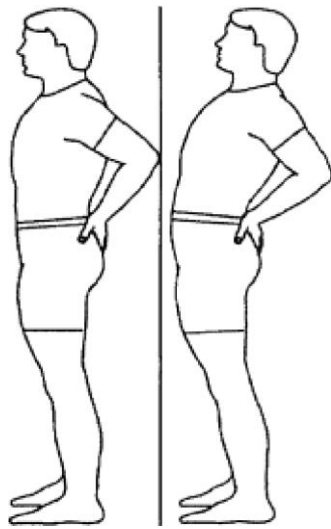


Figure A2: Ph m.rc cxcrciSCJ: Put har11fa on füc rup.4, lcan ba k., arid hold.

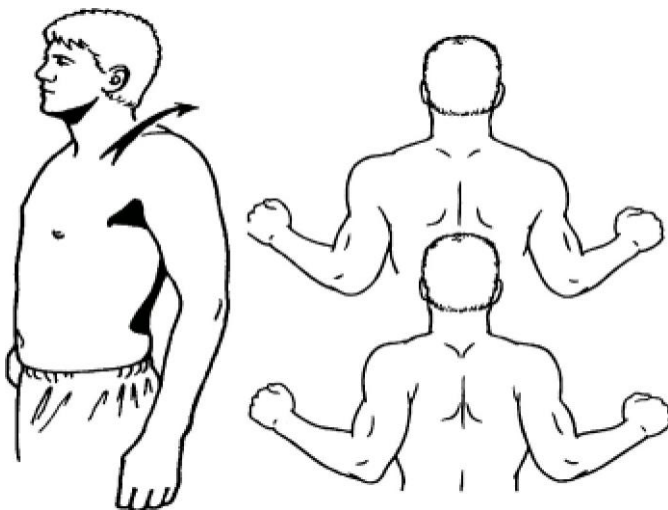


Figure A3: Active trammg of fä.c scap !!! a m !!! .lc-q_ L.efl) Sho !!! dcr sh.ru us: P!!!11 tlii.c *h o !!! dcr s !!! p aridba k., arid hold. K íghl) Pírich. fä c back of füc sho !!! dcr bl adçq rogethcr !!! Sírig good pü.!!mc .

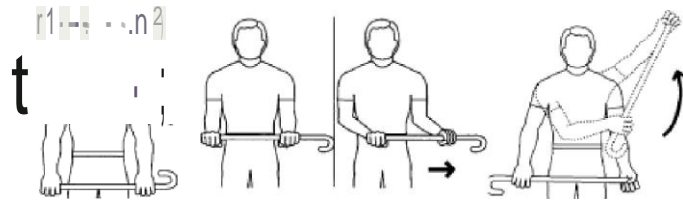


Figure A4 Active range of motion exercises: Lying supine, hold the bar with both hands. Elevate the arm with the help of the arm to guide the injured arm. Increase the flexion of the injured arm as directed by comfort. These can be done up right when comfortable. Images demonstrate forward elevation, external rotation, and abduction. Can do if comfortable.

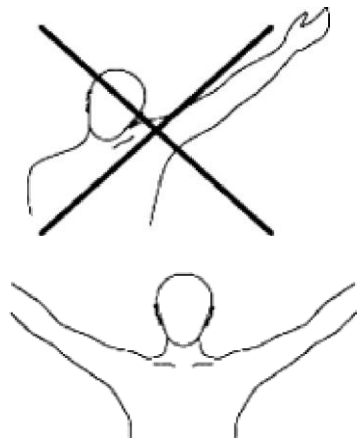


Figure A5 Active range of motion. In front of a mirror, practice with your arm in front of your body without swinging your body.

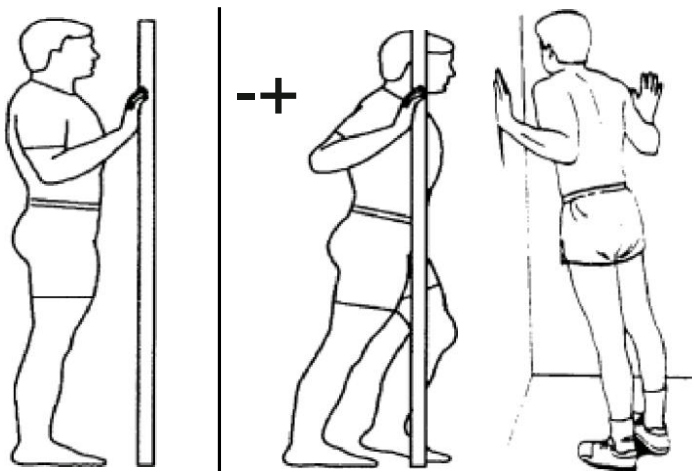


Figure A6 Active range of motion: Place hands at the top of a door or in a doorway of a room. Walk into the doorway or room and hold.

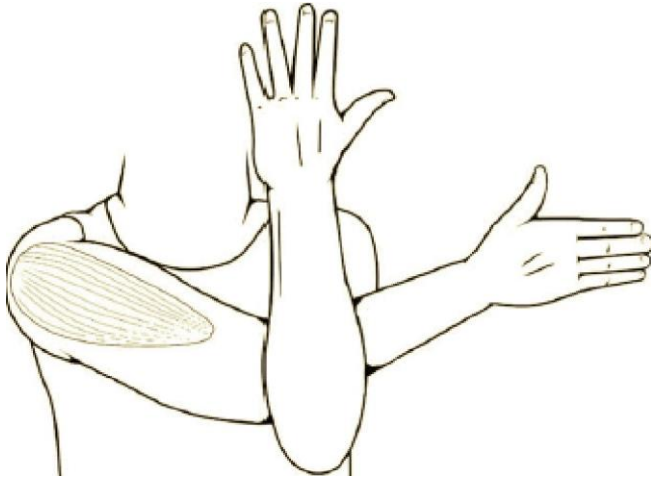


Figure A7 Posterior shoulder flexion: Bridge the upper arm across the front of the body as shown. Hold the elbow with the other arm. Gently flex the upper arm, which will pull the other arm across the chest with a stretch felt in the back of the shoulder.

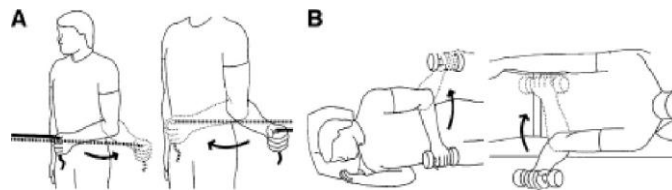


Figure A8 A (Left), External rotation: Secure the elastic band at waist level. Hold the elbow at 90°, arm at the side. Pull the band away from the body as shown. (Right) Internal rotation: Secure the elastic band at waist level. Hold the elbow at 90°, arm at the side. Pull the band towards the body as shown. B (Left), External rotation: Lie on the side, involved side up. Arm at side, elbow bent, with or without weight. Move the band up, as shown. (Right) Internal rotation: Lie on the involved side, elbow bent at 90°, arm at side. With or without weight, pull the band upwards across the body, as shown.

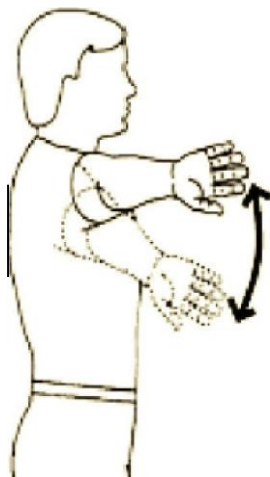


Figure A9 Seated: Hold the arm 30° forward, thumb up or down, raise the arm. May add resistance. This exercise should be done only if there is no pain.



Figure 10 Chair press: While seated, press up on the chair, lifting the body off the chair. Try to keep the feet flat.



figure A13 Pull the tip of the scapula towards the spine. Do this by pulling the scapula towards the spine. **really** push to bring them in. Hiccups reiling.

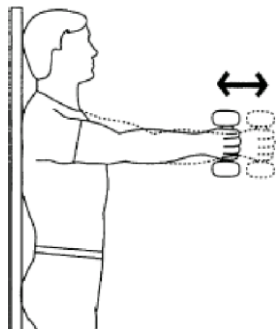


Figure A12 Prone - up: Lie on back, elbow tucked straight, weight is in the middle. Move your arm up toward the ceiling as far as possible.

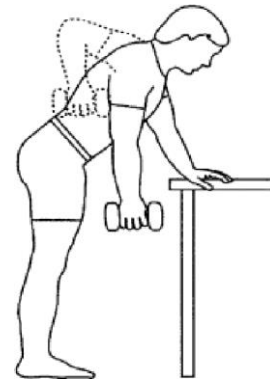


Figure A14 Upright row: Do this with a light weight. Will be stiff in the back. Lean over a table and bend at the waist. Pull the hand weight back, pulling shoulder blade back.

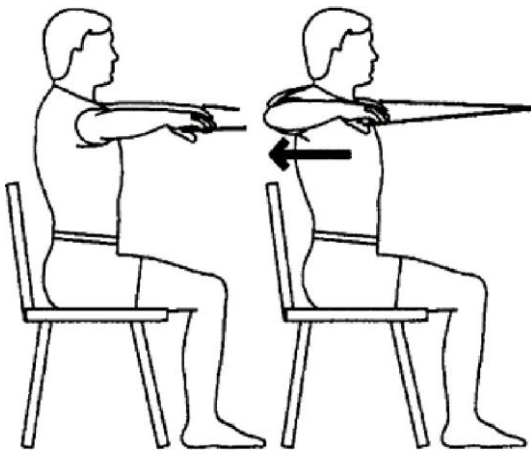


figure A15 Row: Seated or standing, bend your elbow and pull the elastic cord back. Try to pinch, you should feel your shoulder blade together.

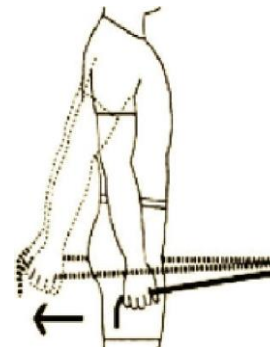


figure 115 Low trapezius: Stand upright. Grasp elastic bands. Keep your feet together. Try to reach back and pull.

Literatuur

Kuhn JE. Exercise in the treatment of rotator cuff impingement: A systematic review and a synthesized evidence-based rehabilitation protocol. *J Shoulder Elbow Surg* 2009;18:138-160

Ellenbecker TS, Cools A. Rehabilitation of shoulder impingement syndrome and rotator cuff injuries; an evidence-based review. *Br J Sports Med* 2010;44:319-327

Reinold MM, Escamilla R, Wilk KE. Current concepts in the scientific and clinical rationale behind exercises for glenohumeral and scapulothoracic musculature. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(2):105-117

Cawthorne-Cooksey oefeningen (vestibulaire revalidatie)

Cawthorne-Cooksey Oefeningen om duizeligheid te verhelpen/ te voorkomen

Elke oefening minstens vijfmaal uitvoeren. Langzaam beginnen. Stoppen bij duizeligheid. daarna geleidelijk versnellen. Als u aan plan D toe bent, hoeft u de voorafgaande oefeningen niet meer te doen.

Plan A - Op de rug liggend

1. Hoofd stil, de ogen:
 - a. op en neer, langzaam. dan sneller
 - b. van links naar rechts, langzaam, dan sneller.
2. Naar de wijsvinger op armlengte boven het hoofd kijken en 1 a en 1 b herhalen terwijl U de vinger beweegt.
3. Wijsvinger langzaam naar ongeveer 5 cm boven het hoofd brengen en naar de vinger kijken.
4. Hoofd- en nekspieren ontspannen en ogen sluiten. Eerst langzaam, dan sneller:
 - a. hoofd naar voren, kin op de borst, daarna zover mogelijk naar achteren
 - b. hoofd zover mogelijk naar links draaien en dan zover mogelijk naar rechts
 - c. oefeningen a en b met open ogen herhalen.

Plan B - Zittend

1. Op stoel zonder armleuning, alle oefeningen van plan A.
2. Armen los laten hangen. Eerst langzaam dan sneller:
 - a. schouders ophalen, dan beide schouders tegelijk naar voren of naar achteren rollen
 - b naar voren buigen of u iets wilt pakken
 - c. hoofd en schouders tegelijk draaien
 - d. alleen het hoofd draaien. eerst met de ogen dicht dan open
 - e. hoofd, schouders en lichaam vanaf het middel draaien, eerst ogen open, dan dicht

Plan C - Staand

1. Ontspannen vóór de stoel, alle oefeningen van plan A en oefeningen 2c en 2d van plan B herhalen.
2. Eerst langzaam, dan sneller:
 - a. gaan zitten en weer staan met de ogen open, dan gesloten.
 - b. boven ooghoogte balletje van ene in andere hand gooien
 - c. balletje van ene in andere hand gooien onder linkerknie door, dan rechterknie
 - d. gaan zitten, gaan staan en helemaal ronddraaien; vijfmaal herhalen
 - e. oefening 2e van plan B herhalen.

Plan D - Lopend

Minstens eenmaal per dag tot de duizeligheid is bedwongen. Dan proberen te kegelen of een ander spel. waarbij u bukt, strekt en mikt. Als symptomen terugkomen, met ogen open en dan weer dicht:

1. in rechte lijn lopen in een open ruimte als tuin of gymzaal
2. een hellinkje oplopen, omdraaien en teruglopen
3. op één been gaan staan, dan op het andere
4. ene voet voor andere plaatsen of u op een koord loopt .

Voor meer informatie over vestibulaire revalidatie, zie de literatuurverwijzingen.

Literatuur

Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE, Walsh BM, Mulee M, Bronstein AM. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. *Annals of Internal Medicine* 2004 Oct;141:598-605

<http://oefeningen.mtchuizen.com/cervicoduizeligheid.php>

Jun JY, Kim J-S, Chung PS, Woo SH, Rhee CK. Effect of vestibular rehabilitation on dizziness in the elderly. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 2009;30:295-299

Alghadir AH, Iqbal ZA, Whitney SL. An update on vestibular physical therapy. *Journal of the Chinese Medical Association* 2013;76:1-8

Han BI, Song HS, Kim JS. Vestibular rehabilitation therapy: review of indications, mechanisms, and key exercises. *J Clin Neurol* 2011;7:184-196

Hain TC. Neurophysiology of vestibular rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 2011;29:127-141

Hillier SL, McDonnell M. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4. Art. No.: CD005397

Lystad RP, Bell G, Bonnevie-Svensen M, Carter CV. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogenic dizziness: a systematic review. *Chiropractic & Manual Therapies* 2011 Sep;19:21

Balaban, Carey D., Michael E. Hoffer, and Kim R. Gottshall. "Top-down approach to vestibular compensation: Translational lessons from vestibular rehabilitation." *Brain research* 1482 (2012): 101-111.

Oefenprogramma cervicogene duizeligheid

TABLE 1	EXAMPLE EXERCISE PROGRAM FOR CERVICOGENIC DIZZINESS/UNSTEADINESS ⁹⁷
<ol style="list-style-type: none">1. Oculomotor exercises standing on an unstable surface (foam)<ul style="list-style-type: none">• Eye movements with the head stationary, the patient moves the eyes between 2 black dots, 1 m apart, on the wall• The eyes follow a target moving side to side and up and down, with the head stationary2. Eye-neck coordination exercises standing on an unstable surface (foam)<ul style="list-style-type: none">• The patient moves the eyes first to a target and then the head, ensuring the eyes are kept focused on the target. The movements are rotations to the left and right, respectively• The patient fixes the gaze on a black dot on the wall, at 1 m distance, and moves the head in the transverse plane (rotation left and right) and in the sagittal plane (up and down)• Movements of the eyes to the left as the head is simultaneously moving to the opposite side (ie, right) and vice versa3. Walking on uneven and on narrow surfaces (tandem)<ul style="list-style-type: none">• Progression into performing various tasks while walking, such as throwing and catching a ball, and eye-neck coordination exercises (eg, following a stationary or moving object while walking)4. Standing balance exercises: standing feet apart, feet together, and tandem, on an uneven surface, foam, balance board, and trampoline<ul style="list-style-type: none">• The patient practices standing balance with their eyes open and closed, while performing various perturbations (eg, arm movements and exercises with a ball)• Eye-neck coordination exercises are also incorporated into these tasks5. One of the latest sessions is performed outdoors, practicing walking on uneven surfaces like sand and stones, as well as uphill and downhill<ul style="list-style-type: none">• Different tasks are performed while walking (eg, moving the head while following flying birds, watching flying birds or moving persons/cars with the head stationary)6. Instructions for home exercises every day are given in accordance with the above	

TABLE 2

**MULTIMODAL PHYSICAL THERAPY
TREATMENT APPROACH**

1. Manual therapy in conjunction with neuromuscular control training to ensure long-term benefits in reduction of segmental dysfunction
 2. Pain relief
 1. Advice and reassurance
 4. Activation of deep neck flexors and stabilizers. Formal training twice per day for 10 weeks, focusing on the correct movement pattern initially and progressing to ensure adequate tonic holding capacity and endurance
 5. Retrain cervical and thoracic postural musculature several times per day with postural correction in sitting and standing
 6. Training for neck extensors in 4 point kneeling
 7. Joint position and movement sensitivity training, balance, and movement retraining (TABLE 3)
- & Coordination exercises
9. Ergonomic and postural advice, graded return to activity
 10. Progression of sensorimotor exercises as able (TABLE 3)
 11. Exercises to improve cervical range of motion performed in conjunction with the neuromuscular control training. Coordinated movement control especially of neck extension and return to neutral
 12. Retraining of postural control and functional activity (such as typing and/or arm extension), as well as decreasing unwanted muscle activity in the superficial muscles. Decrease resistance training placed on the cervical structures
13. Endurance and strength training at progressive loads (eg, graded head lift, extension hold through range as needed)

TABLE 3

**EXAMPLES OF TASKS AND PROGRESSIONS
TO IMPROVE SENSORIMOTOR CONTROL
IN NECK DISORDERS**

Item	Progression
Cervical position sense	With laser on headband tilted back, relocate back to neutral head position from all head movements with eyes open
Cervical movement sense	With 13" mirror mounted on headband practice tracing over a pattern placed on the wall, eyes open
Follow	Sitting in a neutral neck position, keeping the head still and the hands in the laps. Bringing the laser light back and forth across the wall, while tilting the laser with the eyes.
Stades	Quickly move and focus on selected dots on a wall
Gesture stability	Maintain! Jiffy on a dot on the wall as therapist passes in front of the patient's trunk and tilt the head/neck

Item	Progression
Cervical position sense	<ul style="list-style-type: none"> • Eyes directed, check open • Relocate to points in range placed on wall, eyes closed, direct eyes open • Increase speed • Perform in standing • Perform on unstable surface
Cervical movement sense	<ul style="list-style-type: none"> • Increase speed • More difficult tilt and intricate pattern • Small fine movements
Follow	<ul style="list-style-type: none"> • Sit with neck in relative neck torsion position • Eyes up and down, H pattern • Increase speed • Increase range of movements • Perform in standing • Perform on unstable surface
Stades	<ul style="list-style-type: none"> • Increase distance • Jittery background such as stripes
Gesture stability	<ul style="list-style-type: none"> • Fill, gaze, close eyes, move head and open eyes, check gaze was maintained • Change the background of the target, plain, stripes, check • Change target into words or a business card • Increase speed • Increase range of motion • Progress from lying to sitting to standing • Perform on unstable surface

Eye-head coordination	Move eyes to a new focus point and then move head in the same direction and return to neutral	<ul style="list-style-type: none"> • Actively move head and eyes together same direction • Move eyes one direction and head opposite direction • Move eyes and head together when peripheral vision restricted • Move eyes, head, neck, and arm with or without vision restricted • Rotate eyes, head, neck, and trunk looking as far behind as possible with or without vision restricted. • Hold a target, keep eyes fixed and move target, head and eyes move together
Balance	Maintain standing position for 30 s	<ul style="list-style-type: none"> • Eyes open then closed • Firm then soft surface • Different stances: comfortable, narrow, tandem, single limb • Walking with head movements—rotation, flexion and extension—maintaining direction and velocity of gait • Performing oculomotor or movement or position sense exercises while balance training

* Adapted from Treleaven et al.¹²⁸

Literatuur

Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: Implications for assessment and management. *J Ortho Sport Ther* 2009;39(5):364-377

Test arteria vertebralis



De a. vertebralis is contralateraal gecompromiteerd. De test is positief bij reproductie van verschijnselen duidend op ischemie in het vertebro-basilaire verzorgingsgebied (duizeligheid, diplopie, dysartrie, dysfagie, drop attacks, nausea (misselijkheid), nystagmus, numbness (gevoelloosheid)).

CAVE: Uit een recente systematische review van Hetting et al. (2013) zijn de pre-manipulatieve tests slecht onderzocht. Er is geen test die voldoende kracht heeft om harde uitspraken te doen.

Literatuur

Hutting N, Verhagen AP, Vijverman V, Keesenberg MDM, Dixon G, Scholten-Peeters GGM. Diagnostic accuracy of premanipulative vertebrobasilar insufficiency tests: A systematic review. *Manual Therapy* 2013;18:177-182

Mitchell J, Keene D, Dyson C, Harvey L, Prueve C, Phillips R. Is cervical spine rotation, as used in the standard vertebrobasilar insufficiency test, associated with a measureable change in intracranial vertebral artery blood flow? *Manual Therapy* 2014 nov;9(4):220-227

Rushton A, Rivett D, Carlesso L, Flynn T, Hing W, Kerry R. International framework for examination of the cervical region for potential of cervical arterial dysfunction prior to orthopaedic manual therapy intervention. IFOMPT 2012

Hoog-cervicale instabiliteitstesten

DESCRIPTION OF UPPER CERVICAL LIGAMENTOUS TESTING^{50,63}		
TABLE		
Test	Description	Result
Alar ligament stress test (FIGURE 2 and ONLINE VIDEO)	Patient is supine and the therapist grips and stabilizes the spinous process of the axis. The head and atlas are then side bent around the coronal axis of the atlantoaxial joint. Ipsilateral rotation of the axis is prevented by the stabilization of the axis. The end feel and the amount of motion are assessed. If the alar ligament is intact, little to no side bending can occur and the end feel should be capsular. The test is then repeated with rotation of the head and atlas on the axis and the end feel is assessed	No excessive motion was noted and the end feel was capsular
Transverse ligament test or anterior shear test (FIGURE 3 and ONLINE VIDEO)	Patient supine with the head supported by a pillow in the neutral position. The therapist supports the occiput in the palms of the hands and the third, fourth, and fifth fingers while the 2 index fingers are placed in the space between the occiput and the C2 spinous process, thus overlying the neural arch of the atlas. The head and C1 are then lifted (sheared) anteriorly together, while the head is maintained in its neutral position and gravity fixes the rest of the neck. The patient is instructed to report any symptoms other than local pain and soreness. The sensation of a lump in the throat or the presence of cardinal signs or symptoms indicates a positive test ^{50,63}	Positive for bilateral lower extremity paresthesias
Sharp-Purser test (FIGURE 4 and ONLINE VIDEO)	The palm of one hand is placed on the patient's forehead and the spinous process of the axis is then gently fixed by a pinch grip of the thumb and fingertip pads of the other hand. The head and neck are then gently flexed. Through palmar pressure on the forehead, the occiput and atlas are translated posteriorly. The unique feature of this test is that the stress component is intended to relieve the symptoms rather than aggravate them. It has also been reported that a clunk may be noted as the atlas reduces on the axis	Relieved lower extremity paresthesias. No excessive motion was noted and no sense of sliding or "clunking" was noted

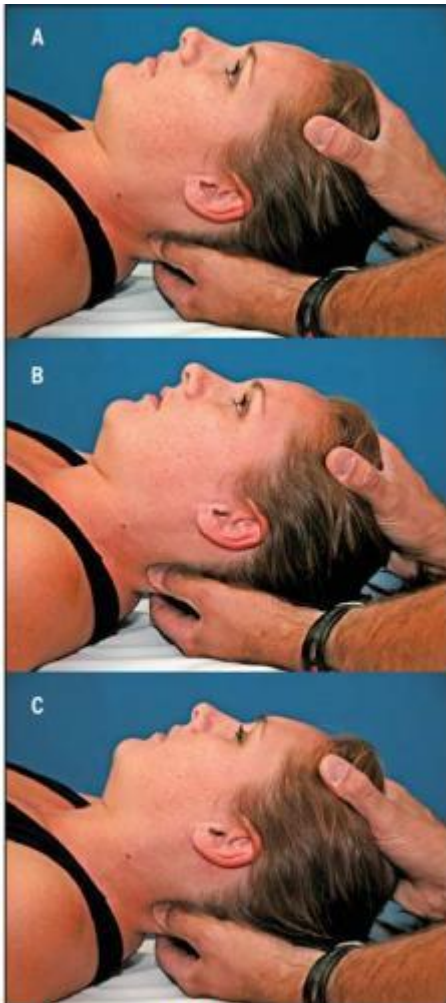


FIGURE 2. Alar ligament stress testing. Spinous process of the axis is stabilized while the head and the atlas are side bent or rotated to assess for excessive movement. (A) Start position; (B) side-bending stress; (C) rotation stress.

Filmpje: http://www.jospt.org/doi/suppl/10.2519/jospt.2008.2747/suppl_file/August2008-Mintken-Video1.mp4

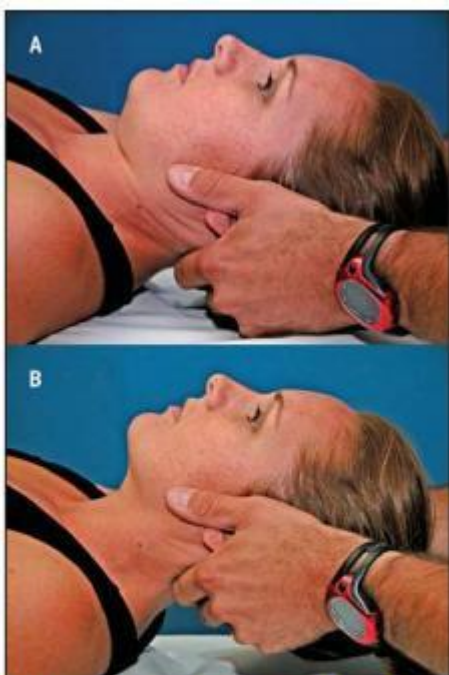


FIGURE 3. Transverse ligament or anterior shear test. The therapist supports the occiput, while the 2 index fingers are placed in the space between the occiput and the C2 spinous process. The head and C1 are then moved anteriorly as a unit on the cervical spine. (A) Start position; (B) end position.

Filmpje: http://www.iospt.org/doi/suppl/10.2519/jospt.2008.2747/suppl_file/August2008-Mintken-Video2.mp4



FIGURE 4. Sharp-Purser test. The palm of one hand is placed on the patient's forehead while the spinous process of the axis is held by a pinch grip of the opposite hand. Then the head and neck are the gently flexed. Through palmar pressure on the forehead, the occiput and atlas are translated posteriorly.

Filmpje: http://www.iospt.org/doi/suppl/10.2519/jospt.2008.2747/suppl_file/August2008-Mintken-Video3.mp4

Literatuur:

Rushton A, Rivett D, Carlesso L, Flynn T, Hing W, Kerry R. International framework for examination of the cervical region for potential of cervical arterial dysfunction prior to orthopaedic manual therapy intervention. IFOMPT 2012

Mintken PE, Metrick L, Flynn T. Upper cervical ligament testing in a patient with os odontoideum presenting with headaches. *J Orthop Sports Phys Ther* 2008;38(8):465-475

Neck Torsion Test

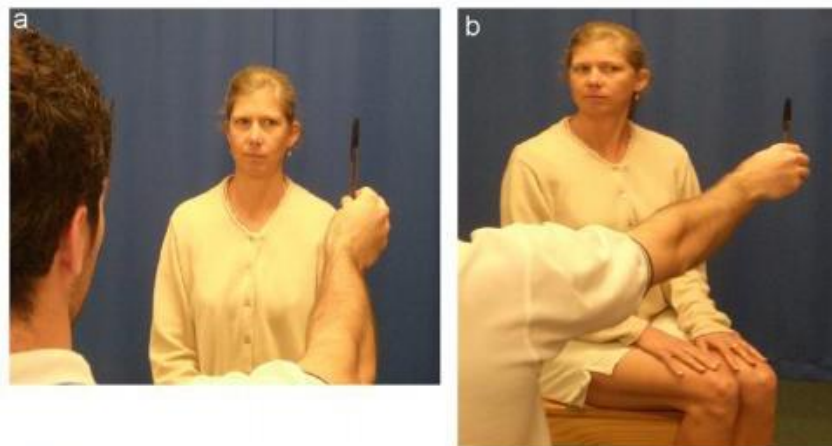


Fig. 5. Eye follow keeping the head still is tested (a) with the neck in a neutral position and repeated (b) with the neck torsioned via trunk rotation. The neck torsion is tested to both the left and right. A deterioration in eye follow in the neck torsion positions, when compared to the neutral position suggests a cervical origin of deficits in eye movement control.

Literatuur

Tjell C, Rosenhall U. Smooth Pursuit Neck Torsion Test: A specific test for cervical dizziness. *American Journal of Otology* 1998 jan;19(1)

Treleaven J, Jull G, LowChoy N. Smooth pursuit neck torsion test in whiplash-associated disorders: relationship to self-reports of neck pain and disability, dizziness and anxiety. *J Rehabil Med* 2005;37:219-223

Tjell C, Tenenbaum A, Sandström S. Smooth pursuit neck torsion test-A specific test for whiplash associated disorders? *Journal of Whiplash & Related Disorders* 2002;1(2):9-24

Treleaven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. *Manual Therapy* 2008;13:2-11

Joint Position Error (JPE)

Performance: The patient sits in front of a wall on a distance of 90cm with a laser attached on a hairband. The starting point of the laser is marked on the wall. The patient performs 1D head motions with the eyes closed and tries to reproduce his neutral head position.

Assessment: Measure the distance between the starting point and the point where the laser stops after the head movement. The critical distance is 7cm. This is also called the 'joint positioning error' (JPE).



Table 1. Details of the Training and Test Protocols Followed for the Cervical JPE and Cervicocephalic Kinaesthesia Head Tracking Tests

Test	Training Protocol	Test Protocol
Cervical JPE test	1 trial each for repositioning following left and right cervical rotation, flexion and extension 4 practice trials in total	10 trials for each repositioning movement Presented in pseudo-randomized sequence 40 test trials in total
Cervicocephalic kinaesthesia head tracking test	3 fixed curve trials each presented once 3 randomly generated curve trials 6 practice trials in total	3 fixed curve trials each presented 3 times 9 randomly generated curve trials All presented in pseudo-randomized sequence 18 test trials in total

Informatie uit het artikel van Kristjanson (2007):

Cervical position sense can be assessed clinically by using a laser pointer mounted onto a lightweight headband. Patients are asked to focus on the natural resting head position for a few seconds, sitting 90 cm away from a wall. With the eyes closed, they actively move the head and then try to come back to the resting position as accurately as possible.

The difference between the starting and resting position of the laser beam on the wall can be measured in centimeters and then converted into degrees ($\text{angle} = \tan^{-1}[\text{error distance}/90 \text{ cm}]$).

Thus an approximately 7.1-cm error distance would translate to a meaningful error of 4.5° (as long as the subject is sitting 90 cm from the wall) and is called the joint position error (JPE).

JPE can be assessed on return from all active cervical movements. Errors of greater than 4.5° are thought to suggest impairment in relocation accuracy of the head-neck.

Patients might also demonstrate jerky or altered movement patterns, overshooting of the position in order to gain more proprioceptive feedback for the task, or “searching” for the position. Occasionally patients will also experience a reproduction of dizziness and/or unsteadiness with the task.

Literatuur

http://www.physio-pedia.com/Cervicogenic_dizziness:_screening

Swait G, Rushton AB, Miall C, Newell D. Evaluation of cervical proprioceptive function. Optimizing protocols and comparison between tests in normal subjects. *Spine* 2007;32(24):E629-E701

Treleaven J. Sensorimotor disturbances in neck disorders affecting postural stability, head and eye movement control. *Manual Therapy* 2008;13:2-11

Treleaven J, Jull G, Sterling M. Dizziness and unsteadiness following whiplash injury: characteristic features and relationship with cervical joint position error. *J Rehabil Med* 2003;35:36-43

Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: Implications for assessment and management. *J Ortho Sport Ther* 2009;39(5):364-377

Revel M, Andre-Deshays C, Minquet M. Cervicocephalic kinesthetic sensibility in patients with cervical pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1991;72:288-291

Roren A, Mayoux-Benhamou MA, Fayad F, Poiraudou S, Lantz D, Revel M. Comparison of visual and ultrasound based techniques to measure head repositioning in healthy and neck-pain subjects. *Man Ther* 2008

Lee H-Y, Teng C-C, Chai H-M, Wang S-F. Test-retest reliability of cervicocephalic kinesthetic sensibility in three cardinal planes. *Man Ther* 2006;11(1):61-68

Strimpakos N, Sakellari V, Gioftos G, Kapreli E, Oldham J. Cervical joint position sense: an intra- and inter-examiner reliability study. *Gait & Posture* 2006 Jan;23(1):22-31

Training JPE

Proprioceptive Training

Exercises included head relocation practice, gaze stability, eye-follow and eye/head coordination exercises. Relocation practice involved the practice of relocating the head back to the natural head posture and to predetermined positions in range, first with eyes open using feedback from a laser attached to their head and then with eyes closed.

All active movements of the cervical spine (flexion, extension, rotation, and lateral flexion) were used. Oculomotor exercises were progressed through several stages, commencing with eye movement with the head stationary, progressing to movements of the head with visual fixation on a target.

Eye/head coordination exercises commenced with rotation of the eyes and head to the same side, in both left and right directions. Subsequently, the patient practiced leading with the eyes first to a target, followed by the head, ensuring the eyes keep focused on the target. As a further progression, the eyes were moved first, then the head, to look between two targets positioned horizontally of vertically, and finally, the eyes and head were rotated to the opposite side, in both the left and right directions. Exercises were further progressed by increasing the speed and range of movement and/or alteration of the visual target.

Craniocervical Flexion Training

The low load training of the craniocervical flexor muscles followed the protocol described by Jull et al. This exercise targets the deep flexors of the upper cervical region, the longus capitis, and colli, rather than the superficial flexors, sternocleidomastoid, and anterior scalene muscles, which flex the neck but not the head. The patient was instructed to perform and hold progressively inner ranges of C-CF while trying to keep the superficial flexors relaxed. Patients were first taught to perform a slow and controlled C-CF movement. They then trained to be able to statically hold progressively increasing inner ranges of C-CF. Subjects were guided to the increasing inner range positions through visual feedback gained from the dial of an air-filled pressure sensor placed behind the neck, which monitors the slight flattening of the lordosis.

Conclusion

The results of this study indicate that both proprioceptive training and C-Cf training are efficacious in improving cervical JPE after a 6-week training period, albeit that there were some marginally greater benefits with the proprioception training protocol.

Literatuur

Jull G, Falla D, Treleaven J, Hodges P, Vincenzo B. Retraining cervical joint position sense: The effect of two exercise regimes. *J Orthop Res* 2007;25:404-412

Jull GA, Falla DL, Vicenzino B, Hodges PW. The effect of therapeutic exercise on activation of the deep cervical flexor muscles in people with chronic neck pain. *Manual Therapy* 2009;14:696-701

Oefenprogramma El-Hamalawy

El-Hamalawy heeft in 2011 een studie gepubliceerd naar oefentherapie voor het verminderen van een forward-head posture bij patiënten (N=15, allemaal vrouwen) met een myogene TMD. De oefentherapie bestond uit 1) houdingstraining, 2) het trainen van de kracht van de diepe cervicale flexoren, 3) het trainen van de scapula retractoren, 4) het rekken van de suboccipitale musculatuur, 5) het rekken van de m. pectoralii.

Haar resultaten bestonden uit een vermindering van VAS (pijn) van gemiddeld $7.4 \pm .75$ pre-behandeling naar 2.3 ± 1.5 post-behandeling. De mondopening verbeterd van 24.9 ± 2.2 pre behandeling naar 41.2 ± 2.7 post-behandeling.

Voor meer informatie zie: http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0708/008_6307am0708_71_77.pdf

Literatuur

El-Hamalawy FA. Forward head correction exercises for management of myogenic temporomandibular joint dysfunction. *Journal of American Science* 201;7(8)

Vragenlijsten dystonie

De volgende vragenlijsten zijn bekend

- Tsui Torticollis Rating Scale
- Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS)
(<http://www.kfshrc.edu.sa/mdp/doc/TWSTRS.pdf>)
- Dyskinesie Impairment Scale (DIS)

Geen van deze vragenlijsten is naar het Nederlands vertaald. Uit een studie van Jost, Hefter, Stenner & Reichel (2012) blijkt dat zowel de Tsui Torticollis Rating Scale en de TWSTRS niet alle aspecten van de aandoening dystonie behelzen. Zij concluderen dat er verder onderzoek noodzakelijk is naar een valide en betrouwbaar instrument.

De DIS is door Monbaliu et al. (2012) gevalideerd voor kinderen en jongeren met hersenverlamming.

In een artikel van Crowner (2007) zijn de Tsui Torticollis Rating Scale en de TWSTRS te vinden met extra informatie voor de diagnostiek en behandeling.

Literatuur

Jost WH, Hefter H, Stenner A, Reichel G. Rating scales for cervical dystonie: a critical evaluation of tools for outcome assessment of botulinum toxin therapy. *J Neural Transm* 2013;120:487-496

Monbaliu E, Ortibus E, de Cat J, Dan B, Heyrman L, Prinzie P, de Cock P, Feys H. The Dyskinesie Impairment Scale: a new instrument to measure dystonia and choreoathetosis in dyskinetic cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2012;54:278-283

Crowner BE. Cervical dystonia: Disease profiel and clinical management. *Phys Ther* 2007;87:1511-1526

Behandeling dystonie

Volgens het 'Gele boekje – Dystonie ziektebeelden en behandelingen' (2009) richt fysiotherapie zich onder andere op het verminderen van spierkrampen, het aanleren van een correcte stand van het hoofd en zonodig vermindering van de pijn. Het belangrijkste doel van fysiotherapie is echter preventie van een toenemende scheven stand van het hoofd met als gevolg contractuurvorming. Bij de fasische of myoclonische vorm ligt de nadruk op immobilisatie van het hoofd en relaxatie van de musculatuur.

Bij de tonische vorm op het revalideren van de corrigerende spieren.

Bij de revalidatie wordt uitgegaan van het trainen van de antagonisten, handhaving van neutrale hoofdposities en vrijwillig gecontroleerd bewegen in ADL situaties.

In een thesis van Larsen en Reck (2010) wordt een review gegeven van de behandelvormen op dit moment en hun effectiviteit. Zij vonden dat fysiotherapeutische interventie effectief kan zijn in de behandeling van dystonie. Er was vooral bewijsmateriaal voor spier versterkende oefeningen, spierrekkingen en sensorische tricks.

Zie ook: http://www.dystonievereniging.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=13

Literatuur

De Vries JJ, Bleton J-P, Becher JG. Gele boekje – Dystonie ziektebeelden en behandelingen. 6e druk, juni 2009

Larsen K, Reck E. Do patients with focal dystonia benefit from physiotherapy? Bachelor thesis 2010, Hogeschool van Amsterdam

Evidence-based oefenprogramma Gross et al

Het "evidence based" Nek oefenprogramma

De therapeutische oefeningen in dit programma zijn dus geselecteerd uit klinische "trials" voor mensen met chronische nekpijn en geselecteerd voor de acute fase. Het kiezen van een aantal van deze oefeningen mag geen recept zijn voor de behandeling. Duidelijk moet zijn dat het oefenprogramma individueel moet worden afgestemd op basis van een voorafgaand klinisch onderzoek. De zwaarte van de oefeningen in het programma wordt in 3 fasen opgebouwd.

Specifiek Nek	Oefening Nummer	Gebruik van:	Belasting (pijnvrij of weinig pijn)	Rep	Set	Freq.	Duur
Craniocervicaal flexoren	1	Pressure biofeedback	3 niveaus mmHg	10	1	3/wk	5 min
isometrische	7,8	Hoofd gewicht/eigen weerstand	Pijnvrije gebied	20	3		15 min
isotonisch	15,16,17,18	Elastischeband	Geel/Rood (0,5-1,0 kg)	20	3		20 min
Houding/Armen							
Isotonisch	3,4,5,6	Elastischeband	Geel/Rood (0,5-1,0 kg)	20	3	3/wk	12 min
Romp							
Isotonisch	13,14	Elastischeband	Groen/blauw (2 kg)	20	3	3/wk	12 min
Rek							
Specifiek Nek		n.v.t.	n.v.t.	3	1	Dagelijks	10 min
Specifiek Romp	9,10	n.v.t.	n.v.t.	3	1	Dagelijks	5 min

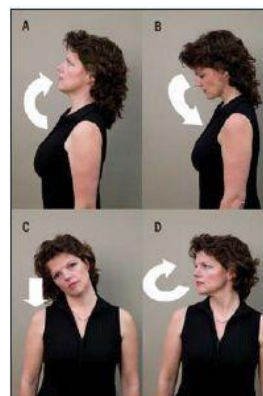
Oefening: 1 Kenmerk: Fase I: Craniocervicale flexie

Omschrijving: Start met pressure biofeedback opgeblazen tot 20 mmHg. Zorg dat je voorhoofd en kin recht liggen, knik het hoofd, de grote nekspieren blijven ontspannen, breng de druk naar 22 mmHg. Werk naar 10 seconden vasthouden. Bouw stapsgewijs de oefening op naar 24, 26 en 28 mmHg.



Oefening: 2 Kenmerk: Fase I: Nek actief mobiliseren

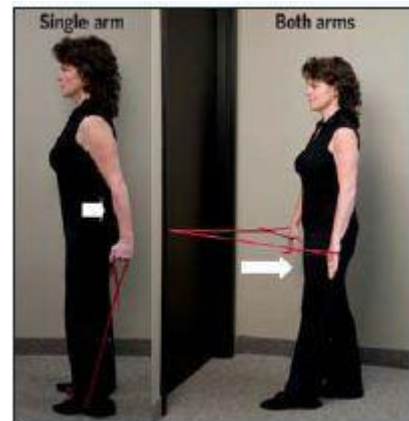
Omschrijving: Start met hoofd neutraal. Stel nek, buik en schouderbladen in. A Hoofd achterover B Hoofd voorover C Hoofd zijwaarts rechts en links D Draai hoofd links en rechts



Oefening: 3 Kenmerk: Fase I: Retrofl. schouder tegen weerstand
Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens: beweeg arm naar achteren terwijl je de ellebogen gebogen houdt



Oefening: 4 Kenmerk: Fase I: extensie tegen weerstand
Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens: beweeg armen naar achteren, ellebogen gestrekt



Oefening: 5 Kenmerk: Fase I: Shrugs
Omschrijving: stel nek, buik, schouderbladen in, vervolgens: spreid licht armen en haal schouder minimaal op



Oefening: 6 Kenmerk: Fase I: Buigen elleboog tegen weerstand
Omschrijving: Stel nek, buik, schouderbladen in, vervolgens: A buig ellebogen B Streck ellebogen (niveau 1) C Streck ellebogen (niveau 2)



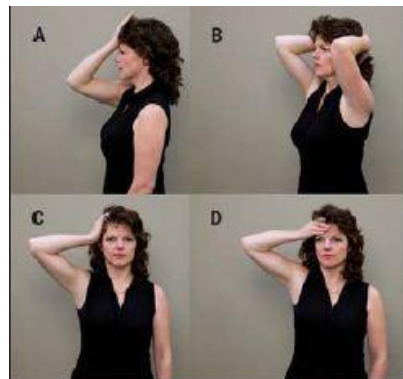
Oefening: 7 Kenmerk: Fase II, Hoofd optillen

Omschrijving: Start met hoofd in neutrale positie, knik het hoofd en til het hoofd op, terwijl je de kin ingetrokken houdt. deze positie 5 tot 10 seconden vasthouden en leg vervolgens het hoofd rustig terug



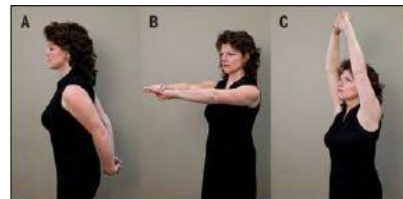
Oefening: 8 Kenmerk: Isometrische nek kracht

Omschrijving: Plaats je hand tegen het hoofd en geeft weerstand aan
A Hoofd buiging B Hoofd achterover C Hoofd zijwaarts D Hoofd draaien 5 tot 10 seconden vasthouden



Oefening: 9 Kenmerk: Fase II, Schouder rekoefeningen

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens A. Handen samen achter op de rug en vouw schouderbladen samen B Armen gestrekt vooruit en reik verder totdat rek tussen schouderbladen ontstaat C. Reik met armen achterover



Oefening: 10 Kenmerk: Fase II, Schouder rek

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens A met ellebogen op schouderhoogte leun naar voren in de hoek totdat je rek voelt aan de voorzijde van de borst. B met de ellebogen op ooghoogte totdat rek ontstaat 20 seconden vasthouden



Oefening: 11 Kenmerk: Fase II, Transverse abdominus

Omschrijving: A. Verhoog de spanning in buikspieren. Trek als het ware je buik in. 10 seconden B. Beweeg in 10 seconden 1 knie naar buiten en houdt controle over de stand van de onderrug



Oefening: 12 Kenmerk: Fase II, Wall slide

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens schuif langs de muur naar beneden tot de knieën 45 graden gebogen zijn. Opbouwen tot je 2 minuten deze stand kan volhouden



Oefening: 13 Kenmerk: Fase III, hug a tree

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens hug a tree. Zie foto



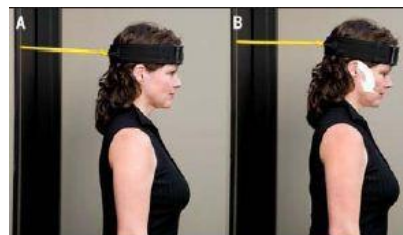
Oefening: 14 Kenmerk: Fase III, Reverse fly

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens voer een reverse fly uit. Zie foto



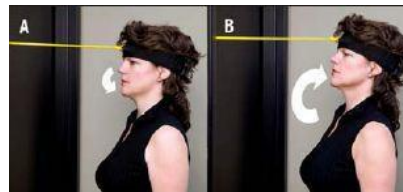
Oefening: 15 Kenmerk: Fase III, Flexie tegen weerstand

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens A. Knik hoofd B. Hoofd naar voren tegen weerstand



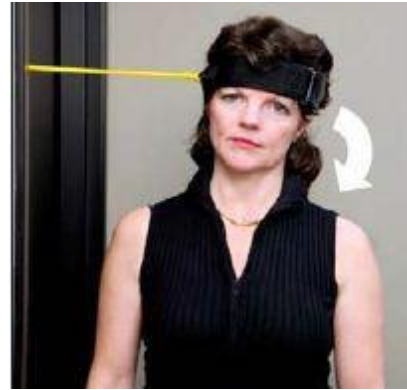
Oefening: 16 Kenmerk: Fase III,4 Extensie tegen weerstand

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens A. Knik hoofd eerst B. dan hoofd naar achteren. Accent ligt op de lage nek



Oefening: 17 Kenmerk: Fase III, zijwaarts tegen weerstand

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens Hoofd zijwaarts tegen weerstand



Oefening: 18 Kenmerk: Fase III, Rotatie hoofd tegen weerstand

Omschrijving: Stel nek, buik en schouderbladen in, vervolgens draai hoofd tegen weerstand

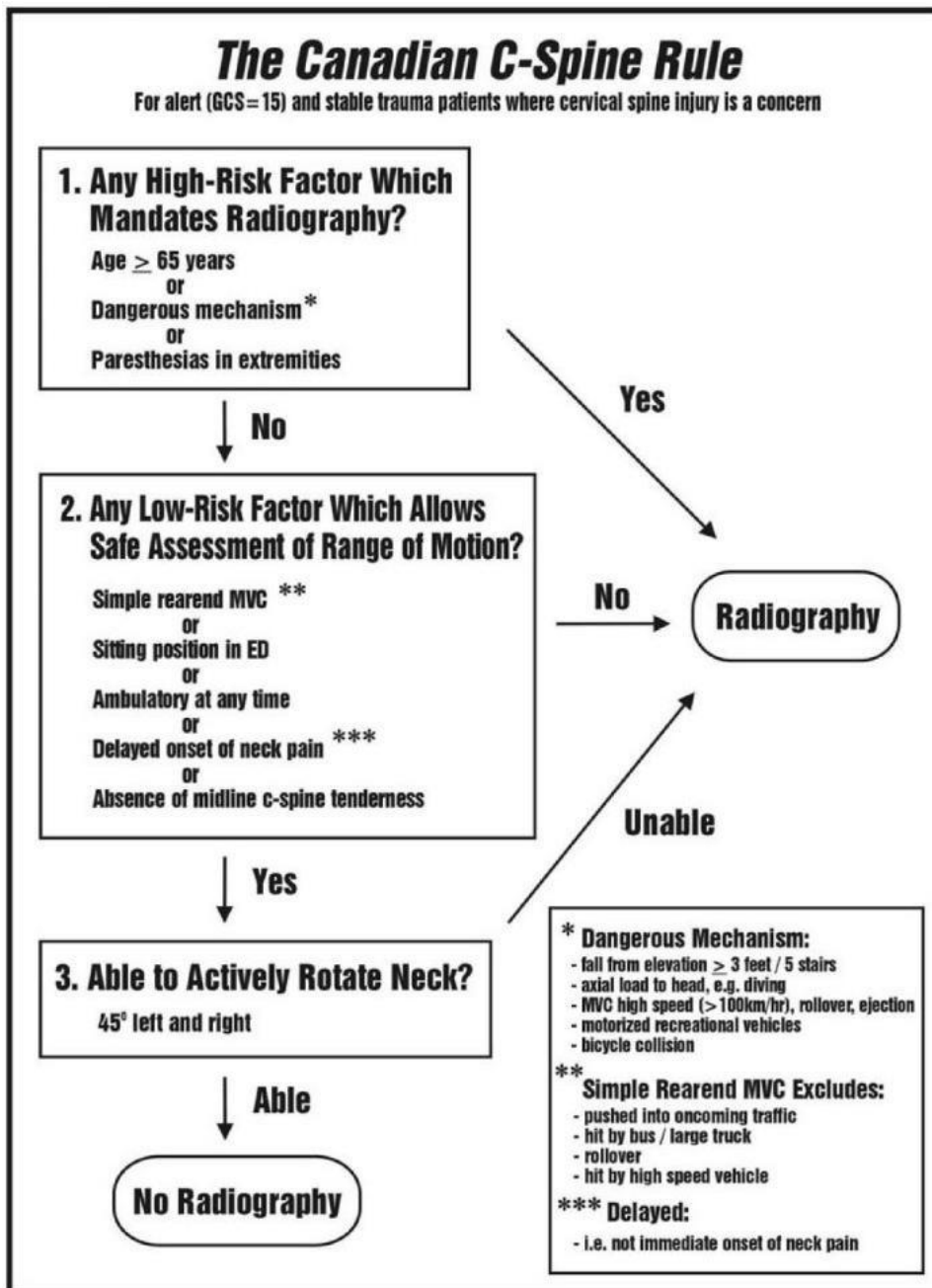


Literatuur

<http://oefeningen.mtchuizen.com/chronischenekII.php>

Gross AR, Haines T, Goldsmith CH, Santaguida L, McLaughlin LM, Peloso P, Burni S, Hoving J. Cervical overview group (COG). Knowledge to action: A challenge for neck pain treatment. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(5):351-363

Canadian C-Spine Rules



Literatuur

Canadian CT Head and C-Spine (CCC) Study Group. Canadian C-Spine Rule study for alert and stable trauma patients: I. Background and rationale. *CJEM* 2002 Mar;4(2):84-90

Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, Brison R, Schull MJ, Rowe BH, Worthington JR, Eisenhauer MA, Cass D, Greenberg G, MacPhail I, Dreyer J, Lees JS, Bandiera G, Reardon M, Holroyd B, Lesiuk H, Wells GA. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med* 2003 Dec;349(26):2510-8

Bandiera G, Stiell IG, Wells GA, Clement C, De Maio V, Vandemheen KL, Greenberg GH, Lesiuk H, Brison R, Cass D, Dreyer J, Eisenhauer MA, Macphail I, McKnight RD, Morrison L, Reardon M, Schull M, Worthington J; Canadian C-Spine and CT Head Study Group. De Canadian C-spine rule performs better than unstructured physician judgement. *Ann Emerg Med.* 2003 Sep;42(3):395-402

Cluster van Wainner voor cervicale radiculopathie

Het cluster van Wainner is een clinical prediction rule voor cervicale radiculopathie. Dit cluster bepaalt de voorspellende waarde voor de aanwezigheid van een radiculopathie in de CWK.

Het cluster bestaat uit 4 losse testen:

- Actieve rotatie CWK
 - o (filmpje: https://www.youtube.com/watch?v=oj_Af0D4FSg)
- ULTTa
 - o (filmpje: <https://www.youtube.com/watch?v=9LrIo9YYehQ>)
- Spurling's compressie test a
 - o (filmpje: <https://www.youtube.com/watch?v=3AlqxRrsCB4>)
- Distractie test
 - o (filmpje: https://www.youtube.com/watch?v=m_4iQsug9m4)

Bij een rotatie van minder dan 60° is de actieve rotatie positief.

De ULTTa is positief bij a) reproductie van de symptomen, b) een verschil van >10 graden bij extensie van de elleboog bij vergelijking van links-rechts, c) wanneer de aangedane/pijnlijke zijde een lateroflexie van de nek naar ipsilateraal de klachten verergerd en/of bij contralaterale lateroflexie de klachten minder worden.

De Spurling is positief wanneer de symptomen van de patiënt verergerd worden.

De Distractie is positief wanneer de symptomen van de patiënt verminderd worden.

Diagnostic values of results (95% Confidence Intervals) are as follows:

Number of Positive Criteria	Sensitivity	Specificity	Pos LR	Neg LR*
Two	0.39 (0.16-0.61)	0.56 (0.43-0.68)	0.88 (1.5-2.5)	1.09
Three	0.39 (0.16-0.61)	0.94 (0.88-1.0)	6.1 (2.0-18.6)	0.65
Four	0.24 (0.05-0.43)	0.99 (0.97-1.0)	30.3 (1.7-538.2)	0.77

(Table adapted from Wainner et al 2003. Pos LR = positive likelihood ratio. Neg LR = negative likelihood ratio. *Calculated from Sn and Sp values provided in Wainner et al 2003.)

Literatuur

http://www.physio-pedia.com/CPR_for_Cervical_Radiculopathy

Wainner RS, Irrgang JJ, Boninger ML, Delitto A, Allison S. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine* 2003;28(1):52-62

Waldrop MA. Diagnosis and treatment of cervical radiculopathy using a clinical prediction rule and a multimodal intervention approach: a case series. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006;36(3):152-159

Onderzoek hersenzenuwen

Nummer van de hersenzenuw	Naam	Functie	Onderzoek
I	Olfactorius	Reuk	Voorwerpen met een zeer specifieke geur (bijvoorbeeld zeep, koffie of kruidnagel) worden ter herkenning onder de neus gehouden
II	Opticus	Zien	Een onderzoek van het vermogen om voorwerpen van dichtbij en veraf te zien en het vermogen om voorwerpen of beweging vanuit de ooghoeken waar te nemen (perifeer zicht).
III	Oculomotorius	Beweging van het oog naar beneden en naar binnen	Een onderzoek van het vermogen om omhoog, omlaag en naar de neus te kijken; het bovenste ooglid wordt gecontroleerd op omlaag hangen (ptosis).
IV	Trochlearis	Beweging van het oog naar beneden en naar binnen	Een onderzoek van het vermogen om elk oog vanuit een naar boven en naar buiten gerichte stand naar beneden of naar binnen te bewegen.
V	Trigeminus	Gevoel en beweging van het gezicht	Een onderzoek van het gevoel in betreffende delen van het gelaat en van zwakte of verlamming van de spieren die het vermogen van de kaak regelen om de tanden te laten knarsen.
VI	Abducens	Zijwaartse oogbewegingen	Een onderzoek van het vermogen om het oog voorbij de middellijn zijwaarts te draaien, zowel spontaan als tijdens het kijken naar een doel.
VII	Facialis	Gezichtsbevingen	Een onderzoek van het vermogen om de lippen te tuiten of een glimlach te maken.
VIII	Vestibulocochlearis	Gehoor en evenwicht	Gehoor wordt getest met een stemvork *), evenwicht wordt getest door de persoon voet-voor-voet langs een rechte lijn te laten lopen.
IX	Glossopharyngeus	Keelfunctie	De stem wordt gecontroleerd op heesheid. Het slikvermogen wordt getest en de positie van de huid, midden achterin de keel, wordt gecontroleerd terwijl de persoon 'àà' zegt.
X	Vagus	Slikken, hartslag	De stem wordt gecontroleerd op heesheid en neusklank en het slikvermogen wordt getest.
XI	Accessorius	Beweging van de nek en bovenste deel van de rug	De schouders worden opgetrokken en gecontroleerd op zwakte of ontbreken van beweging.
XII	Hypoglossus	Tongbeweging	De tong wordt uitgestoken en gecontroleerd op een afwijking (deviatie) naar een van beide zijden.

*) stemvorktesten n. VIII

* **Rinne:** de stemvork wordt aangeslagen en bij het oor gehouden. Hierna wordt de stemvork achter het oor op het rotsbeen (mastoïd) geplaatst. Hierdoor wordt via beengeleiding de gehoorgang en het middenoor omzeild. Als je de stemvork achter het oor zachter hoort, heb je een perceptief gehoorverlies (de Rinne test is positief). Hoort je de stemvork achter het oor beter, dan heb je een geleidingsverlies (de Rinne test is negatief).

Weber: deze test wordt na de Rinne test uitgevoerd en geeft een vergelijking van beide oren. De stemvork wordt midden op het hoofd geplaatst en er wordt gevraagd in welk oor je het geluid hoort. Rechts, links of gewoon in het midden. Het geluid gaat naar het oor met het geleidingsverlies (het "slechte" oor) of weg van het oor met het perceptief verlies (het "beste" oor). Bij een perceptief verlies hoor je het geluid dus in het beste oor en bij een geleidingsverlies in het slechte oor. Deze test is alleen bruikbaar bij een asymmetrisch gehoorverlies. Hoort je in beide oren evenveel, dan zal je het geluid in het midden horen.

Als de Rinne test negatief was (geleidingsverlies) en je hoort bij de Weber test het geluid het best in datzelfde oor, dan geeft dat een extra bevestiging van een geleidingsverlies. Had je een positieve Rinne (perceptief verlies) in beide oren en je hoort bij de Weber test het geluid beter in één oor, dan heb je een asymmetrisch perceptief verlies.

Literatuur

<http://www.merckmanual.nl/mmhenl/sec06/ch096/ch096a.html>

O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk GD. Examination of Vital Signs. In: Physical Rehabilitation, 6th ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2014: Chapter 2

Ontspanningsoefeningen (Jacobsen, Schultz, Dixhoorn, Mitchell)

Progressieve relaxatie (Jacobsen)

Voor meer informatie over de ontwikkeling en achtergronden over de methode van Jacobsen, zie <http://www.psychfysio.nl/mcguigan1993/>

Voor instructies, mp3's en luisterfragment, zie <http://www.hartenvaatgroep.nl/dagelijks-leven/stress-en-hart-en-vaatziekten/ontspanningsoefeningen.html> en <http://in-balans-met-onrust.blogspot.nl/2012/01/progressieve-spierontspanning-jacobson.html> en http://detjoklat.nl/?page_id=1507

Autogene training (Schultz)

Voor meer informatie over de ontwikkeling en achtergronden (en oefeningen) over de methode van Schultz, zie <http://www.psychfysio.nl/linden1993/>

Voor een werkschrift autogene training (2009), zie <http://www.nibbeling.net/download/AT.pdf>

Methode van Dixhoorn

Voor meer informatie over de ontwikkeling en achtergronden over de methode van Dixhoorn, zie http://www.wikifysio.nl/index.php/Adem-en_ontspanningstherapie_in_de_methode_van_Dixhoorn

Op de site

http://www.methodevandixhoorn.com/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28 zijn artikelen te vinden voor o.a. de effectiviteit van de methode van Van Dixhoorn.

Op de volgende site zijn mp3's en pdf's te downloaden met daarbij de oefeningen volgende de methode van Van Dixhoorn, <http://ademenontspanningstherapie.nl/?p=144>

Methode Laura Mitchell

Deze methode is gebaseerd op het principe van reciproke inhibitie, ontspanning door aanspanning van de antagonistische musculatuur. Deze methode wordt in de praktijk vaak samen gedaan met de methode van Jacobsen. Een voorbeeld van ontspanning op deze manier volgt hieronder, dit is gehaald uit het boek 'Bekkenbodembodem fit – voorkómen en verminderen van bekken(bodem)klachten, begeleiding door de fysiotherapeut'.

Ontspanning door aanspannen en ontspannen

Vaak worden de methoden van Jacobson en Mitchell gecombineerd om goed het verschil te voelen tussen aanspanning en ontspanning. Het doel is steeds minder spanning te gebruiken, zodat je ook gedurende de dag gaat voelen dat je de hele tijd niet te veel spanning in je spieren zit, staat en beweegt. Bij steeds aanspannen (verkramp zijn) heeft het lichaam zich zodanig aangepast dat het niet meer signaleert dat je bijvoorbeeld met te gespannen schouders loopt of te veel spanning in je buik of je bekkenbodembodem hebt.

Doel van deze gecombineerde oefening:

- Het verschil leren voelen tussen spierspanning en spierontspanning door afwisselend aanspannen en loslaten, waarbij geprobeerd wordt het verschil te voelen (Jacobson).
- Een contractie van een spiergroep geeft reciproke ontspanning van de antagonisten van deze spiergroep (Mitchell).
- Er is een opbouw van kleinere naar grotere spiergroepen, tot en met het hele lichaam.

Ontspanningsoefening door aanspannen, voelen, ontspannen (vrij naar Jacobson, Mitchell)

Lig (of zit) ontspannen in een voor jou zo ontspannen mogelijke uitgangshouding.

- Beweeg: buig je vingers van je rechterhand, knijp je hand tot een vuist, pols naar binnen gedraaid. Houd de spanning enkele seconden vast.
- Voel: spanning in je vingers, hand, pols.
- Beweeg: strek je vingers van je rechterhand, strek je hand en buig je pols naar achteren.
- Voel: spanning in je vingers, hand, pols.
- Stop: laat deze spanning los.
- Voel: het verschil.
- Ontspannen: niet te veel gebogen en niet te veel gestrekt, middenpositie.

Dit doe je daarna eveneens voor:

- elleboog: buigen, strekken, stop, voel verschil;
- schouder: hoog optrekken, omlaag duwen, stop, voel verschil;
- daarna met links;
- nek: draai naar rechts, draai naar links, stop, voel verschil;
- tenen, voet (rechts): buigen, optrekken, stop, voel verschil;
- enkel: naar links, naar rechts, stop, voel verschil;
- knie: buig strak, overstrek, stop, voel verschil;
- heup: buig, strek, draai naar links, draai naar rechts, stop, voel verschil;
- daarna met links;
- hoofd: maak een onderkin, druk je hoofd rechts achterover in de mat, stop, voel verschil;
- mond: wijd open, strak dichtklemmen, stop, voel verschil;
- ogen: wijd opensperren, stijf dichtknijpen, stop, voel verschil.

Na afloop vragen: hoe lig (zit) je nu? Is dit anders dan toen je begon? Voel je dat je nu ontspannen ligt? Hoe lag je daarnet? Was dat dus wel zo ontspannen? Merk je het verschil?

Effectiviteit ontspanningsoefeningen

Uit een systematische review van Tabben & Konijn (2009) wordt geconcludeerd dat:

- Autogene training effectief is bij angst (niet aan pijn gerelateerd) op de korte en lange termijn. Daarnaast is het effectief bij spanningshoofdpijn en is het aannamelijk dat het werkt bij migraine en somatoforme pijn.
- Progressieve relaxatie is effectiever in het verlagen van pijngerelateerde angst dan autogene training en/of andere ontspanningstechnieken. Progressieve relaxatie is effect bij angst en stress op de korte termijn en vermindert pijngewaarwording op de korte termijn.
- De methode van Mitchell doet niet onder voor progressieve relaxatie. Er is nog onvoldoende onderzoek naar deze therapie gedaan.

Een systematische review van Medlicott & Harris (2006) geeft aan dat relaxatie technieken waarschijnlijk meer effectief zijn dan placebo of occlusale splints bij TMD. De resultaten van deze studie moeten echter voorzichtig worden geïmplementeerd aangezien er veel problemen zijn met de geïncludeerde studies (o.a. hoe TMD wordt gedefinieerd, het niet gebruiken van betrouwbare en valide meetinstrumenten).

Literatuur

Hentzepeter-van Ravensberg HD. Oefenen: ademhaling en ontspanning. In: Bekkenbodemit. Voorkómen en verminderen van bekken(bodem)klachten. Begeleiding door de fysiotherapeut. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2011, hoofdstuk 8

McGuigan FL, Lehre PM. Progressive relaxation: origins, principles, and clinical applications. In: Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (Eds), Principles and practice of stress management, 3rd ed 2007 (pp 57-87). The Guilford Press: New York

<http://www.psychfysio.nl/mcguigan1993/>

Linden W. Autogenic training method of J.H. Schultz. In: Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (Eds), Principles and practice of stress management, 3rd ed 2007 (pp 151-134). The Guilford Press: New York

Van Dixhoorn J. Whole-Body Breathing: A systems perspective on respiratory retraining. In: Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE (Eds), Principles and practice of stress management, 3rd ed 2007 (pp 291-332). The Guilford Press: New York

Tabben N, Konijn A. The effectivity of progressive relaxation, autogenic training en Mitchell method for anxiety disorders, stress, and pain (including headache): A systematic review with meta-analysis. 2009, Hogeschool van Amsterdam.

Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther* 2006;86:955-973

SCREEN

Deel I

Wilt u de volgende persoonsgegevens invullen? Datum:

Naam (met voorletters): 0 man 0 vrouw

Geboortedatum: telefoonnr. 0.....-

Adres : postcode:

Woonplaats :

Verzekerd bij :

-burgerlijke staat: 0 alleenstaand 0 gehuwd / samenwonend
0 gescheiden 0 weduwe / weduwnaar

-uw beroep?

Wat zijn uw voornaamste klachten? (in volgorde van belangrijkheid) Wanneer ontstaan?

1
2
3
4

Hieronder staan een aantal symptomen vermeld. Kunt u aangeven in welke volgorde uw symptomen zijn ontstaan? U doet dit door de symptomen te nummeren. Het symptoom dat zich het eerste voordeed geeft u een "1", het symptoom dat daarna ontstond geeft u een "2" en zo verder tot alle symptomen die u heeft (en heeft gehad) zijn genummerd.

... wijd open blijven staan van de mond ... blokkeren van de kaken
... knappen van de kaken ... pijn bij bewegen van de kaken
... kraken/ schuren van de kaken ... bewegingsbeperking van de onderkaak

Bent u al eerder behandeld voor de klachten waarvoor U nu advies en/ of behandeling vraagt:

0 ja 0 nee

-Zo ja, door wie?

0 tandarts 0 kaakchirurg
0 huisarts 0 logopedist
0 fysiotherapeut 0 keel-, neus- en oorarts
0 psycholoog 0

Welke therapie?

0 spalk
0 inslijpen
0 oefeningen
0

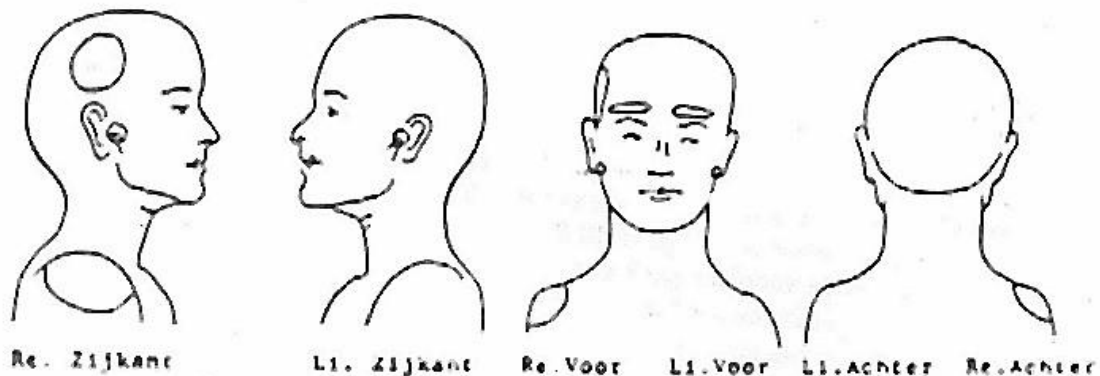
Zijn er al röntgenfoto`s gemaakt van uw kaakgewricht(en)? 0 ja 0 nee

Veel aandoeningen veroorzaken pijnklachten. De plaats waar men pijn voelt kan informatie verschaffen over de mogelijke oorzaak van de pijn. Het is daarom van belang, dat de fysiotherapeut precies te weten komt waar u regelmatig pijn heeft Er volgt nu een aantal vragen die betrekking hebben op eigenschappen van pijnklachten in de kaak, het hoofd, de nek en de schouder.

Mocht u geen pijnklachten hebben in deze gebieden, dan kunt u doorgaan naar blz. 6, deel II.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de plaatsen waar u regelmatig pijn voelt, wordt gebruik gemaakt van tekeningen zoals die hieronder staan afgebeeld. Hieronder staan de voorkant, de achterkant, de linker en rechter zijkant van het hoofd, de nek en de schouder weergegeven. Op deze tekeningen kunt u precies aangeven waar u regelmatig pijn voelt. Voor de duidelijkheid volgt hier eerst een eenvoudig voorbeeld. Op onderstaande tekeningen is aangegeven hoe u duidelijk kunt maken, dat u (bijvoorbeeld) regelmatig pijn heeft in een klein gebied boven de ogen, vaak een drukkend pijnlijk gevoel heeft aan de rechter zijkant van uw hoofd en ook regelmatig pijn voelt in uw rechter schouder en uw kaakgewrichten.

Voorbeeld: pijn boven beide ogen aan de zijkant van het hoofd, in de rechter schouder en in de kaakgewrichten.



Om duidelijk te maken waar u regelmatig pijn voelt gebruikt u de tekeningen op het volgende blad. Op deze tekeningen geeft u alle plaatsen aan waar u regelmatig pijn voelt, of die regelmatig gevoelig zijn. Het is belangrijk dat u deze plaatsen zo nauwkeurig mogelijk omcirkelt.

Let u erop dat u links en rechts niet door elkaar haalt.

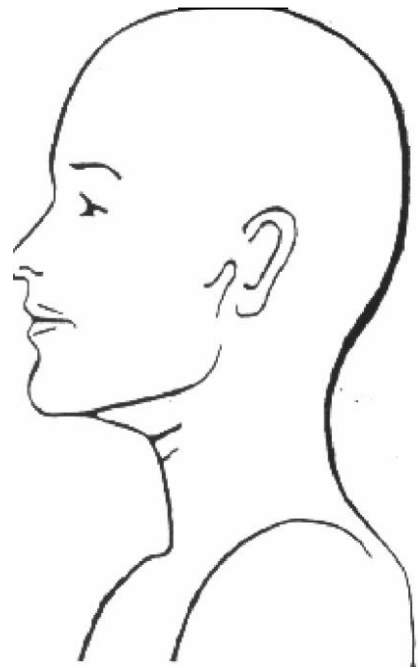
Wilt u in het gebied waar u meestal de ergste pijn heeft, het nummer "1" zetten; als deze pijn vrijwel altijd samen gaat met pijn van dezelfde intensiteit in één of meer andere gebieden, dan moet u ook in deze gebieden een "1" zetten.

Hierna zet u in het gebied waar de pijn meestal iets minder erg is, het nummer "2"; gaat deze pijn samen met pijn of gevoeligheid van dezelfde intensiteit in andere gebieden, dan zet u ook in die gebieden het cijfer 2. Op deze manier gaat u door totdat u alle plaatsen die regelmatig pijnlijk of gevoelig zijn van een nummer heeft voorzien.

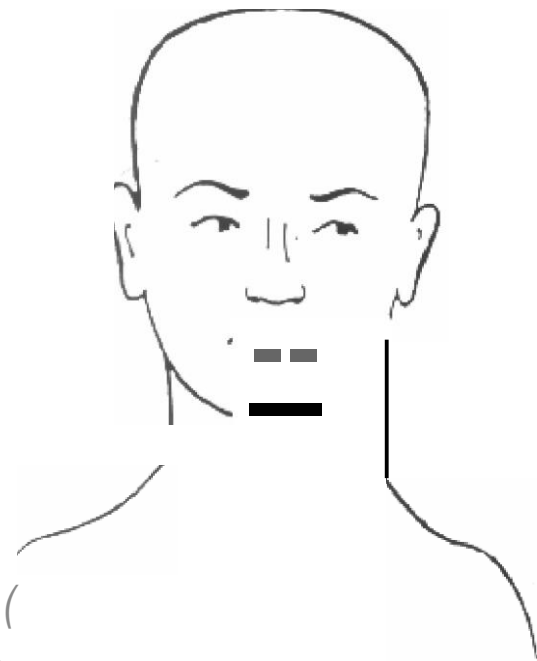
Alléén over de gebieden waar u de ergste pijn ervaart (gebied "1") worden op bladzijde 4 en 5 een aantal vragen gesteld.



l.l. Z.IJKANT

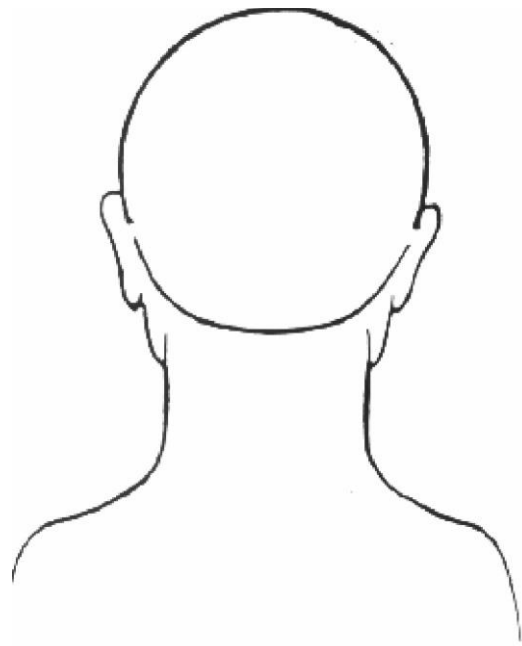


l.l.- HJKM,"T



R.E. VOOR

l.l • V-0011.



t.l. ACm:u.

LE. ACHTER

Gebied 1

Om een goede indruk te krijgen van de mate waarin u pijn heeft maken wij onder meer gebruik van een horizontale lijn, waarop u kunt aangeven hoe erg de pijn is in het betreffende gebied. U kunt dit doen door ergens tussen beide eindpunten ("géén pijn" "de meest intense pijn die u zich kunt voorstellen") een verticaal streepje zetten.

Voorbeeld:

Geen pijn _____ / _____ Meest intense pijn

1. Wilt u nu op de onderstaande lijn de mate van uw pijn in gebied "1" aangeven?

Geen pijn _____ Meest intense pijn

2. Hoelang duurt de pijn meestal? 0 enkele sec 0 enkele min 0 een kwartier 0 een uur
 0 enkele uren 0 een dag 0 langer

3. Hoe vaak heeft u op deze plaats pijn? 0 altijd 0 een of enkele keren per dag
 0 een of enkele keren per week
 0 een of enkele keren per maand
 0 minder vaak

4. Hoelang heeft u deze pijnklachten al? 0 enkele dagen 0 1-3 weken 0 1-5 maanden
 0 6-11 maanden 0 1-2 jaar 0 langer

5. Zijn er in de loop van de tijd veranderingen opgetreden in:

-het aantal keren dat u in dit gebied pijnklachten heeft? 0 vaker 0 minder vaak 0 onveranderd
 -de duur van de pijn? 0 langer 0 minder lang 0 onveranderd
 -de hevigheid van de pijn? 0 heviger 0 minder hevig 0 onveranderd
 -de plaats van de pijn? 0 ja 0 nee

6. Is er uitstraling van de pijn vanuit gebied "1" naar andere gebieden? 0 ja 0 nee

7. Zijn de pijnklachten zowel links als rechts aanwezig? 0 ja 0 nee

-Zo ja, is dit van het begin af aan zo geweest? 0 ja 0 nee

-Zo nee, aan welke kant zijn de pijnklachten begonnen? 0 links 0 rechts

8. Kunt u aangeven in hoeverre de pijn in gebied "1", meestal gelijktijdig optreedt met pijn in de andere gebieden (zoals u die geeft weergegeven met de verschillende cijfers)?

Als ik pijn voel in gebied 1, heb ik in het algemeen tegelijkertijd pijn in gebied(en) met nummer:

.....(nummers invullen)

9. Heeft u zelf enig idee waardoor de pijnklachten in dit gebied ontstaan zijn? 0 ja 0 nee

-Zo ja, kunt u dit in het kort aangeven?.....

10. In hoeverre wordt u, als u deze pijn heeft, belemmerd in uw werkzaamheden?

0 niet 0 een beetje 0 veel 0 werken is me dan onmogelijk

11. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande factoren van invloed zijn op de pijn die u voelt in gebied "1". Dit doet u door een "0" in te vullen als het genoemde niet van invloed is, een "+" als de pijn er door toeneemt en een "-" als de pijn er door afneemt.

... bepaalde bewegingen van uw kaak
... bepaalde bewegingen van uw gezicht
... bepaalde bewegingen van uw schouder

... bepaalde bewegingen van uw nek
... na de maaltijd
... na veel praten

... koude
... lawaai

... warmte
... fel licht

... als u zich teleurgesteld voelt
... als u ergens verdrietig over bent
... als u ergens over blijft twijfelen

... als u nerveus of onrustig bent
... als u ergens tegenop ziet
... als u zich zorgen maakt

... lichamelijke inspanning
... geestelijke inspanning
... als u onvoldoende heeft geslapen
... als u erg veel heeft geslapen

... rust
... massage
... vermoeidheid
... als u leest

12. Heeft u bepaalde manieren ontdekt of geleerd om de pijn in gebied "1" te verminderen? Oja Onee
-Zo ja, welke?.....
.....

13. In welk dagdeel heeft u vaak last van pijn in gebied "1"?

0 's morgens 0 's middags 0 's avonds 0 's nachts

14. Heeft u problemen met het inslapen als gevolg van de pijn in dit gebied?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

15. Wordt u 's nachts wakker van deze pijn?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

16. Heeft u met name pijnklachten in het weekend?

0 ja 0 nee

Deel II

1. Maken uw kaakgewrichten een schurend geluid bij het bewegen van uw onderkaak?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

2. Maken uw kaakgewrichten (kortdurende) knappende geluiden bij het bewegen van uw onderkaak?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

-Zo niet, hebben ze dat vroeger wel gedaan?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

3. Kunt u de mond alleen wijd openen als u een bepaalde beweging maakt met uw onderkaak, waarbij de kaak een kortdurend knappend geluid maakt? 0 ja 0 nee

4. Blijven uw kaakgewrichten wel eens enkele seconden of langer vastzitten? (dit wordt ook wel blokkeren of op slot zitten genoemd)

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

-Zo ja, hoe lang duurt zo'n blokkade meestal?

0 enkele sec. 0 min. 0 uur 0 dag 0 week 0 altijd

-Als uw kaken blokkeren kunt u die blokkade dan zelf opheffen?

0 n.v.t.¹ 0 nooit 0 soms 0 altijd

5. Blijft uw mond wel eens wijd open staan? 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

6. Heeft u last van een stijf en/of vermoeid gevoel in uw wang of kauwspieren?

's morgens/'s middags: 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

overdag: 0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

7. Heeft u last van trillende kaken of kauwspieren?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

8. Heeft u het idee dat u uw mond minder ver open kunt doen dan vroeger?

0 ja 0 nee

9. Voelt u pijn als u uw mond wijd open doet?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

10. Heeft u enige tijd geleden de mond ver en/of wijd open moeten houden (bijv. bij de tandarts of tijdens een narcose)? 0 ja 0 nee

Zo ja, zijn de klachten toen: ontstaan? 0 ja 0 nee

verergerd? 0 ja 0 nee

11. Knarst u met uw tanden?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

12. Klemt u uw tanden of kiezen krachtig op elkaar?

0 nooit 0 wel eens 0 regelmatig 0 vaak 0 heel vaak

¹niet van toepassing

13. Bijt of zuigt u op:

-lip, wang en/of tong	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-kauwgom	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-nagels	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-pen/ potlood	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak

14. Doet u aan een bepaalde sport en/of hobby? 0 ja 0 nee

-Zo ja, welke sport en/of hobby?.....

15. Kunt u voor de navolgende activiteiten en functies van uw kaak aangeven in hoeverre u daarbij wordt gehinderd door uw klachten.

-iets groots afbijten (bv. een appel)

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-eten van hard voedsel

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-eten van taai voedsel (bijv. een toffee)

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-eten van zacht voedsel

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-uw werk of dagelijkse bezigheden

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-geeuwen

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-sociale activiteiten (in gezin, met vrienden, uitgaan etc.)

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

-spreken

0 helemaal niet 0 een beetje 0 nogal 0 tamelijk veel 0 heel veel

16. Wordt u door klachten gehinderd in de uitoefening van sport en/of hobby? 0 ja 0 nee 0 n.v.t.

17. Hoe is in het algemeen uw slaaphouding? 0 rug 0 buik 0 linker-/rechterzijde 0 wisselt sterk

18. Heeft u een kunstgebit? 0 nee 0 alleen onder 0 alleen boven 0 onder en boven

-Zo ja, draagt u 's nachts uw kunstgebit? 0 nee 0 alleen onder 0 alleen boven 0 onder en boven

19. Maken uw kiezen gelijkmatig contact bij het sluiten van de kaken? 0 ja 0 nee

20. Is de wijze waarop uw tanden en kiezen op elkaar passen de laatste jaren veranderd? 0 ja 0 nee

Deel III

1. .Kunt u het hoofd goed bewegen (draaien/ op en neer)? ja nee
-Zijn er bewegingsbeperkingen bij het bewegen van het hoofd en/ of de nek? ja nee
-Is het bewegen van het hoofd pijnlijk? ja nee
-Hooft of ervaart u geluiden in de nek bij het bewegen van het hoofd? ja nee

2. Kunt u door de nek te bewegen klachten in het hoofd-, arm- en/of borstgebied oproepen? ja nee
-Zo ja, welke? pijn duizeligheid tintelingen

3. Heeft u wel eens een ongeval gehad waarbij de nek en/ of het hoofd betrokken was? ja nee

Zo ja, hoeveel maanden geleden? maanden

4. Heeft u behalve pijn in gebied "1", zoals u eventueel heeft aangegeven op de tekeningen van de hoofdjes, ook hoofdpijn? ja nee

Zo nee, ga door na vraag 5; zo ja:

-Hoe vaak heeft u last van hoofdpijn?

- altijd een of enkele keren per dag
 een of enkele keren per week een of enkele keren per maand minder vaak

-Hoe lang duurt een hoofdpijnaanval in het algemeen?

- enkele seconden enkele minuten een kwartier een uur
 enkele uren een dag langer

-Hoe zou u de pijn tijdens een aanval omschrijven?

- zeurend stekend dof fel dreunend kloppend

-Is er een verband met:

- maaltijden inspanning menstruatie psychische spanning verandering van houding

-Heeft u voor of tijdens een hoofdpijnaanval last van:

- misselijkheid rillingen een drukkend gevoel in het hoofd overgeven duizeligheid
 het zien van lichtflitsen/gekleurde vlekken pijn bij aanraking van het hoofd

5. Heeft u de afgelopen 6 maanden regelmatig last gehad van de volgende klachten?

- duizeligheid misselijkheid oogklachten oorpijn oorsuizing een dof gevoel in het oor
 oorontsteking een zwelling vlak voor het oor voorhoofdsholteontsteking kaakholteontsteking
 neusklachten keelklachten slikklachten stemklachten spraakklachten

6. Bent u bang dat uw klachten iets ernstigs inhouden? ja een beetje nee

7. Verricht u arbeid buitenshuis?

0 ja 0 nee

-hoeveel uren per week?

.....uur

0 n.v.t.

-rust (evt. naast bovengenoemde werkzaamheden) de zorg voor een huishouden voornamelijk op uw schouders?

0 ja 0 nee

-Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege uw klachten uw dagelijkse taken niet uitvoeren?

..... dagen

-Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege ziekte (anders dan hiervoor genoemd) uw dagelijkse taken niet uitvoeren?

..... dagen

8. Heeft u een druk leven? 0 ja 0 nee

9. Bent u de afgelopen 2 jaar overspannen geweest? 0 ja 0 nee

10. Hoe vaak heeft u last van:

-nervositeit	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-piekeren	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-ergernis	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-lusteloosheid	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-angst	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak
-neerslachtigheid	0 nooit	0 wel eens	0 regelmatig	0 vaak	0 heel vaak

11. Hoe slaapt u in het algemeen? 0 slecht 0 redelijk 0 goed 0 uitstekend

12. Hebben zich de afgelopen 2 jaar in uw privé-leven en/ of uw werksituatie ingrijpende veranderingen voorgedaan? 0 ja 0 nee

-Zo ja, welke?

13. Doen zich de laatste tijd regelmatig gebeurtenissen/ situaties voor waaraan u zich ergert, die u vervelend vindt of waardoor u teleurgesteld wordt? 0 ja 0 nee

-Zo ja, welke?

14. Zijn er problemen in uw naaste omgeving die u veel zorg geven? 0 ja 0 nee

-Zo ja, welke?

15. Wilt u aangeven in hoeverre u het met de navolgende uitspraken eens bent?

-Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijf of niet.

0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens 0 oneens 0 beslist oneens

-Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen.

0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens 0 oneens 0 beslist oneens

-Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen.

0 beslist eens 0 eens 0 enigszins eens 0 enigszins oneens 0 oneens 0 beslist oneens

Deel IV

1. Bent u de afgelopen 2 jaar onder behandeling (geweest) van een arts/ specialist voor andere klachten?

0 ja 0 nee

-Zo ja, waarvoor?

.....
.....
.....

2. Welke medicijnen gebruikt u regelmatig?

medicijn

sinds wanneer

1.....

.....

2.....

.....

3.....

.....

4.....

.....

3. Voelt u zich nu gezond?

0 ja 0 nee

4. Heeft u klachten van uw:

0 voet 0 enkel 0 onderbeen 0 knie 0 bovenbeen

0 heup 0 hand 0 pols 0 onderarm 0 elleboog

0 bovenarm 0 rug 0 schouder 0 nek

5. Heeft u last van de volgende klachten/ aandoeningen?

kortademigheid

hoesten

astma

bronchitis

pijn in de gewrichten

pijn/ beklemming op de borst

onregelmatige hartslag of

ongevoelige plekken op

maagpijn

snelle hartkloppingen

de huid van het gelaat

darmklachten

vermagering

slechte eetlust

te hoge bloeddruk

te lage bloeddruk

huidafwijkingen

allergie

epilepsie

reuma

diabetes

6. Hoe vaak bent u de afgelopen 2 jaar geopereerd?

0 niet

0 1-2

0 3-4

0 5-6

0 vaker

-Zo ja, waaraan?

.....
.....

7. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen 2 jaar in het ziekenhuis gelegen?

0 0

0 1-3

0 4-6

0 7-14

0 15 of meer

-Zo ja, wat was de reden?

.....

8. Komen er in uw familie één of meer van de volgende aandoening en voor?

kaakgewrichtklachten

andere gewrichtsproblemen

reuma

veelvuldige hoofdpijn

migraine

.....

9. Zijn er in de afgelopen 2 jaar röntgenfoto's gemaakt van uw wervelkolom en/of uw gewrichten?

0 ja 0 nee

-Zo ja, van welke?.....

Literatuur

De Leeuw JRJ et al. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction 1: Symptoms and correlates. *J Oral Rehab* 1994;21:501-514

De Leeuw JRJ et al. Multidimensional evaluation of craniomandibular dysfunction 2: Pain assessment. *J Oral Rehab* 1994;21:515-532

Patient Specific Approach (PSA)

Beschrijf de de activiteit waarbij u het meeste hinder ondervindt in uw dagelijks leven:

.....

Geef op onderstaande lijn aan in hoeverre u gehinderd wordt in deze activiteit:

Geen
hinder

Ergst
voorstelbare
hinder

Algemene informatie PSA

Aangepaste versie van de originele PSK. Dit instrument is ontworpen om in kaart te brengen hoeveel hinder een patiënt ondervindt tijdens een zelfgekozen activiteit als gevolg van de klachten aan het kauwstelsel. Aan de patiënt wordt gevraagd de meest belangrijke activiteit te geven waarbij hij de meeste hinder ondervindt. De mate van hinder wordt gemeten middels een 100mm VAS-score (0mm = geen hinder, 100mm = ergst voorstelbare hinder). De activiteit en de bijbehorende VAS worden tijdens de start van de behandeling gemeten. Gedurende evaluatiemomenten dient de VAS van de activiteit opnieuw gemeten te worden. Een afname van 60% op de VAS t.o.v. de beginmeting kan als klinische relevant worden beschouwd.

Literatuur

Rollman A. Improvement and care seeking for temporomandibular-pain complaints: The complexity of chronic pain. *Universiteit van Amsterdam* 2013 Nov;27

Rollman A, Naeije M, Visscher CM. The reproducibility and responsiveness of a patient-specific approach: a new instrument in evaluation of treatment of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2010 Winter;24(1):101-5

Neck Dissection Impairment Index – NL versie*

Hoeveel last heeft u in de afgelopen vier weken gehad van de volgende problemen, als gevolg van behandeling van uw nek?

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel veel
1	Heeft u last gehad van pijn of ongemak in uw nek of schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Heeft u last gehad van een stijve nek of schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Heeft u last gehad van problemen met persoonlijke verzorging door uw nek of schouder? (bijvoorbeeld haren kammen, aankleden, wassen, enzovoorts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bent u beperkt geweest in het optillen van lichte voorwerpen door uw schouder of nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bent u beperkt geweest in het optillen van zware voorwerpen door uw schouder of nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Bent u beperkt geweest in het reiken naar voorwerpen door uw schouder of nek? (bijvoorbeeld van planken, tafels of het aanrecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Bent u in het algemeen minder actief geworden door uw nek of schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Heeft de behandeling van uw nek uw deelname aan sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of familie beïnvloed)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bent u beperkt geweest in uw mogelijkheden voor vrijtijds- of recreatieve activiteiten door uw nek of schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bent u beperkt geweest in uw mogelijkheden om werk te verrichten (inclusief huishouden) door uw nek of schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Originele versie: Taylor et al. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002
 Nederlandse versie: Stuiver et al. Head Neck 2014

Algemene informatie NDII

De Nek Dissection Impairment Questionnaire (NDII) is specifiek ontwikkeld om de beperkingen en impact op de kwaliteit van leven van een nek dissectie te beoordelen. De NDII bestaat uit 10 vragen met 5 antwoordmogelijkheden variërend van "helemaal niet" tot "heel veel". Een hogere score betekent dat er weinig klachten zijn. Volgens een studie van Stuiver et al. (2014) heeft de NDII een hoge betrouwbaarheid (ICC 0.93, vergelijkbaar met de SPADI, ICC 0.96) en is voldoende valide (AUC 0.85).

Literatuur

Stuiver MM, Ten Tusscher MR, Van Opzeeland A, Brendeke W, Lindeboom R, Dijkstra PU, Aaronson NK. Psychometric properties of three patient-reported outcome measures for the assessment of shoulder disability after neck dissection. *Head and Neck* 2014 Sep 15. Doi: 10.1002/hed.23859. [Epub ahead of print]

Stuiver MM. Morbidity after lymph node dissection in patients with cancer: Incidence, risk factors, and prevention. Universiteit van Amsterdam 2014

Taylor RJ, Chepeha JC, Teknos TN, et al. Development and validation of the neck dissection impairment index: a quality of life measure. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:44-49

B. ABNORMAL INVOLUNTARY MOVEMENT RATING SCALE (AIMS)			
Gelaats- en mondbewegingen	B1 MIMISCHE SPIEREN , bijvoorbeeld bewegingen van het voorhoofd, wenkbrauwen, rondom de ogen, wangen, alsmede fronsen, knipogen, glimlachen, grimasseren.	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B2 LIPPEN EN RONDON DE MOND , bijvoorbeeld lippen spitsen, smakken, mummelen	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B3 KAAK , bijvoorbeeld bijten, kauwen, mond steeds openen, zijwaartse bewegingen.	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B4 TONG , Scoor alleen de toename in bewegingen in en uit de mond, niet het onvermogen de beweging te onderdrukken.	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
Bewegingen van de ledematen	B5 BOVENSTE LEDEMATEN (armen, polsen, handen en vingers). Behelst mede choreatische bewegingen (bijvoorbeeld snelle, objectief zinloze, onregelmatige, spontane bewegingen), athetotische bewegingen (bijvoorbeeld langzame, onregelmatige golfbewegingen). Tremor niet meetellen (ritmisch, regelmatig, herhaald aanwezig).	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B6 ONDERSTE LEDEMATEN (benen, knieën, enkels, tenen), bijvoorbeeld zijwaarts bewegen van de knieën, voet spannen, met voorvoet of hiel op de grond tikken.	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
Rompbewegingen	B7 NEK, SCHOUDERS, HEUPEN , bijvoorbeeld schokken, draaien, bekken kantelen, samentrekken.	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
Globale beoordelingen	B8 ERNST van de abnormale bewegingen	Geen Minimaal (kan bovengrens van normaal zijn) Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B9 INVALIDERING tengevolge van abnormale bewegingen	Geen, normaal Minimaal Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
	B10 PATIENT'S BEWUSTZIJN van de abnormale bewegingen. Scoor alleen mededeling van patiënt zelf.	Geen, normaal Minimaal Licht Middelmatig Zwaar	0 1 2 3 4
Tandstatus	B11 Momenteel problemen met tanden en/of prothesen	Neen Ja	1 2
	B12 Heeft de patiënt gewoonlijk een kunstgebit in?	Neen Ja	1 2

Algemene informatie AIMS

De Abnormal Involuntary Movement Scale (**AIMS**) is een veelgebruikt instrument dat dyskinesieën scoort in het orofaciale en ledematen-rompgebied. Er hoort een instructieformulier bij met vragen en oefeningen die de patiënt moet doen. Nadelen zijn dat items voor respiratoire dyskinesie ontbreken en dat er geen schaalankerpunten zijn. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed en ook bij ouderen getest. Er bestaat een Nederlandstalige versie van de AIMS. De AIMS is niet ontwikkeld als screeningsinstrument, maar kan daarvoor wel gebruikt worden, in combinatie met aanvullende criteria voor de diagnostiek. Als afkappunt wordt meestal een score van twee keer 'mild' of één keer 'moderate' in de eerste zeven items gekozen. De schaal is snel in te vullen en is voor het vastleggen van het beloop van de dyskinesie van belang. Een nadeel is dat er enige training nodig is om een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bereiken.

Literatuur

Van Harten PN. Meetinstrumenten bij motorische bijwerkingen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(10):711-715. Beschikbaar vanaf: <https://www.platformpsychofarmaca.nl/in-de-praktijk/meetinstrumenten/meetinstrumenten-bewegingsstoornissen/>

<https://www.platformpsychofarmaca.nl/in-de-praktijk/meetinstrumenten/meetinstrumenten-bewegingsstoornissen/>

SCEGS-model

HET SCEGS-model kan in de anamnese gebruikt worden om de patiënt binnen een biopsychosociale context te bekijken. Het is de bedoeling om alle dimensies van de klacht te exploreren en te onderzoeken. Het SCEGS-model bestaat uit vijf dimensies:

S = Somatische dimensie: met welke klacht komt de patiënt? Wat is de aard, lokalisatie, intensiteit, frequentie en duur van de klacht? Is de klacht beïnvloedbaar? Wat zijn provocerende/reducerende factoren? Denk ook aan rode vlaggen en resultaten uit medisch onderzoek.

C = Cognitieve dimensie: Welke gedachten en opvattingen heeft de patiënt betreffende zijn klachten en de hulpverlener. Wat zijn de verwachtingen? Wat denkt de patiënt dat hij/zij heeft (attributies)? Kan de patiënt zijn klachten controleren? Wat zijn de gevolgen van de klachten voor de patiënt?

E = Emotionele dimensie: Wat doet de klachten met de patiënt? Hoe reageert de patiënt op de klacht (boos, bang, bedroefd)?

G = Gedrag: Wat doet de klacht met de patiënt? Hoe gaat de patiënt om met zijn/haar klacht? Denk hierbij aan medicatie gebruik en/of alcohol/roken/koffie/enz.

S = Sociale dimensie: Wat voor impact heeft de klacht op de sociale wereld van de patiënt, gevolgen voor werk/privé/hobby's? Hoe gaat de sociale omgeving met de klachten van de patiënt om?

Literatuur

http://www.wikifysio.nl/index.php/Biopsychosociale_klachten,_SCEGS

STECR Platform Reïntegratie. Werkwijzer: Aanpak lichamelijke onverklaarde klachten en somatisatie. November 2006, versie 2. Te vinden op:

<http://www.workingsolutions.nl/html/documents/WerkwijzerSomatisatie2006.pdf>

Spaendonck KPM van, Bleijenberg G, Wollersheim H, Keijser K. Cursus interactieve consultvoering voor arts-assistenten. *Gezond Onderwijs* 1998;7:287-88

Hoedeman R, Wijers JHL, Beek EJ van der, Koppele A te. Toepassing van het SCEGS-model in de begeleiding van somatiserende werknemers. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde* 2006;8:376-79

Pijneducatie

Er zijn veel informatiebronnen beschikbaar over pijneducatie. Er is besloten om een overzicht te geven van relevante boeken en literatuur en te verwijzen naar een Nederlandse vertaling van een filmpje over chronische pijnklachten.

Boeken

Butler D, Moseley GL. Explain Pain. Adelaide: NOI Group Publishing;2003

Begrijp de pijn. Dutch translation of 'Explain pain' by Butler D & Moseley L; translation by M. Langerhorst & B van Buchem. NOI Group publications: Adelaide, Australia 2012

Van Wilgen CP, Nijs J. Pijneducatie – een praktische handleiding voor (para)medici. Bohn Stafleu van Loghum; 2010 (Het hoofdstuk 'Algemene uitleg over het sensitiseringsmodel voor patiënten met (subacute/chronische) pijn en centrale sensitisatie' is verkrijgbaar op <http://www.fysiomeeuwis.nl/library/1370283349.pdf>)

De pijn-toolkit, beschikbaar op: http://www.change-pain.nl/grt-change-pain-portal/GRT-CP_nl/Home/292100045.jsp

Louw A, Puentedura E. Therapeutic Neuroscience Education. Orthopedic Physical Therapy Products; 1st edition; 2013

Filmpje

http://www.psychfysio.nl/6_04_1/

Literatuur

Nijs J, van Wilgen CP, van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy* 2011;16:413-418

Nijs J, van Houdenhove B, Oostendorp RAB. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy* 2010;15:135-141

Nijs J, van Houdenhove B. From acute musculoskeletal pain to chronic widespread pain and fibromyalgia: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy* 2009;14(1):3-12

Meeus M, Nijs J, van Oosterwijck J, van Alsenoy V, Truijzen S. Pain physiology education improves pain beliefs in patients with chronic fatigue syndrome with pacing and self-management education: A double-blind randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010;91(8):1153-1159

van Oosterwijck J, Nijs J, Meeus M, Truijen S, Craps J, van den Keybus N, Paul L. Pain neurophysiology education improves cognitions, pain thresholds and movement performance in people with chronic whiplash: a pilot study. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 2011;48(1):43-58

Nijs J, Meeus M, van Oosterwijck J, Roussel N, de Koning M, Ickmans K, Matic M. Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic pain: what options do we have? *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2011;12(7):1087-1098

Nijs J, Roussel N, van Wilgen CP, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy* 2013;18:96-102

Louw A. Therapeutic neuroscience education via e-mail: a case report. *Physiother Theory Pract* Early online 2014:1-9

Nijs J, Meeus M, Cagnie B, Roussel NA, Dolphens M, van Oosterwijck J, Danneels L. A modern neuroscience approach to chronic spinal pain: Combining pain neuroscience education with cognition-targeted motor control training. *Phys Ther* 2014;94:730-738

Puentedura EJ, Louw A. A neuroscience approach to managing athletes with low back pain. *Physical Therapy in Sport* 2012:1-11

De lastmeter

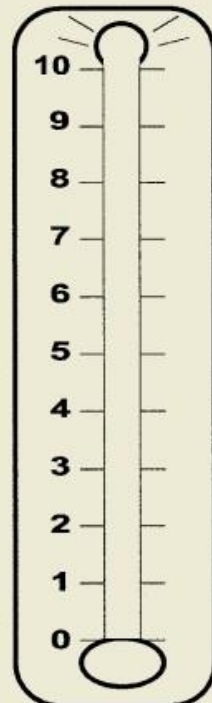
Invuldatum: - (dag-maand-jaar)

Hoeveel last heeft u van problemen, klachten, zorgen?

Als eerste

Omcirkel het nummer op onderstaande thermometer dat het best samenvat hoeveel last u de afgelopen week (inclusief vandaag) heeft gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktische gebied.

10 = extreem veel last



0 = helemaal geen last

Ten tweede

Wilt u voor onderstaande gebieden aangeven of u de afgelopen week (inclusief vandaag) hier moeite mee hebt gehad of problemen bij hebt ervaren.

Wil u elke vraag beantwoorden?

Ja Nee

Praktische problemen

- Ja Nee Zorg voor kinderen
- Ja Nee Wonen/huisvesting
- Ja Nee Huishouden
- Ja Nee Vervoer
- Ja Nee Werk/school/studie
- Ja Nee Financiën
- Ja Nee Verzekering

Gezins-/sociale problemen

- Ja Nee Omgang met partner
- Ja Nee Omgang met kinderen
- Ja Nee Omgang met familie/vrienden

Emotionele problemen

- Ja Nee Greep hebben op emoties
- Ja Nee Herinneren van dingen
- Ja Nee Zelfvertrouwen
- Ja Nee Angsten
- Ja Nee Neerslachtigheid/somberheid
- Ja Nee Spanning
- Ja Nee Eenzaamheid
- Ja Nee Concentratie
- Ja Nee Schuldgevoel
- Ja Nee Controleverlies

Religieuze/spirituele problemen

- Ja Nee Zin van het leven/levensbeschouwing
- Ja Nee Vertrouwen in God/geloof

Ja Nee

Lichamelijke problemen

- Ja Nee Uiterlijk
- Ja Nee Veranderde urine-uitscheiding
- Ja Nee Verstopping/obstipatie
- Ja Nee Diarree
- Ja Nee Eten
- Ja Nee Opgezwollen gevoel
- Ja Nee Koorts
- Ja Nee Mondslijmvlies
- Ja Nee Misselijkheid
- Ja Nee Droge, verstopte neus
- Ja Nee Pijn
- Ja Nee Seksualiteit
- Ja Nee Droge, jeukerige huid
- Ja Nee Slaap
- Ja Nee Benauwdheid
- Ja Nee Duizeligheid
- Ja Nee Praten
- Ja Nee Smaakvermogen
- Ja Nee Veranderingen in gewicht
- Ja Nee Tintelingen in handen/voeten

- Ja Nee Wassen/aankleden
- Ja Nee Dagelijkse bezigheden
- Ja Nee Moeheid
- Ja Nee Conditie
- Ja Nee Spierkracht

Andere problemen

Zou u met een deskundige willen praten over uw problemen?

- ja misschien nee

Algemene informatie Lastmeter

De Distress Thermometer is oorspronkelijk ontwikkeld voor kankerpatiënten en meet de mate van distress die de patiënt ervaren heeft in de afgelopen week. De mate van distress wordt aangegeven op een thermometer (0-10). De DT meet de emotionele last (stress, spanning, angst, depressie, boosheid). Ook is de lijst bedoeld om het medisch team meer inzicht te verschaffen in de problemen die de patiënt bezig houden.

De problemlist (PL) wordt gebruikt samen met de DT en is een eenvoudige vragenlijst, die de patiënt zonder hulp kan invullen en waarop alleen met ja en nee geantwoord hoeft te worden. Het is een probleeminventarisatie op verschillende domeinen (praktisch, gezin/sociaal, emotioneel, religieus/spiritueel en lichamelijk). Het gebruik ervan kan de kwaliteit van de gesprekken tussen zorgverleners en kankerpatiënten verbeteren.

Bij een Lastmeter score < 5 wordt geadviseerd:

- de lage distress-score alsook eventuele specifieke problemen uit de probleemlijst kort met de patiënt te bespreken
- bij behoefte aan psychosociale en/of (para)medische zorg de patiënt te attenderen op gangbare vormen van (zelf)hulp. Zo nodig moet een vervolgesprek aangeboden worden
- indien vanuit de patiënt behoefte bestaat aan gespecialiseerde hulp ook al is de score lager dan het afkappunt van 5 verwijzing te regelen

Bij een Lastmeter score \geq 5 wordt geadviseerd:

- de verhoogde distress en specifieke problemen op de probleemlijst met de patiënt te bespreken. Samen met de patiënt dient nagegaan te worden op welk vlak problemen liggen en worden de behoefte en wenselijkheid gepeild om gespecialiseerde hulp in te zetten
- bij behoefte aan gespecialiseerde hulpverlening de patiënt te verwijzen naar een bij de problemen passende liefst in de oncologie gespecialiseerde psychosociale / (para)medische hulpverlener
- bij het ontbreken van behoefte aan gespecialiseerde hulpverlening extra aandacht van de basisbehandelaars voor deze patiënt te hebben en de patiënt te bespreken in een multi disciplinair overleg

De KNGF-standaard Beweeginterventie oncologie geeft aan dat de Lastmeter als signaleringsinstrument wordt aanbevolen in de richtlijn *Detecteren behoefte psychosociale zorg* en de *Richtlijn Oncologische Revalidatie*. In beginsel wordt de Lastmeter herhaaldelijk afgenomen gedurende het behandel- en nacontroletraject. Als een patiënt op de Lastmeter aangeeft problemen te hebben op emotioneel of lichamelijk/functioneel vlak, of vermoeid is en tevens aangeeft dat er een hulpvraag is, wordt aanvulling screening uitgevoerd. Voor de orofaciaal fysiotherapeut kan dit betekenen een patiënt door te sturen naar een collega-fysiotherapeut gespecialiseerd in oncologie.

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/437_1_N.pdf

Literatuur

Stuiver MM, Witink HM, Velthuis MJ, Kool N, Jongert WAM. KNGF-standaard Beweeginterventie oncologie. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) 2011

Integraal kankercentrum Nederland (IKNL). Oncologische revalidatie. Landelijke richtlijn, versie 1.0. 2011

Vereniging Integrale Kankercentra (VIKC). Detecteren behoefte psychosociale zorg. Landelijke richtlijn, versie 1.0. 2010

Fulcher C, Gosselin-Acomb T. Distress assessment: practice change through guideline implementation. *Clinical journal of oncology nursing* 2007 Dec;11(6):817-821

Tuinman M, Gazendam-Donofrio S, Hoekstra-Weebers J. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008;113(4):870-878

Bannink M. Lastmeter [Distress Thermometer]: eerste evaluatie. Rotterdam: Erasmus MC, Universitair Medische Centrum Rotterdam

Multidimensionele Vermoeidheidsindex

Met behulp van onderstaand uitspraken willen wij een indruk krijgen van hoe u zich de laatste dagen voelt.

VOORBEELD:

Ik voel me ontspannen

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

Hoe minder u deze uitspraak van toepassing vindt, hoe meer u het kruisje naar rechts richting "nee, dat klopt niet" kunt plaatsen. Sla geen uitspraken over en plaats telkens één kruisje bij iedere uitspraak. Er zijn geen foute antwoorden. Het gaat om uw eerste indruk.

Het gaat om hoe u zich de laatste dagen voelt.

1. Ik voel me fit

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

2. Lichamelijk voel ik me tot weinig in staat

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

3. Ik zit vol activiteit

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

4. Ik heb zin om allerlei leuke dingen te gaan doen

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

5. Ik voel me moe

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

6. Ik vind dat ik veel doe op een dag

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

7. Als ik ergens mee bezig ben, kan ik mijn gedachten er goed bijhouden

Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

8. **Lichamelijk kan ik veel aan**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
9. **Ik zie er tegenop om iets te doen**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
10. **Ik vind dat ik weinig doe op een dag**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
11. **Ik kan me goed concentreren**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
12. **Ik voel me uitgerust**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
13. **Het kost me moeite om ergens mijn aandacht bij te houden**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
14. **Lichamelijk voel ik me in een slechte conditie**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
15. **Ik zit vol plannen**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
16. **Ik ben gauw moe**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
17. **Er komt weinig uit mijn handen**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
18. **De zin om dingen te ondernemen ontbreekt mij**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
19. **Mijn gedachten dwalen gemakkelijk af**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet
20. **Lichamelijk voel ik me in een uitstekende conditie**
Ja, dat klopt Nee, dat klopt niet

Algemene informatie Multidimensionele Vermoeidheidsindex

De belangrijkste (rest)klacht bij kanker is vermoeidheid. 60% tot 96% van de patiënten met kanker rapporteert tijdens of na de kankerbehandeling vermoeidheidsklachten. De MVI-20 is een zelfrapportage instrument en bestaat uit twintig stellingen en uitspraken die betrekking hebben op vijf dimensies van vermoeidheid en de consequenties hiervan. Dit zijn: (1) algemene vermoeidheid, (2) lichamelijke vermoeidheid, (3) reductie in activiteit, (4) reductie in motivatie en (5) cognitieve vermoeidheid.

In het algemeen geldt: hoe hoger de score des te groter het niveau van vermoeidheid en hoe meer de vermoeidheid een beperkende factor is.

Interpretatie:

Score 1 betekend 0.2 punten bij de totaalscore

Score 2 betekend 0.4 punten bij de totaalscore

Score 3 betekend 0.6 punten bij de totaalscore

Score 4 betekend 0.8 punten bij de totaalscore

Score 5 betekend 1.0 punten bij de totaalscore

Voor meer informatie zie: http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/359_1_N.pdf

Literatuur

Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI): psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research* 1995;39(3):315-325

Smets EM, Garssen B, Cull A et al. Application of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20) in cancer patients receiving radiotherapy. *Br. J. Cancer* 1996;73:241-5

Munch TN, Stromgren AS, Pedersen L et al. Multidimensional measurement of fatigue in advanced cancer patients in palliative care: an application of the multidimensional fatigue inventory. *J.Pain Symptom. Manage.* 2006;31:533-41

Therabite®

De Therabite® kan gebruikt worden voor het verbeteren van de mondopening bij een maximale mondopening van minimaal 15mm. De mondstukken van de Therabite® worden tussen de maxilla en de mandibula geplaatst, zodat de mondopening gerekt kan worden. Het effect van het rekken treedt op wanneer het handvat worden samengeknepen. Frequent dagelijks oefenen met langdurige rek (meer dan 15 tellen) gedurende de oefening wordt aangevuld met inzicht verschaffen, automassage en manuele rekoefeningen en ontspanningsinstructies.

Voor een artikel met informatie over de Therabite, zie:

<http://www.atosmedical.com/~media/Netherlands/TheraBite%20catalogus.pdf>



Literatuur

Speksnijder C, van Hinte G. Mondkanker. *Physios* 2013 dec;4:30-38

McSweeney E. Critical review: Effectiveness of trismus treatment in irradiated patients with head and neck cancer. 2008. Beschikbaar vanaf: <http://www.uwo.ca/fhs/csd/ebp/reviews/2007-08/McSweeney,E.pdf>

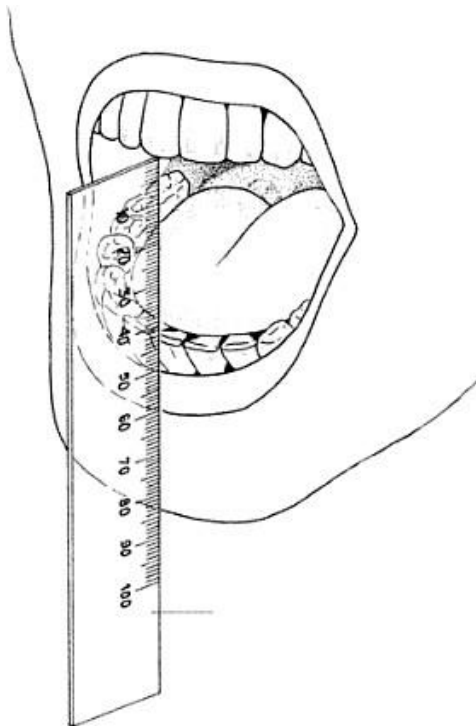
Dijkstra PU, Sterken MW, Pater R, Spijkervet FKL, Roodenburg JLN. Exercise therapy for trismus in head and neck cancer. *Oral Oncology* 2007;43:389-394

Kamstra JI, Roodenburg JLN, Beurskens CHG, Reintsema H, Dijkstra PU. TheraBite exercises to treat trismus secondary to head and neck cancer. *Support Care Cancer* 2013;21:951-957

Meten van de bewegingsuitslagen van de onderkaak

De maximale mondopening wordt gemeten tussen de incisale randen van boven- en onderfront, met daarbij opgeteld de verticale overbeet. De gemiddelde maximale mondopening ligt bij een normale populatie tussen de 40-60mm. Bij een mondopening kleiner dan 40mm is deze mogelijk beperkt. De verticale overbeet wordt gemeten met de kiezen op elkaar. De overlap van het bovenfront over het onderfront wordt aangegeven (met viltstift of een nagel) en de patiënt opent de mond. Vanaf de lijn gezet met de viltstift of vanaf de positie van de nagel wordt gemeten tot de incisale rand van het onderfront.

Bij een succesvolle behandeling bij patiënten met een beperkt en pijnlijk kaakgewricht, in termen van statische significantie en klinische relevantie, moet er minimaal 9mm verbetering in de mondopening zijn opgetreden.



De maximale laterotrusie links en rechts zijn in een gezonde situatie ongeveer aan elkaar gelijk en liggen tussen de 10 en 15mm. De protrusie is recht naar voren en ligt tussen de 7 en 14mm. Hierbij wordt de sagittale overbeet bij opgeteld. Deze meet men met de kiezen op elkaar. De ruimte tussen de voortanden wordt opgemeten.

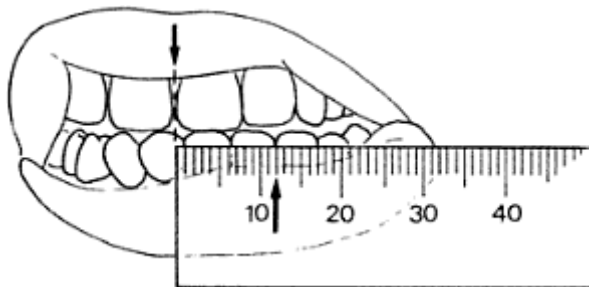


FIGURE 1- Measurement of maximum active opening and maximum lateral movement

Literatuur

Bevordering Orale Functieleer. Craniomandibulaire functie en dysfunctie. Bohn Stafleu van Loghum, 1998. Onder redactie van M Naeije, LAJ van Loon.

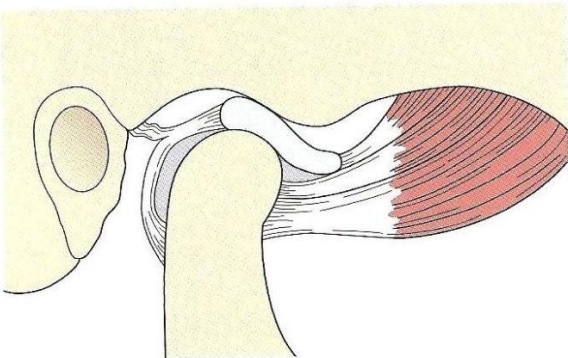
Dimitroulis G, Dolwick MF, Gremillion MA. Temporomandibular disorders: clinical evaluation. *Aust Dent J* 1995;40:301-305

Kropmans ThJB, Dijkstra PU, Stegenga B, Stewart R, de Bont LGM. Smallest detectable difference of maximal mouth opening in patients with painfully restricted temporomandibular joint function. *Eur J Oral Sci* 2000;108:9-13

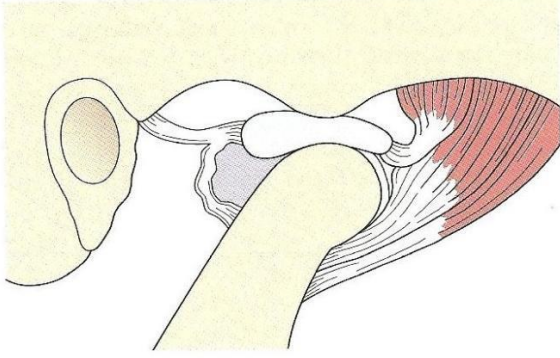
Plaatjes ADD

Normaal TMG

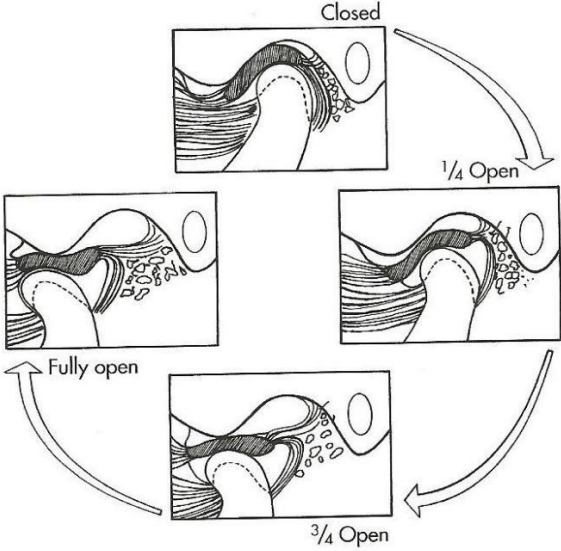
Normal Temporomandibular Joint



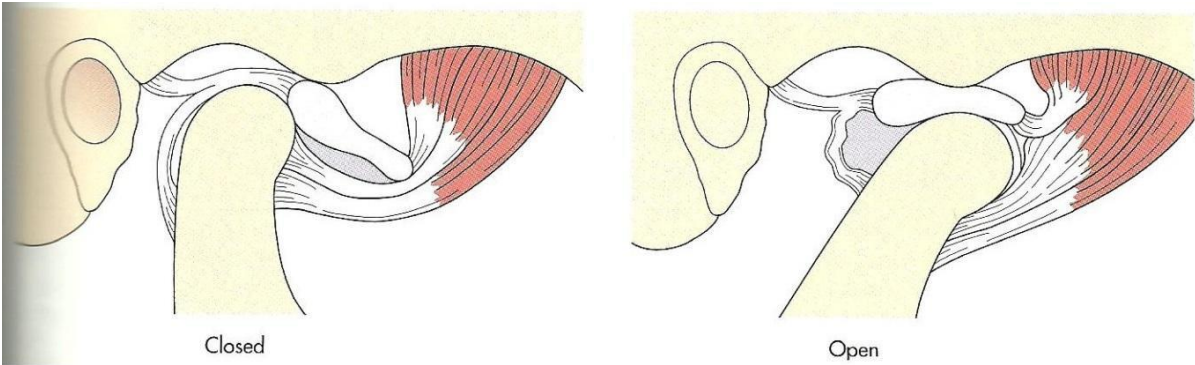
Closed



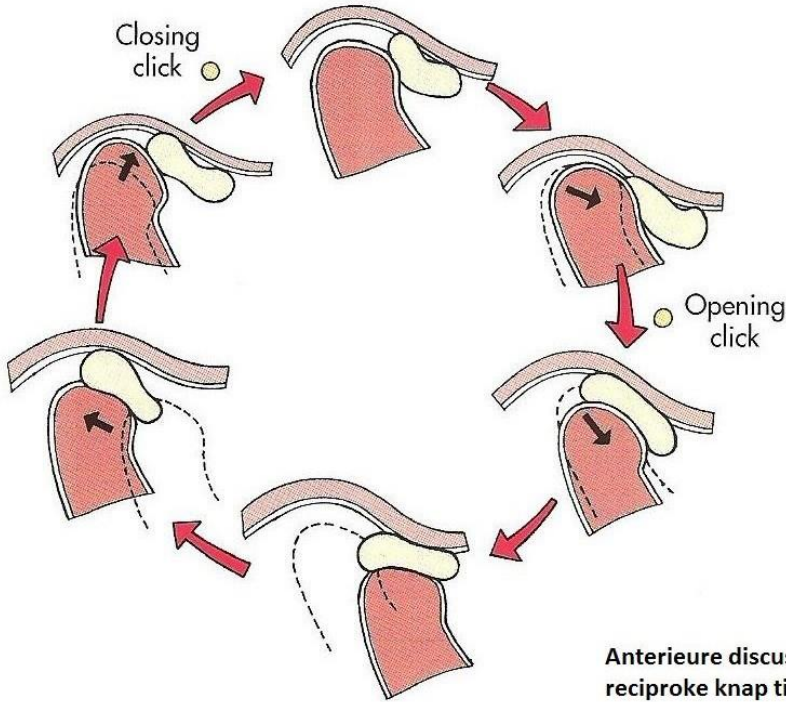
Open



ADD met Reductie

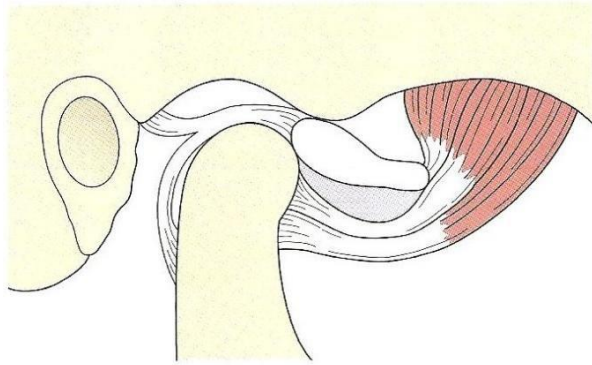


Anterieure discus verplaatsing met reductie

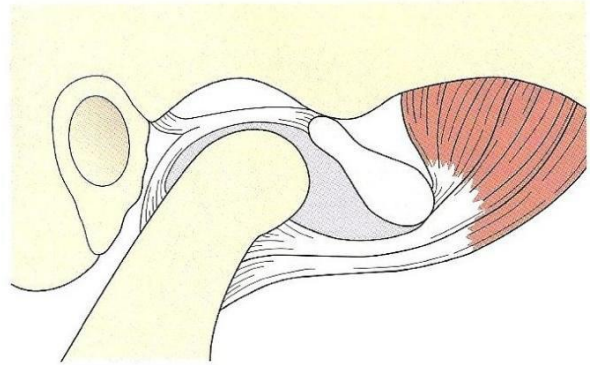


Anterieure discus verplaatsing met reductie en reciproke knap tijdens sluiten.

ADD zonder Reductie

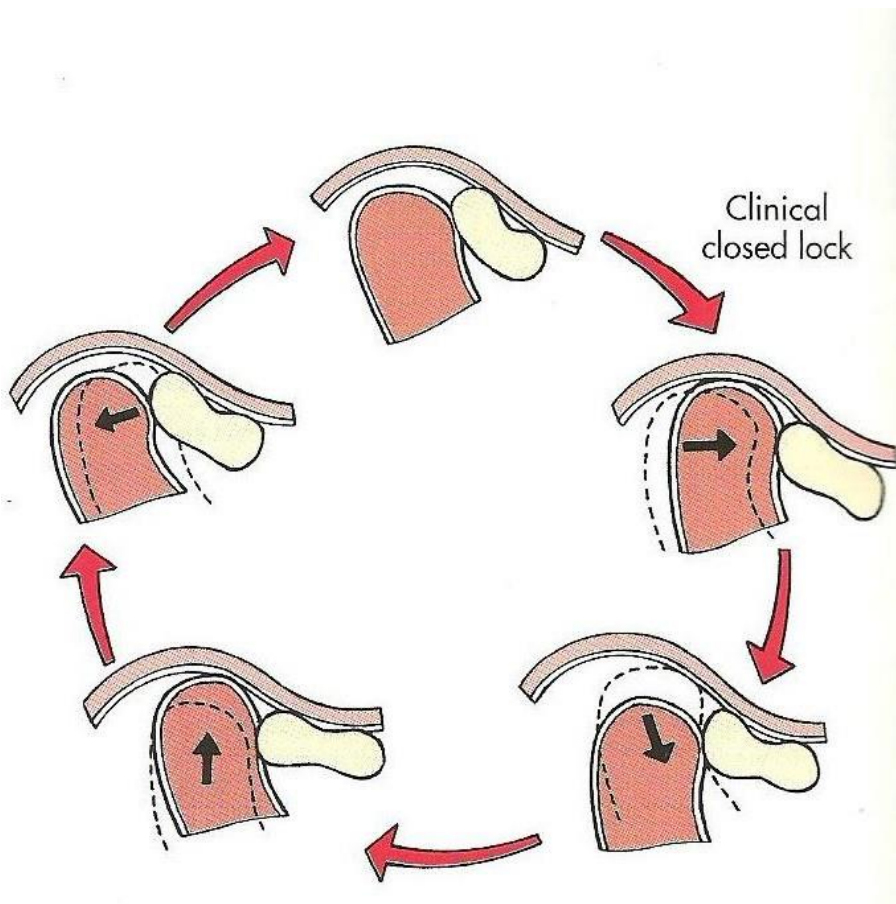


Closed



Open

Anterieure discus verplaatsing zonder reductie



Mondopening vergroten na oncologie

Om de mondopening te vergroten zijn meerdere mogelijkheden beschikbaar bij oncologische revalidatie. Allereerst is daar de stop en spatelmobilisatie:

Om de mondopening te vergroten, plaatst u spatels tussen de kiezen links / rechts (foto 1). U plaatst zoveel spatels als comfortabel is. Als u hieraan gewend bent, schuift u er één spatel bij. Houd dat tellen vast. Voer deze oefening..... keer per dag uit.

Plaats een kurk tussen de tanden (foto 2). Bijt zacht in de kurk, houd dit.....tellen vast en laat vervolgens los. Laat de veerkracht van de kurk de mond iets verder openen. Herhaal dit keer. Daarna kunt u de kurk iets verder in de mond schuiven. Voer deze oefening keer per dag uit. Let op: voorkom in eerste instantie het maximale rekken om zo spasme te voorkomen! Zolang dit niet ontstaat mag de rekbelasting per behandeling worden vergroot in samenspraak met de patiënt.



foto 1



foto 2

Opmerkingen:

Massage van de kauwspieren na oncologie

Het vergroten van de mondopening na oncologie kan ook door het toepassen van massage en habit reversal (gewoonte-omdraaiing). Door radiotherapie ontstaat er een soort 'spasme' in de spieren waarin ontspanning door massage en habit reversal een rol kan spelen.

Het doel van de massage is het ontspannen van de spieren en het verminderen van pijn.

Er zijn (aan elke kant) twee spieren om te masseren:

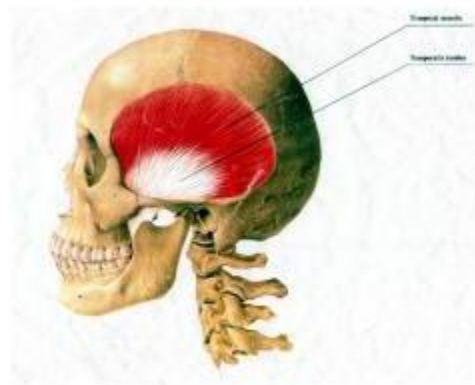
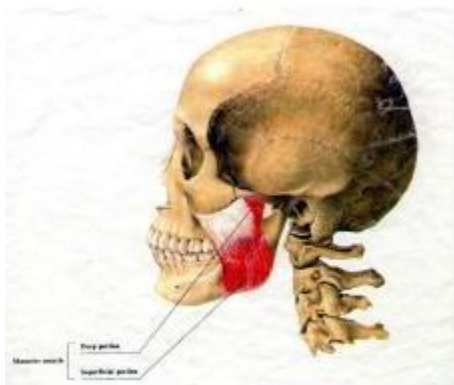
- de kauwspier (masseter), die van de jukboog naar de kaakhoek loopt en
- de slaapbeenspier (temporalis), die zich aan de zijkant van de schedel en ter hoogte van de slapen bevindt.

Deze spieren zijn afgebeeld op het onderste plaatje.

De massage voert u bij voorkeur zittend aan tafel uit, met uw ellebogen gesteund (zie foto's). De massage bestaat uit ronddraaiende bewegingen met daarin een drukmoment en een rustmoment. Belangrijk is dat u bij de beweging de huid meeneemt en niet met de vingers over de huid glijdt. Het moet steeds prettig aanvoelen.

De kauwspier kunt u ook vanuit de mondholte benaderen. Hiertoe plaatst u de duim aan de binnenkant tegen de wang (linker duim voor de rechter wang en omgekeerd) en strijkt u over de spier van boven naar beneden met een lichte druk naar buiten gericht. De fysiotherapeut zal dit voordoen.

De massage duurt in totaal ongeveerminuten. Herhaal dit keer per dag.



Opmerkingen:

Het kan gebeuren dat u een punt masseert dat een uitstraling veroorzaakt naar een andere regio. Overleg met uw fysiotherapeut of u door moet gaan met de massage van dit punt.

Gewoonte-omdraaiing

Het doel van de oefening is bepaalde mondgewoonten te herkennen en te veranderen.

- Probeer bewust te worden van de mondgewoonten (zoals klemmen met de kiezen op elkaar, nagelbijten, etc.) en vermijdt deze.
- Let op wanneer de gewoonten optreden en noteer dit.
- De fysiotherapeut heeft met u besproken over welke gewoonten het gaat. Zodra u merkt dat u..... , oefen dan het omgekeerde van deze gewoonte.

Bijvoorbeeld bij het op elkaar klemmen van de tanden en kiezen:

Neem bij deze oefening de juiste positie van de tong en de juiste houding in.

Probeer de mond te openen terwijl u dit tegenhoudt met de duim (zie foto), gedurende 6 seconden. Herhaal dit 3 keer.



Opmerkingen:

Algemene informatie GCPS 2.0-NL

Version 2 of the GCPS includes, in addition to the 3 items for pain intensity and 4 items for function, one item for number of days of pain. The author of the GCPS recommends that number of days of pain use a 6-month base in order to better evaluate for longterm patterns in pain persistence; the response to this item is not scored but rather is interpreted based on the pain and psychosocial history. The remainder of the published instrument was validated on the basis of a 6-month time frame and has been extensively used across multiple disorders, languages, and settings; a 3-month version with some validity data has been advocated. A 1-month version has also been used in many clinical trials as an outcome measure, where a shorter recent period is needed in order to evaluate what may be on-going change in pain status. The DC/TMD included the 1-month version in order to match the timeframe of pain and disability assessment to the timeframe used for diagnosis as well as the other instruments. Some users, however, may prefer a 3-month or 6-month time frame for these important measures. The 6-month GCPS is also available on the Consortium website, and Appendix 1 also includes the scoring rules for the 180-day version.

Scoring (item numbers refer to GCPS v2.0, as 30-day version in DC/TMD)

Characteristic Pain Intensity (CPI): compute mean of items 2-4 (pain right now, worst pain, average pain), and multiply by 10.

Interference Score: compute mean of items 6-8 (daily activities, social activities, work activities), and multiply by 10.

Disability points for number of days with interference: assign points based on below table, depending on whether using 1-month (30 day) or 6 month (180 day) time frames for item 5 (disability days) in the GCPS v2.0 version or item 4 in the original RDC/TMD 180-day version.

Disability points for the interference score: assign points based on the below table; the determination is the same for both time frames.

Points for Disability Days				Points for Pain-related Interference Score	
1 month (30 day)		6 months (180 days)		Interference	Points
Days	Points	Days	Points		
0-1	0	0-6	0	0-29	0
2	1	7-14	1	30-49	1
3-5	2	15-30	2	50-69	2
6+	3	31+	3	70+	3

The total Disability Points = Points for Disability Days + Points for Interference Score.

Missing data

If one or more responses are missing among items 2-4 (pain intensity), the respective subscale should not be scored due to the broad scope that the three items cover. For the function items (6-8), one missing value may not represent the same information loss, and the subscale score could be computed albeit with decreased reliability. Missing data for number of disability days precludes determination of graded chronic pain status.

Interpretation

Determination of Chronic Pain Grade

Grade	Label	CPI	Disability Points
0	None	0	N/A
I	Low intensity pain, without disability	< 50	< 3
II	High intensity pain, without disability	≥ 50	< 3
III	Moderately limiting	N/A	3 - 4
IV	Severely limiting	N/A	5 - 6

References

Von Korff, M. (2011). Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: Empirical bases and new directions. *Handbook of Pain Assessment*. D. C. Turk and R. Melzack. New York, Guilford Press: 455-473.

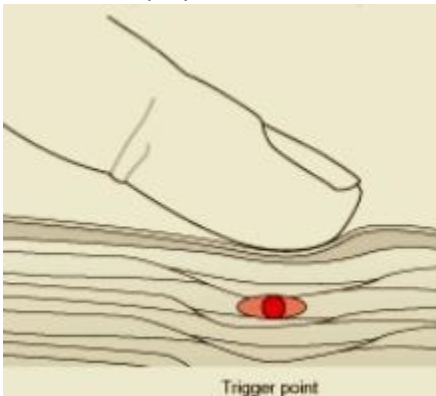
Von Korff, M., et al. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain* **50**: 133-149.

Von Korff, M. R., et al. (1992). Research diagnostic criteria. Axis II: Pain-related disability and psychological status. In: S.F. Dworkin & L. LeResche (Eds.), *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*. *Journal of Craniomandibular Disorders, Facial and Oral Pain* **6**: 330-334.

Palpatie triggerpoints met referred pijn gebieden TMD

Trigger points kunnen op de volgende manieren worden gepalpeerd:

1. Flat palpation



2. Pincher Palpation



3. Deep probing palpation

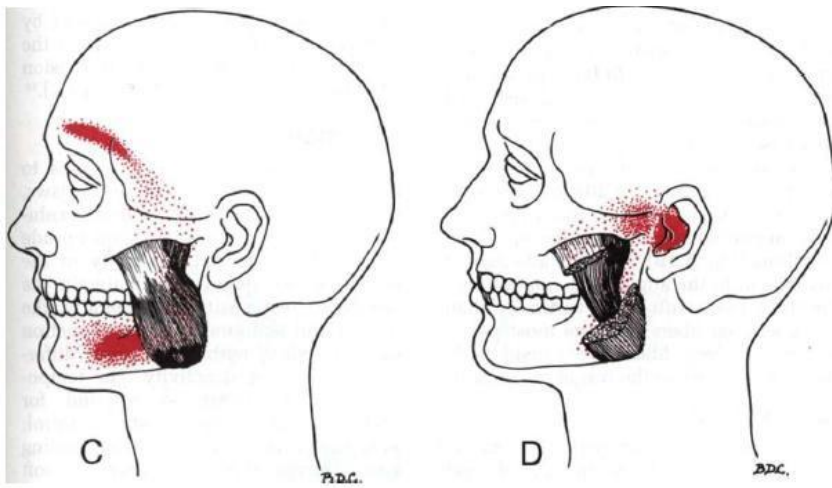
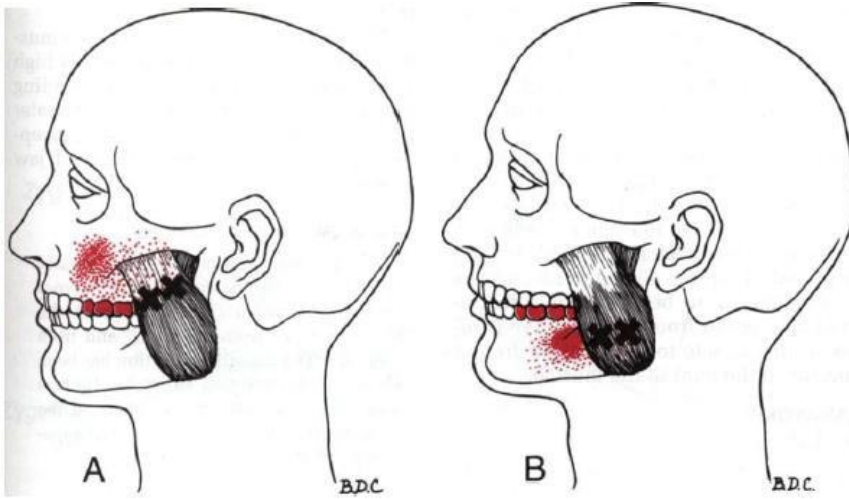


Belangrijke diagnostische kenmerken zijn o.a.:

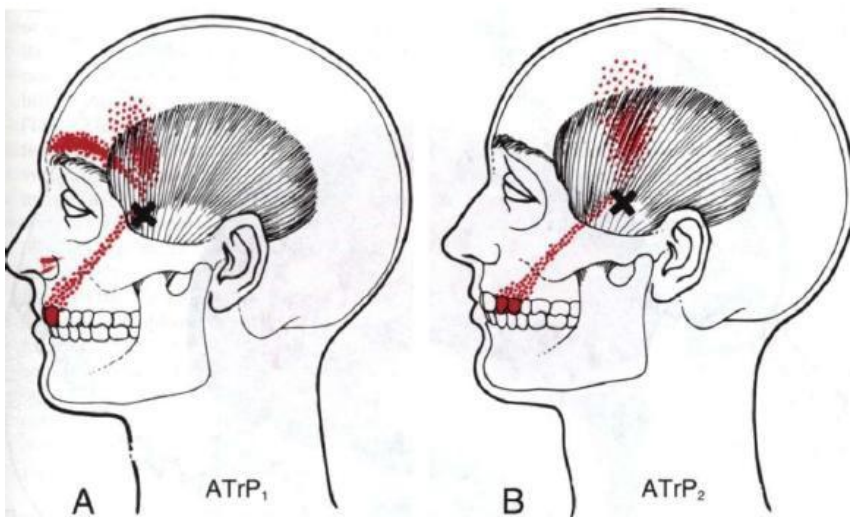
- **Een gespannen strengvormige verharding in de spier (taut band)**
- **Lokale gevoeligheid bij palpatie**
- **Patiënt trekt zich door de pijn terug bij palpatie (jump sign)**
- **Provocatie produceert herkenbare pijn**
- Referred pijn in een voor de spier kenmerkend patroon
- Lokale 'twitch' respons: tonus verhoging van de streng bij forse 'snapping' palpatie

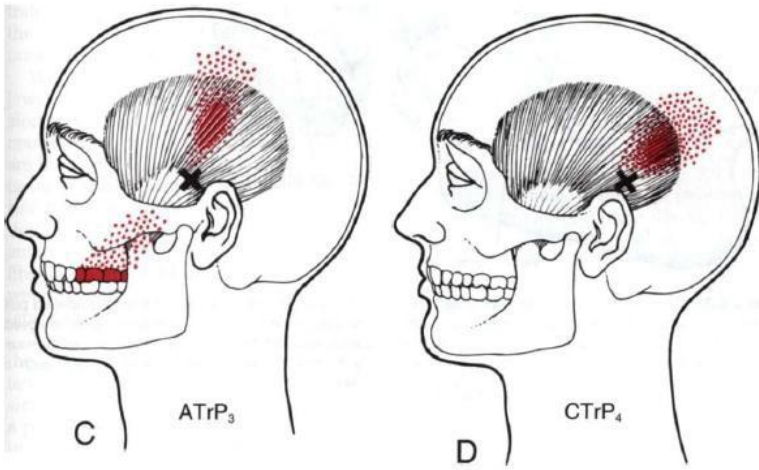
De dikgedrukte criteria zijn de meest betrouwbare kenmerken.

M. masseter

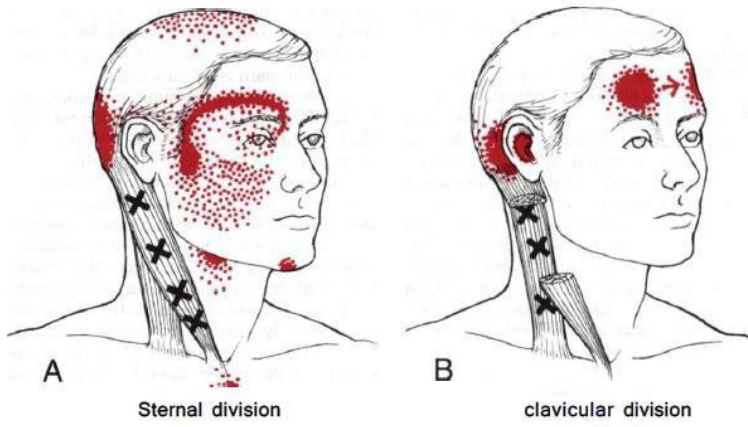


M. temporalis

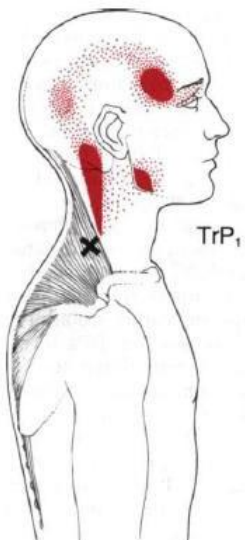


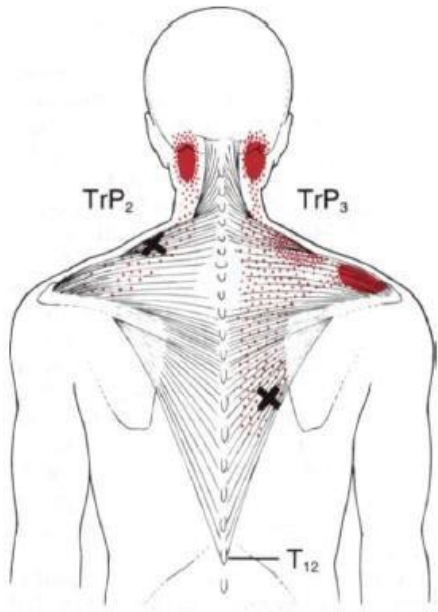


M. sternocleidomastoideus

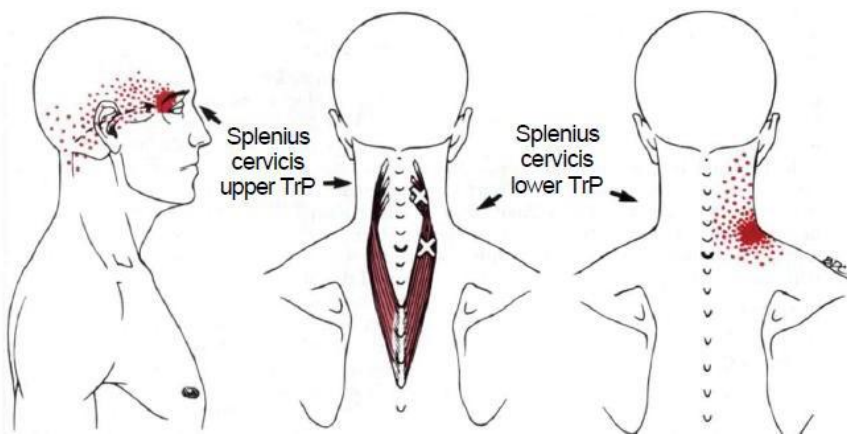
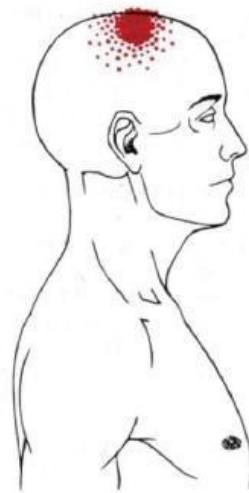
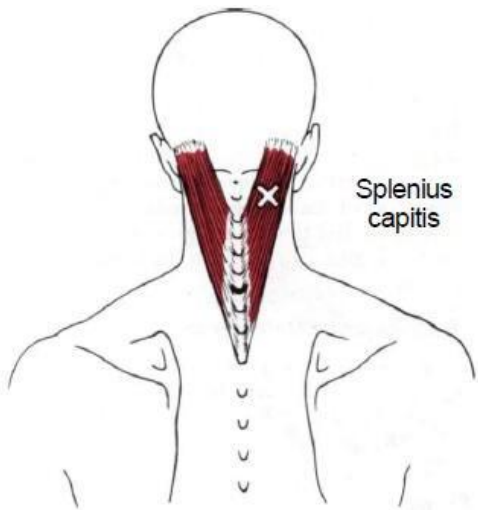


M. trapezius descendens

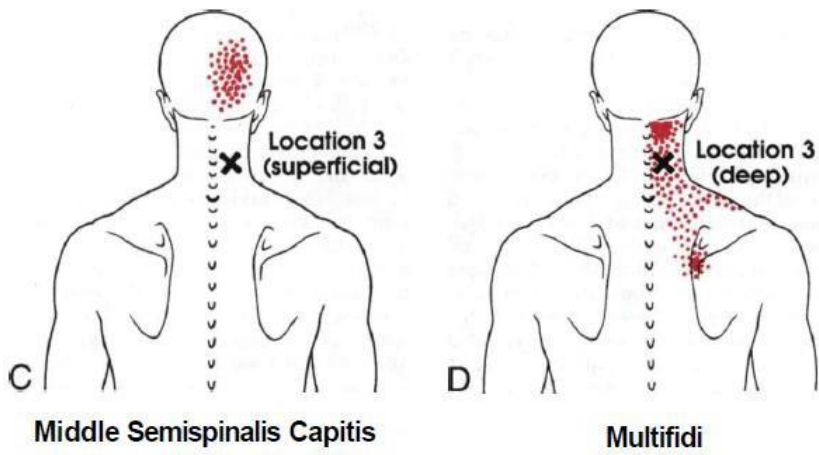
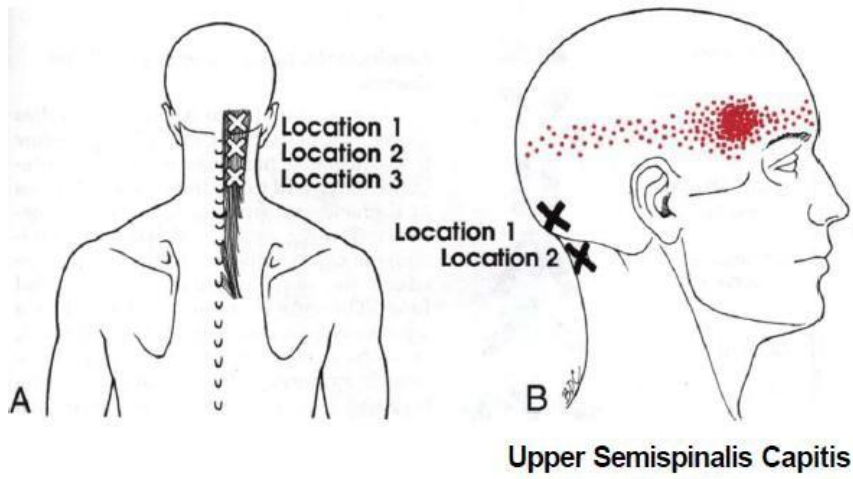




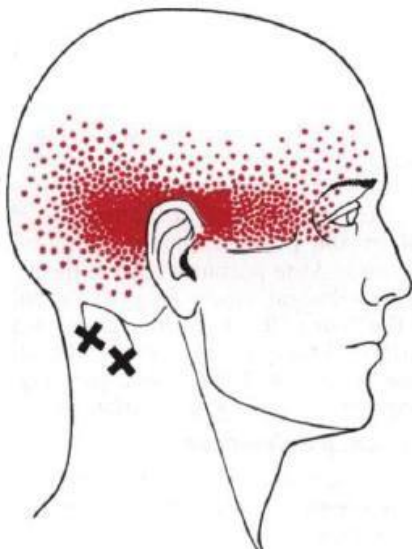
M. splenius capitis en m. splenius cervicis



M. semispinalis capitis en m. semispinalis cervicis



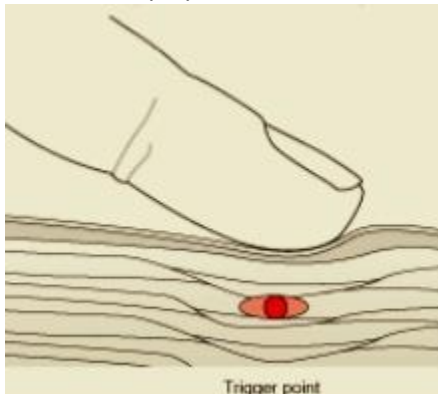
Suboccipitale musculatuur



Palpatie trigger points met uitstralingsgebieden Hoofdpijn

Trigger points kunnen op de volgende manieren worden gepalpeerd:

1. Flat palpation



2. Pincher Palpation



3. Deep probing palpation

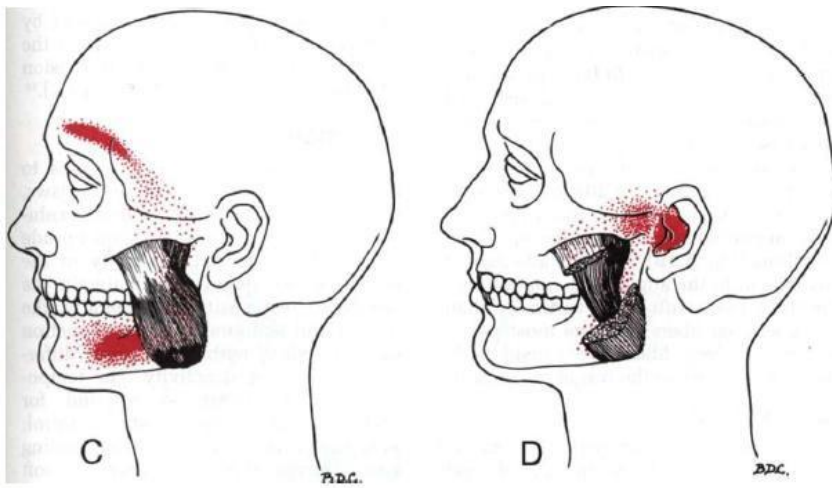
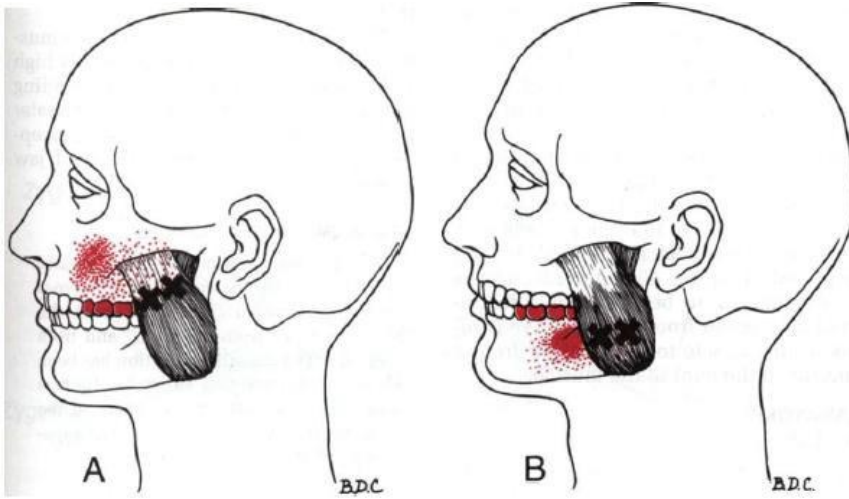


Belangrijke diagnostische kenmerken zijn o.a.:

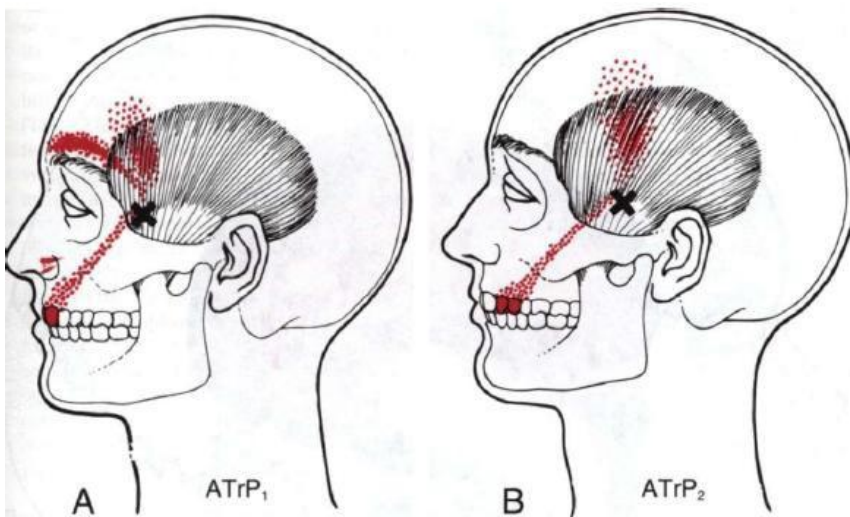
- **Een gespannen strengvormige verharding in de spier (taut band)**
- **Lokale gevoeligheid bij palpatie**
- **Patiënt trekt zich door de pijn terug bij palpatie (jump sign)**
- **Provocatie produceert herkenbare pijn**
- Referred pijn in een voor de spier kenmerkend patroon
- Lokale 'twitch' respons: tonus verhoging van de streng bij forse 'snapping' palpatie

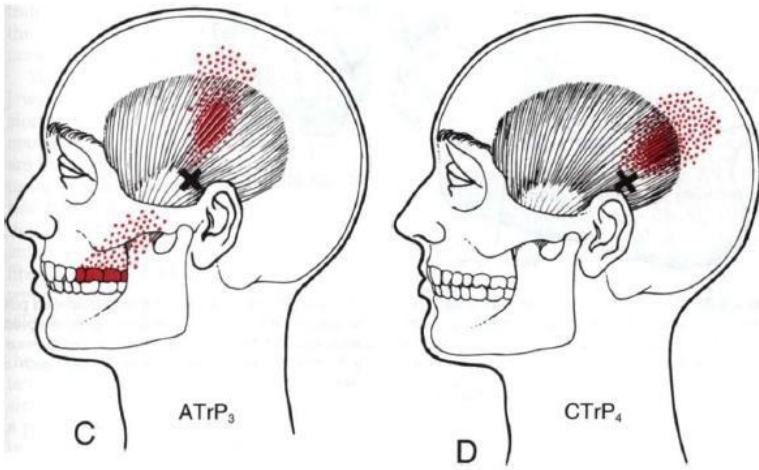
De dikgedrukte criteria zijn de meest betrouwbare kenmerken.

M. masseter

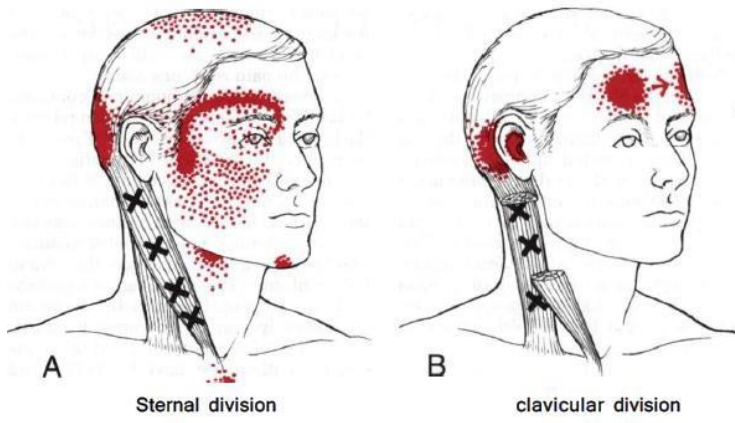


M. temporalis

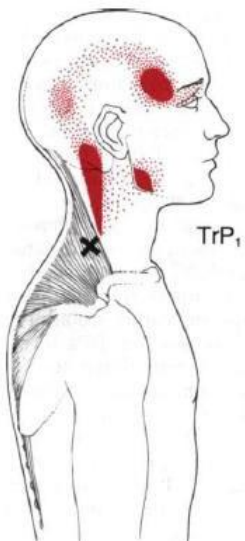


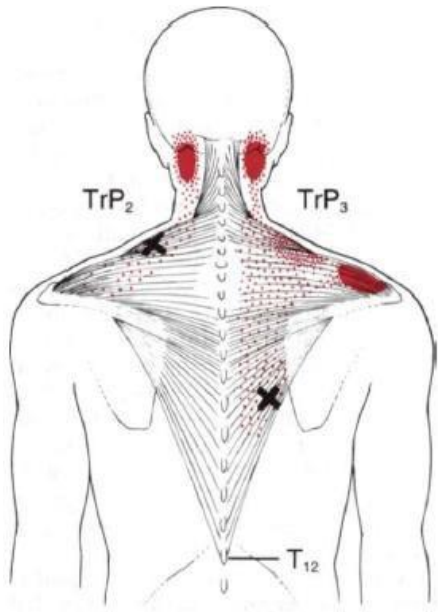


M. sternocleidomastoïdeus

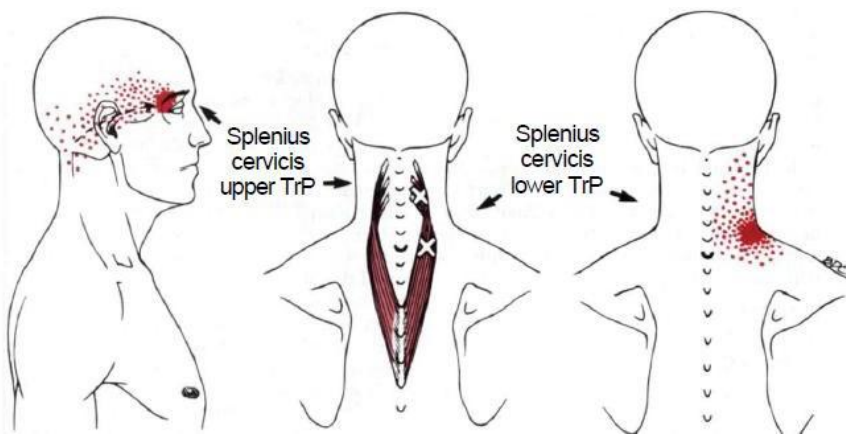
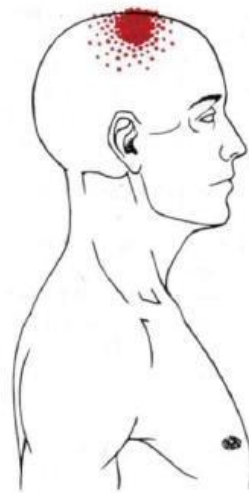
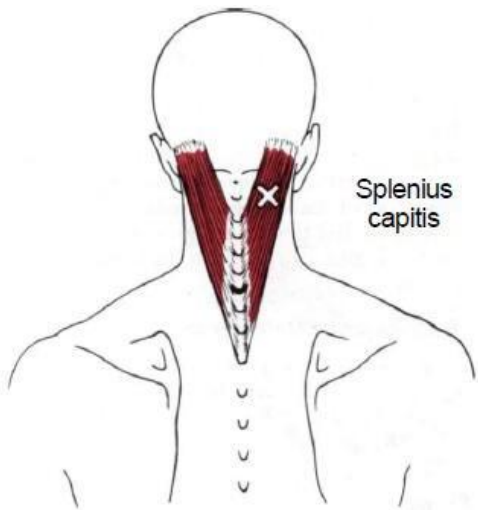


M. trapezius descendens

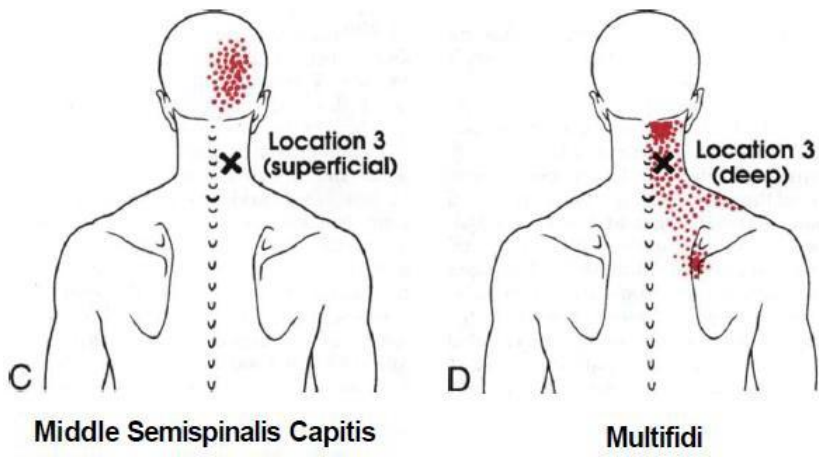
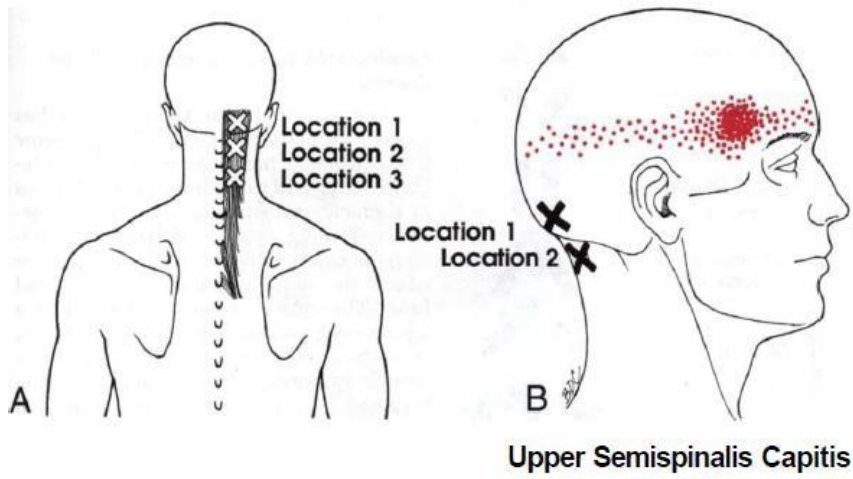




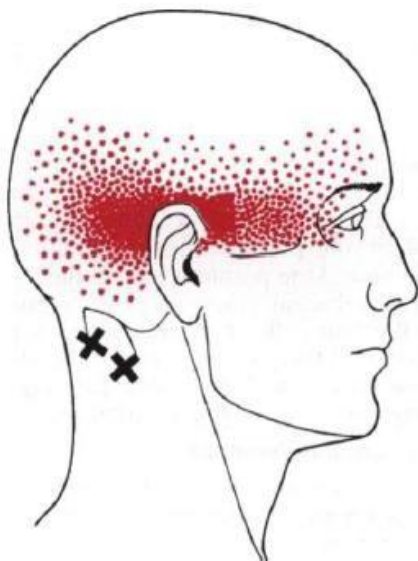
M. splenius capitis en m. splenius cervicis



M. semispinalis capitis en m. semispinalis cervicis



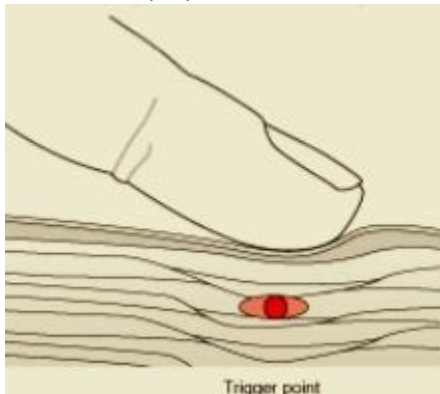
Suboccipitale musculatuur



Palpatie trigger points met uitstralingsgebieden CWK

Trigger points kunnen op de volgende manieren worden gepalpeerd:

1. Flat palpation



2. Pincher Palpation



3. Deep probing palpation

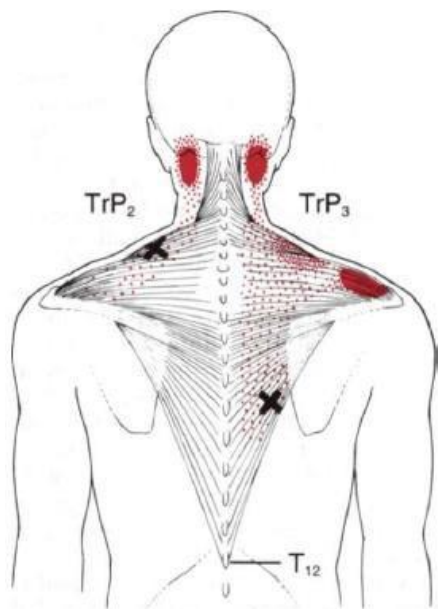
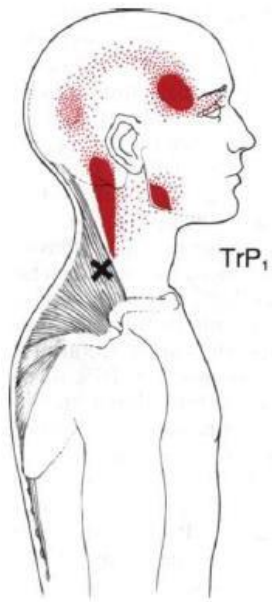


Belangrijke diagnostische kenmerken zijn o.a.:

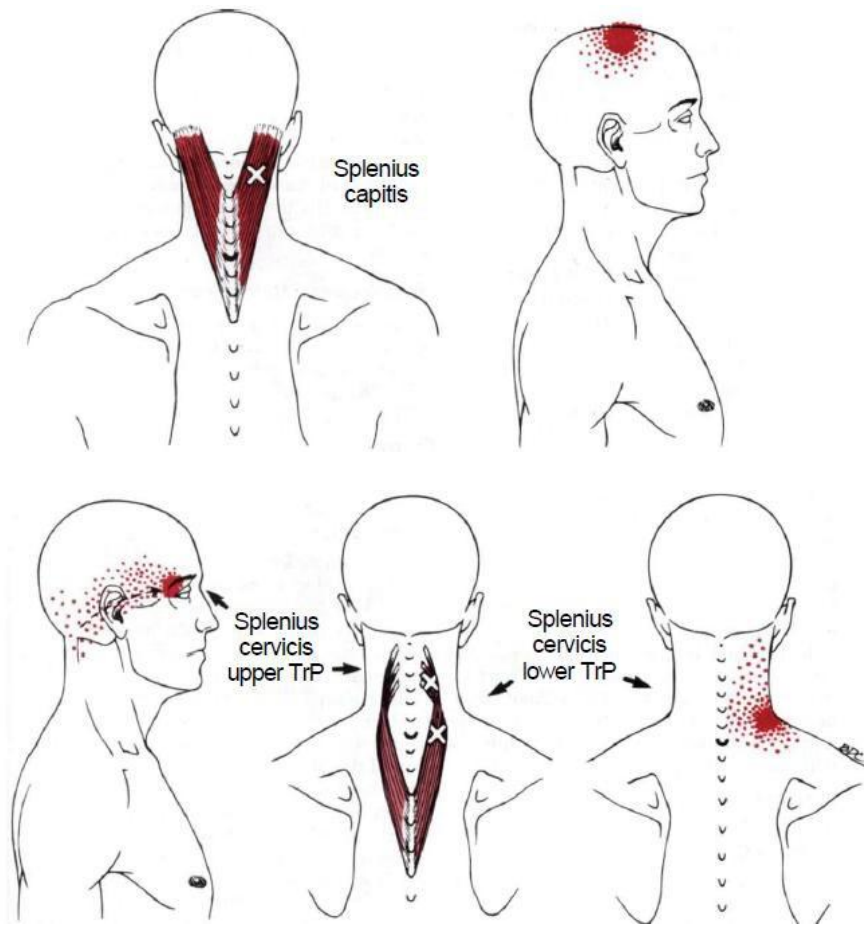
- **Een gespannen strengvormige verharding in de spier (taut band)**
- **Lokale gevoeligheid bij palpatie**
- **Patiënt trekt zich door de pijn terug bij palpatie (jump sign)**
- **Provocatie produceert herkenbare pijn**
- Referred pijn in een voor de spier kenmerkend patroon
- Lokale 'twitch' respons: tonus verhoging van de streng bij forse 'snapping' palpatie

De dikgedrukte criteria zijn de meest betrouwbare kenmerken.

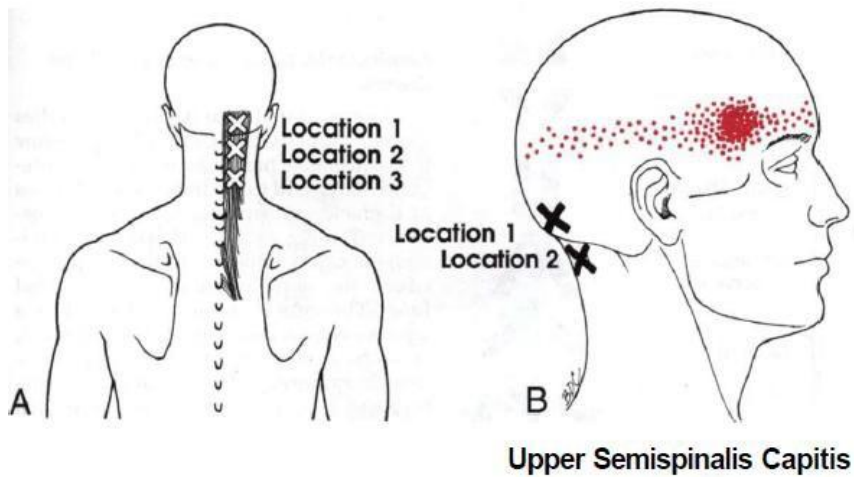
M. trapezius descendens

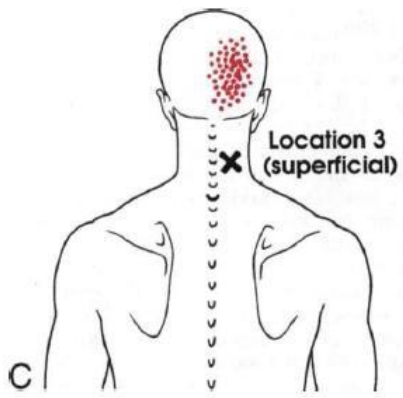


M. splenius capitis en m. splenius cervicis

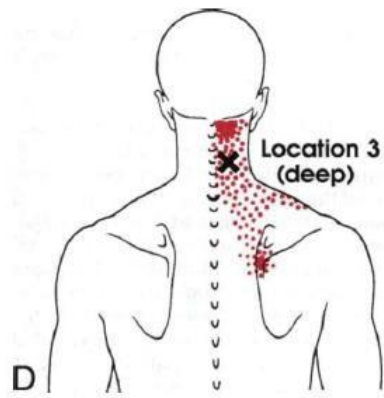


M. semispinalis capitis en m. semispinalis cervicis



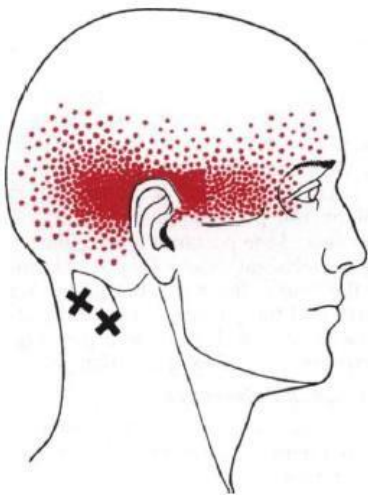


Middle Semispinalis Capitis

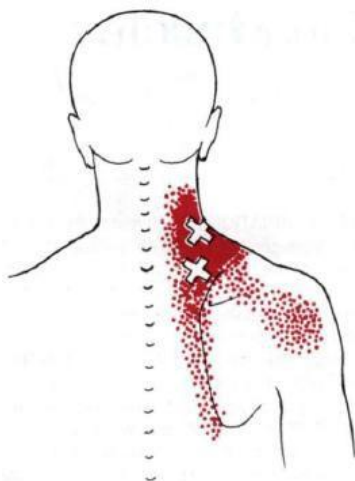


Multifidi

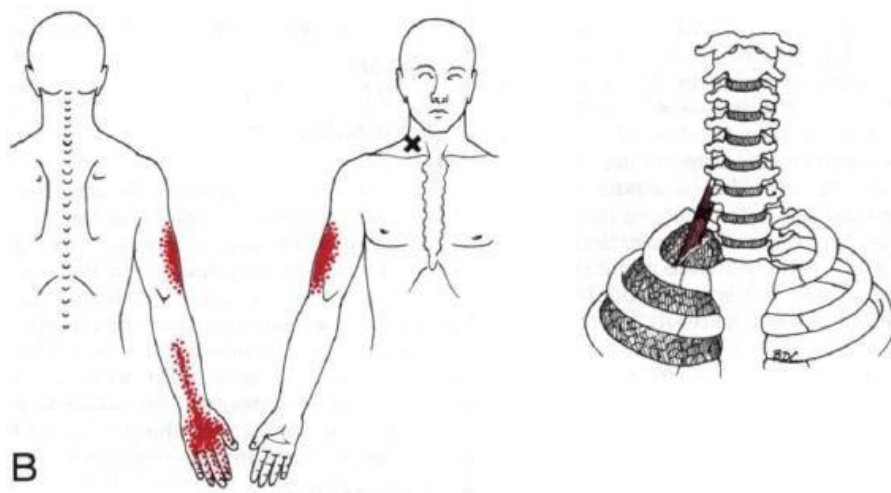
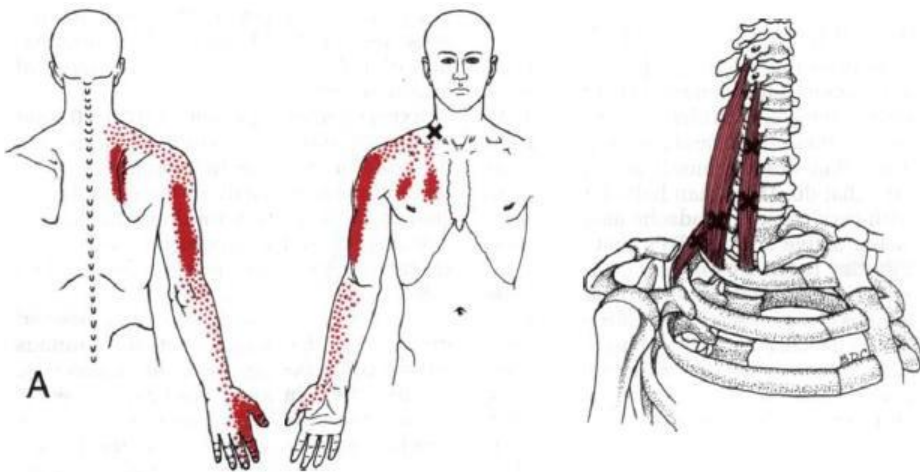
Suboccipitale musculatuur



M. levator scapulae



M. scalenii



Rode vlaggen bij TMD

	ja	nee
Hoofdpijn na recent trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdpijn in combinatie met systeemziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg per maand)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plotseling begin van de hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constante pijn die niet afneemt in rust of bij positie verandering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kanker in de voorgeschiedenis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algemeen onwelbevinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachtelijke pijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Focale neurologische tekens en symptomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begin van de hoofdpijn na het 50e levensjaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geheugenstoornissen, verwardheid, bewustzijnsdaling, slaperigheid etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toegenomen frequentie en / of intensiteit van de hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uitvalsverschijnselen en / of uitgebreide neurologische tekenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retro-orbitale hoofdpijn, misselijkheid, visuele verschijnselen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niet begrepen zwelling intra/extraoraal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Warmte/koudegevoeligheid van gebitselementen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onverklaarbare koorts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voortschrijdende asymmetrieën in het gelaat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Groeiende mandibula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontstekingsverschijnselen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rode vlaggen nek

Ja nee

(Recent) trauma	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Al langer bestaande (onverklaarde) koorts	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg / maand)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Langdurig gebruik corticosteroiden	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Kanker in voorgeschiedenis	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Algemeen onwelbevinden	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nachtelijke pijn (die aanhoudt als u van houding veranderd bent)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Uitgebreide neurologische tekenen en symptomen	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Rode vlaggen hoofdpijn

	ja	nee
Hoofdpijn na recent trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoofdpijn in combinatie met systeemziekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg per maand)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plotseling begin van de hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constante pijn die niet afneemt in rustof bij positie verandering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kanker in de voorgeschiedenis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algemeen onwelbevinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachtelijke pijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Focale neurologische tekens en symptomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begin van de hoofdpijn na het 50e levensjaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geheugenstoornissen, verwardheid, bewustzijnsdaling, slaperigheid etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toegenomen frequentie en / of intensiteit van de hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uitvalsverschijnselen en / of uitgebreide neurologische tekenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retro- orbitale hoofdpijn, misselijkheid, visuele verschijnselen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Intake patient met perifere aangezichtsverlamming

Anamnese perifere aangezichtsverlamming
Naam: Adres: Geboortedatum: Tel.: E-Mail: Doorverwijzer: huisarts/NKO/Neuroloog/Plastisch chirurg Datum afname: Huisarts:

Aangedane zijde	L/R
Datum ontstaan verlamming	
Diagnose	
Klachten voorafgaand aan de verlamming	
Tijd tussen ontstaan en eerste beweging	
Verloop sinds ontstaan	
Chirurgie betreffende aangezicht (datum + aard)	
Medicatie	
Andere (eerdere) therapie	
Conditie	
Beroep/hobby's	
Thuisituatie	
Aantal ziektedagen na verlamming	
Volgende controle(s)	
Hulpvraag	
Evt aanvullende info	

Beperkingen in functies en activiteiten

1= geen probleem

2= weinig

3=matig

4=veel

5=heel veel

KLACHT	1-5	Omschrijving	
Pijn (Locatie – aard)			
Stijfheid (Locatie)			
Oogproblemen (Droog – wazig – prikken – tranen – rood - ...)			
Gehoor (Doof/minder/gelijk) (gevoeligheid hard geluid, fluittoon, zoemen bij bew.)			
Sensibiliteit Li/Re (Meer/minder/gelijk)			
Neusdoorgankelijkheid			
Evenwicht (gbl - gestoord – behand.)			
		Eigen beschrijving	Observatie logo
Praten (Specifieke klanken- SVH gedaald – speekselverlies – luchtverlies – distorsies – synkinesen – asymmetrie -tijdstip)			(papa, fafa, wawa, poopee, paprika, paraplu, Ik ga met Peter naar een feest, spontaan)
Drinken (Problemen – welk materiaal/consistentie, hulpmiddel en technieken)			
Eten (Mijden van consistenties, hulpmiddel en technieken, wangbijten/ lipbijten)			
Mondopening (gelijk –beperkt - hinder)			ROM in mm:
Smaak (Zelfde – minder)			
Speekselsecretie (Xerostomie ...)			
Mondhygiëne (Mondspoelen/tanden poetsen)			
Overige activiteiten Fluiten, iets uitblazen, ballon opblazen, roken, scheren, kussen, ...)			
Psychosociale problemen (welbevinden, vermijdings- gedrag, isoleren, slaapstoornis, irritatie ...)			
Palpatie (Locatie)			
Andere klachten			

Patiënt:

Datum:

Facialis Beperkingen Index

Wilt u het meest geschikte antwoord kiezen op de volgende vragen die samenhangen met de functie van uw aangezichtsspieren. De vragen hebben betrekking op uw functioneren gedurende de afgelopen maand. S.v.p. het gewenste antwoord omcirkelen. *Slechts één antwoord per item omcirkelen.*

Fysieke functie

1. Hoeveel problemen had u met voedsel in uw mond te houden, voedsel in uw mond rond te bewegen of voedsel dat blijft hangen in uw wang tijdens eten?
 5. Geen problemen
 4. Weinig problemen
 3. Matig problemen
 2. Veel problemen
 1. Gewoonlijk at ik niet vanwege de gezondheidstoestand
 0. Gewoonlijk at ik niet vanwege andere redenen

2. Hoeveel problemen had u met drinken uit een kopje?
 5. Geen problemen
 4. Weinig problemen
 3. Matig problemen
 2. Veel problemen
 1. Gewoonlijk dronk ik niet vanwege de gezondheidstoestand
 0. Gewoonlijk dronk ik niet vanwege andere redenen

3. Hoeveel problemen had u met het uitspreken van specifieke klanken/letters tijdens spreken?
 5. Geen problemen
 4. Weinig problemen
 3. Matig problemen
 2. Veel problemen
 1. Gewoonlijk sprak ik niet vanwege de gezondheidstoestand
 0. Gewoonlijk sprak ik niet vanwege andere redenen

4. Hoeveel problemen had u met uw oog vanwege overvloedig tranen of een droog oog?
 5. Geen problemen
 4. Weinig problemen
 3. Matig problemen
 2. Veel problemen
 1. Gewoonlijk had ik geen tranen vanwege de gezondheidstoestand
 0. Gewoonlijk had ik geen tranen vanwege andere redenen

5. Hoeveel problemen had u met tanden poetsen of mond spoelen?
 5. Geen problemen
 4. Weinig problemen
 3. Matig problemen
 2. Veel problemen
 1. Gewoonlijk geen problemen met poetsen en spoelen vanwege de gezondheidstoestand
 0. Gewoonlijk geen problemen met poetsen en spoelen vanwege andere redenen

Patiënt:

Datum:

Sociaal/welbevinden functie

6. Hoeveel tijd voelde u zich kalm en tevreden?

6. de hele tijd
5. de meeste tijd
4. een groot deel van de tijd
3. sommige tijd
2. een beetje tijd
1. geen enkele tijd

7. Hoeveel tijd isoleerde u zich van mensen in uw naaste omgeving?

1. de hele tijd
2. de meeste tijd
3. een groot deel van de tijd
4. sommige tijd
5. een beetje tijd
6. geen enkele tijd

8. Hoe vaak werd u geïrriteerd door degenen in uw naaste omgeving?

1. de hele tijd
2. de meeste tijd
3. een groot deel van de tijd
4. sommige tijd
5. een beetje tijd
6. geen enkele tijd

9. Hoe vaak werd u vroeg wakker of verschillende keren wakker tijdens uw nachtelijke slaap?

1. de hele tijd
2. de meeste tijd
3. een groot deel van de tijd
4. sommige tijd
5. een beetje tijd
6. geen enkele tijd

10. Hoe vaak weerhield uw aangezichtsverlamming u ervan uit te gaan eten, te winkelen of deel te nemen aan familie of sociale activiteiten?

1. de hele tijd
2. de meeste tijd
3. een groot deel van de tijd
4. sommige tijd
5. een beetje tijd
6. geen enkele tijd

Patiënt:

Datum:

FBI - SCORE:

FYSIEKE FUNCTIE

$$\frac{\text{Totale score (vragen 1-5)} - N}{4} \times 100 = \boxed{}$$

N = aantal beantwoorde vragen

SOCIAAL/WELBEVINDEN FUNCTIE

$$\frac{\text{Totale score (vragen 6-10)} - N}{5} \times 100 = \boxed{}$$

Vertaald naar:

VanSwearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: Reliability and validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. Phys Ther 1996;76:1288-300.

De Sunnybrookschaal

SUNNYBROOK FACIAL GRADING SYSTEM										
Symmetrie in rust Vergeleken met normale zijde		Symmetrie bij bewegingen Mate van bewegingsuitslag vergeleken met normale zijde					Synkinesen Mate van onwillekeurige spiercontractie optredend bij elke expressie			
Oog (slechts één keuze mogelijkheid)										
Normaal 0										
Klein 1										
Wijd 1										
Ooglidchirurgie 1										
		Standaard Expressies								
		Geen bew. Geringe bew. Matige lichts-lag. Bijna vollediig Vollediige bew.					Geen synk. lichte synk. 1 of meerdere spieren. Duidelijke synk. van 1 of meer spieren. ontbeterende synk/ grove massale bew. van meerdere spieren			
Wang (nasolabiale plooi)		Wenkbrauwer optrekken					0 1 2 3			
Normaal 0										
Afwezig 2		Zachtjes					0 1 2 3			
Minder geprononseerd 1		ogen sluiten					0 1 2 3			
Meer geprononseerd 1		Glimlachen					0 1 2 3			
Mond		Neus optrekken					0 1 2 3			
Normaal 0										
Mondhoek hangt 1		Tuiten					0 1 2 3			
Mondhoek staat hoger 1										
Totaal		Zeer ernstige asym. Ernstige asym. Matige asym. Milde asym. Normale asym.					Totaal Synkinese score Totaal			
Symmetrie in rust score										
Totaal x 5										
		Symmetrie bij bewegingen score					Totaal x 4			
							SAMENGESTELDE SCORE			
Naam patiënt:		Symm bew score - Symm rust score - Synkinese score =								
Diagnose:										
Datum:										

Vertaald naar: Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1996;114:380-6. (1999, Beurskens CHG, Radboudumc)

Uitbreiding Sunnybrookschaal voor depressie onderlip en wenkbrauwen fronsen

Uitbreiding:	zeer ernstige asym	ernstige asym	matige asym	milde asym	normale symm					
mondhkn nr beneden (DAO/PLA)	1	2	3	4	5		0	1	2	3
wenkbrauwen fronsen (CS/PR)	1	2	3	4	5		0	1	2	3

Criteria voor het invullen van de Sunnybrookschaal

Neely JG et al. Sunnybrook Facial Grading System: Reliability and Criteria for Grading. *Laryngoscope* May 2010;120:1038-45.

Symmetrie in Rust (vergelijken met de niet-aangedane zijde)

Oog (slechts één keuze mogelijkheid)

- 0: Normaal
- 1: Er is minder van de iris te zien dan aan de andere zijde (kleiner oog oftewel smallere lidspleet)
- 1: Er is meer van de iris te zien dan aan de andere zijde (wijd)
- 1: Ooglidchirurgie, bv een goudgewichtje, ectropion correctie

Nasolabiale plooï (slechts één keuze mogelijkheid)

- 0: Normaal
- 2: Plooï is afwezig [afwezig]
- 1: Plooï is minder geprononceerd dan de andere kant (minder geprononceerd)
- 1: Plooï is meer geprononceerd dan de andere kant (meer geprononceerd)

Mond (slechts één keuze mogelijkheid)

- 0: Normaal
- 1: Mondhoek staat lager dan de andere kant (mondhoek hangt)
- 1: Mondhoek staat hoger dan de andere kant (mondhoek staat hoger)

Symmetrie bij bewegen (vergelijken met de niet-aangedane zijde)

Wenkbrauwen optrekken (Om horizontale rimpels in het voorhoofd te laten verschijnen). Slechts één keuzemogelijkheid:

- 5: Normaal, beide zijden gelijk aantal rimpels en wenkbrauwen op gelijke hoogte.
- 4: Bijna normaal, het voorhoofd rimpelt, nauwelijks verschil te zien. Wenkbrauw blijft nauwelijks lager bij bewegen.
- 3: Duidelijk beweging, maar niet normaal. Wenkbrauw blijft zichtbaar lager bij bewegen.
- 2: Voorhoofd beweegt nauwelijks, m.n. lateraal zeer geringe beweging zichtbaar.
- 1: Geen beweging zichtbaar (Let op als er net naast de midline enige beweging is komt dit van de niet-aangedane zijde).

Zachtjes de ogen sluiten. Slechts één keuzemogelijkheid:

- 5: Normaal. Oogleden sluiten volledig en met de zelfde snelheid .
- 4: Bijna normaal. Oogleden sluiten volledig maar langzamer.
- 3: Matig. Oog sluit niet net helemaal bij zachtjes sluiten, alleen bij langer dicht houden.
- 2: Geringe beweging. Oog sluit niet, slechts half dicht.
- 1: Geen beweging. Oog sluit niet, oogbol is meer dan half zichtbaar.

Neus optrekken: het midden van het gelaat gaat omhoog, alsof men iets vies ruikt. Slechts één keuze mogelijkheid:

- 5: Normaal, geen verschil met niet-aangedane zijde.
- 4: Bijna normaal. Bijna symmetrisch, zeer weinig verschil te zien met de niet-aangedane zijde.
- 3: Matig. Duidelijke beweging maar niet symmetrisch.
- 2: Geringe beweging. Nauwelijks te zien dat er beweging is.
- 1: Geen beweging.

Glimlach. Slechts één keuzemogelijkheid:

- 5: Normaal, geen verschil met niet-aangedane zijde.
- 4: Bijna normaal. Bijna symmetrisch, zeer weinig verschil te zien met de niet-aangedane zijde.
- 3: Matig. Duidelijke beweging maar niet symmetrisch.
- 2: Geringe beweging. Nauwelijks te zien dat er beweging is.
- 1: Geen beweging.

Lippen tuiten zoals bij fluiten. Vergelijk met de niet-aangedane. Slechts één keuzemogelijkheid:

- 5: Normaal, geen verschil met niet-aangedane zijde.
- 4: Bijna normaal. Bijna symmetrisch, zeer weinig verschil te zien met de niet-aangedane zijde.
- 3: Matig. Duidelijke beweging maar niet symmetrisch. Er is protrusie (naar voren komen) aan de aangedane mondhoek.
- 2: Geringe beweging. Geringe vlakke beweging van de commissure, maar geen protrusie.
- 1: Geen beweging.

Synkinese: Onwillekeurige spiercontractie bij een willekeurige spiercontractie (welke groter is dan aan de niet-aangedane zijde). Vergelijk met de niet-aangedane zijde.

Gevraagde beweging:

Synkinesen:

Wenkbrauwen optrekken

oog en/of mond-, halsregio
0: geen
1: gering, dichtbij kijken om het te zien
2: matig, gemakkelijk te zien
3: ernstig, zeer ontsierend (bv oog gaat vrijwel dicht)

Zachtjes ogen sluiten

wenkbrauw en/of mond-, halsregio
0: geen
1: gering, dichtbij kijken om het te zien
2: matig, gemakkelijk te zien
3: ernstig, zeer ontsierend (bv mondhoek gaat fors omhoog, putje in de kin, duidelijke contractie platysma)

Neus optrekken

wenkbrauw, oog en/of mond-, halsregio
0: geen
1: gering, dichtbij kijken om het te zien
2: matig, gemakkelijk te zien
3: ernstig, zeer ontsierend (bv oog gaat vrijwel dicht)

Glimlachen

wenkbrauw en/of oogregio
0: geen
1: gering, dichtbij kijken om het te zien
2: matig, gemakkelijk te zien
3: ernstig, zeer ontsierend (bv oog gaat vrijwel dicht, zeer duidelijke contractie platysma)

Lippen tuiten

oog en/of mond-, halsregio
0: geen
1: gering, dichtbij kijken om het te zien
2: matig, gemakkelijk te zien
3: ernstig, zeer ontsierend (bv oog gaat vrijwel dicht, zeer duidelijke contractie platysma)

House-Brackmann gradering

In het kader van wetenschappelijk onderzoek is het belangrijk de HB-graad te noteren. Publicaties zonder de HB-graden van patiënten worden vaak geweigerd.

Graad	Beschrijving	Kenmerken
I	Normaal	Normale mimische functies in alle regio's
II	Lichte dysfunctie	Alg.: geringe afwijking zichtbaar bij inspectie van dichtbij; mogelijk zeer geringe synkinesen. Rust: normale symmetrie en tonus Bew: voorhoofd: matige tot goede functie oog: volledige sluiting bij minimale inspanning mond: geringe asymmetrie
III	Matige dysfunctie	Alg.: duidelijk maar geen ontsierend verschil tussen 2 gezichtshelften; waarneembare, maar geen ernstige synkinese, contractuur en/of hemifaciaal spasme Rust: "normale" asymmetrie en tonus Bew: voorhoofd: geringe tot matige beweging oog: volledige sluiting bij inspanning mond: geringe afwijking bij maximale inspanning
IV	Matige tot ernstige dysfunctie	Alg.: duidelijke afwijking en/of ontsierende asymmetrie Rust: "normale" symmetrie en tonus Bew: voorhoofd: geen beweging oog: onvolledige sluiting mond: asymmetrie bij maximale inspanning
V	Ernstige dysfunctie	Alg.: nauwelijks beweging waarneembaar Rust: asymmetrie Bew: voorhoofd: geen oog: onvolledige sluiting mond: geringe beweging
VI	Totale verlamming	Geen beweging

Vertaald naar:

House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg 1985;93:146-7. (1999, Beurskens CHG, Radboudumc)

Opmerking: Een HB graad III wil zeggen dat het oog volledig sluit (met moeite en vertraagd).

Vragenlijst 'Dutch FaCE Scale' (Facial Clinimetric Evaluation)

Beantwoord alstublieft ALLE VRAGEN zo goed mogelijk. De volgende uitspraken gaan over hoe u denkt dat uw gezicht beweegt.

(OMCIRKEL slechts EEN nummer)	Eén kant	Beide kanten	Ik heb geen moeite
Als ik mijn gezicht probeer te bewegen, ondervind ik moeite aan	1	2	0

(Als u problemen heeft aan BEIDE kanten, beantwoord dan de vragen in de rest van de vragenlijst over de meer aangedane kant, of over beide kanten als ze in gelijke mate aangedaan zijn.) In de **AFGELOPEN WEEK**:

(OMCIRKEL slechts EEN nummer per regel)	Helemaal niet	Alleen als ik mij concentreer	Een beetje	Bijna normaal	Normaal
1. Als ik <i>glimlach</i> , gaat de aangedane kant van mijn mond omhoog	1	2	3	4	5
2. Ik kan mijn wenkbrauw optrekken aan de aangedane kant	1	2	3	4	5
3. Als ik mijn lippen tuit, dan beweegt de aangedane kant van mijn mond	1	2	3	4	5

De volgende uitspraken gaan over hoe u zich misschien voelt vanwege de problemen met het bewegen van uw gezicht. Vult u alstublieft in hoe vaak elk van de volgende uitspraken op u van toepassing waren in de **AFGELOPEN WEEK**:

(OMCIRKEL slechts EEN nummer per regel)	Altijd	Meestal	Soms	Zelden	Nooit
4. Delen van mijn gezicht voelen stijf, vermoeid of ongemakkelijk	1	2	3	4	5
5. Mijn aangedane oog voelt droog of geïrriteerd aan	1	2	3	4	5
6. Als ik mijn gezicht probeer te bewegen, voel ik spanning, pijn of spasme	1	2	3	4	5
7. Ik gebruik oogdruppels of zalf in mijn aangedane oog	1	2	3	4	5
8. Mijn aangedane oog is nat of bevat tranen	1	2	3	4	5
9. Ik gedraag me anders in het bijzijn van mensen vanwege de problemen met het bewegen van mijn gezicht	1	2	3	4	5
10. Mensen behandelen mij anders vanwege de problemen met het bewegen van mijn gezicht	1	2	3	4	5
11. Ik heb problemen met het verplaatsen van voedsel in mijn mond	1	2	3	4	5
12. Ik heb problemen met kwijlen of voedsel en drank in mijn mond houden of met morsen op mijn kin en kleren	1	2	3	4	5

De volgende uitspraken gaan over hoe u zich misschien heeft gevoeld of hoe het met u ging in de AFGELOPEN WEEK vanwege problemen met het bewegen van uw gezicht. Geef alstublieft aan in hoeverre u het eens bent met iedere uitspraak:

OMCIRKEL slechts EEN nummer per regel	Helemaal mee eens	Mee eens	Weet ik niet	Mee oneens	Helemaal mee oneens
13. Mijn gezicht voelt moe aan en/of als ik mijn gezicht probeer te bewegen, voel ik spanning, pijn of kramp	1	2	3	4	5
14. Mijn <i>uiterlijk</i> heeft mijn bereidheid om mee te doen aan sociale activiteiten of familie en vrienden te zien beïnvloed.	1	2	3	4	5
15. Omdat ik moeite heb met mijn manier van eten, heb ik het eten in restaurants of bij andere mensen thuis vermeden	1	2	3	4	5

Aanvullende opmerkingen:

De formule voor de totaal score van de FaCE is:

$((\text{som van alle 15 items}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100.$

De subdomein formules voor de FaCE zijn als volgt:

Aangezichtsmotoriek $((\text{som van item 1+2+3}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Aangezichtscomfort $((\text{som van item 4+6+13}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Orale functie $((\text{som van item 11+12}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Oog comfort $((\text{som van item 5+7}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Traan controle $(\text{item 8} - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Sociale functie $((\text{som van item 9+10+14+15}) - \text{aantal ingevulde items}) / (4 \times \text{aantal ingevulde items}) \times 100$

Kahn JB, Gliklich RE, Boyev KP, Stewart MG, Metson RB, McKenna MJ. Validation of a patient-graded instrument for facial nerve paralysis: the FaCE scale. The Laryngoscope. 2001;111(3):387-8.

Kleiss IJ, Beurskens CHG, Stalmeier PFM et al. Quality of life assessment in facial palsy: validation of the Dutch Facial Clinimetric Evaluation Scale. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015; 272:2055–61.

Vragenlijst “Dutch Synkinesis Assessment Questionair” (SAQ)

Beantwoord alstublieft de volgende vragen betreffende de functie van uw gezicht, op een schaal van 1 tot 5, volgens de volgende schaal:

1 = zelden of helemaal niet

2 = af en toe of een klein beetje

3 = soms of een beetje

4 = meestal of matig

5 = altijd of ernstig

1. Als ik glimlach, gaat mijn oog dicht	1	2	3	4	5
2. Als ik praat, gaat mijn oog dicht	1	2	3	4	5
3. Als ik fluit of mijn lippen tuit, gaat mijn oog dicht	1	2	3	4	5
4. Als ik glimlach, verstijft mijn hals	1	2	3	4	5
5. Als ik mijn ogen sluit, verstijft mijn gezicht	1	2	3	4	5
6. Als ik mijn ogen sluit, beweegt mijn mondhoek	1	2	3	4	5
7. Als ik mijn ogen sluit, verstijft mijn hals	1	2	3	4	5
8. Als ik eet, traant mijn oog	1	2	3	4	5
9. Als ik mijn gezicht beweeg, ontstaat er een kuiltje in mijn kin	1	2	3	4	5

De formule voor de SAQ is: $((\text{som item 1 t/m 9}) / 45) * 100$.

Mehta RP, WernickRobinson M, Hadlock TA. Validation of the Synkinesis Assessment Questionnaire. The Laryngoscope. 2007;117(5):923-6.

Kleiss IJ, Beurskens CHG, Stalmeier PFM et al. Synkinesis assessment in facial palsy: validation of the Dutch Synkinesis Assessment Questionnaire. 2016; 116 (2):171–8.