



Vakinhoud bij SNT-live  
bijeenkomst 17-12-2024

door: Gerard Koel



# INHOUD

1. Even over een privé ziektegeval
2. Over de waarde hands-on interventies, intro op HWO
3. Discussie over rationales voor hands-on interventies
4. Beantwoording vragen met praktijkvoorbeelden
5. Samenvatting/ afronding (& commissie VI)

# 1. Een privé ziektegeval.

- Man, 69 jaar met maart/ april zwelling/ bobbel in linker bil
- Begin augustus: 14 hoge intensiteit Röntgen bestralingen.
- Vier weken 'rust'.
- 20 September: tumor verwijderd/ stoma geplaatst.
- 26 September: reconstructie van de linker bil
- 10 Oktober: ontslag, gelukkig weer naar huis.
  
- Vanaf november relatief OK, gewicht, wandelen, zitten;
- 5 maanden kanker patiënt geweest, daarna: herstel ADL
- 13 December: stoma verwijderd & MRI contrast gemaakt



# Wat leer je dan van een life-event?

- Beter bewustzijn van onvoorspelbaarheid
- Toegenomen bescheidenheid
- Toegenomen tevredenheid
- Extra tijd om ergens mee opnieuw te beginnen
- Beter relativeringsvermogen

## 2. Hands-on interventies, intro HWO

- Page/ Buchbinder Cochrane review 2016
- NVMT-congres ShoTime, 2019
- Kommer en kwel voor de FT/ MT?
- Is er zicht op herstel van vertrouwen in hands-on met de studies van deze HWO?

## 2. Hands-on interventies

Wat valt daaronder?

- Massage
- Desensitisering/ fricties triggerpoints
- Passive joint mobilisations
- Mobilisations With Movements
- Sh. Symptom Modifying Procedures
- HVT-LA technieken m.n. wervelkolom
- Wat alternatief: Bindweefsel/ Fascia



# Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie

Aangesloten bij KNGF





# Wat te doen met MT??

## Manual Therapy: A Critical Assessment of Role in the Profession of Physical Therapy

Joseph P Farrell ✉, Gail M Jensen

## The Demonization of Manual Therapy

Chad E. Cook

DANIEL I. RHON, PT, DPT, DSc<sup>1</sup> • GAIL D. DEYLE, PT, DPT, DSc<sup>1</sup>

## Manual Therapy: Always a Passive Treatment?

## Is orthopaedic manipulative physical therapy not fashionable anymore? Lessons learned from 2016 IFOMPT meeting and future directions

Duncan Reid<sup>1</sup>, Chad Cook<sup>2</sup>, Phillip S Sizer<sup>3</sup>, Frédéric Froment<sup>4</sup>, Chris R Showalter<sup>5</sup>, Jean-Michel Brismée<sup>3</sup>

JOURNAL OF MANUAL & MANIPULATIVE THERAPY, 2018  
VOL. 26, NO. 1, 1-2  
<https://doi.org/10.1080/10669817.2018.1426241>



EDITORIAL

We need to debate the value of manipulative therapy and recognize that we do not always understand from what to attribute our success

## Manual therapists – Have you lost that loving feeling?!

Paul E. Mintken, Jason Rodeghero & Joshua A. Cleland



## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS.

**BMJ**

**RESEARCH**

---

### Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial

Kim Bennell, professor,<sup>1</sup> Elin Wee, physiotherapist and research assistant,<sup>1</sup> Sally Coburn, physiotherapist,<sup>1,2</sup> Sally Green, professor,<sup>3</sup> Anthony Harris, professor,<sup>4</sup> Margaret Staples, biostatistician,<sup>5,6</sup> Andrew Forbes, professor,<sup>6</sup> Rachelle Buchbinder, professor<sup>5,6</sup>



## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

- Inclusion / exclusion:

*SP episode of more than 3 months*

*patients age above 18 years old*

*SP – NPRS between 3 and 7 (scale: 0 – 10)*

*pain provoked by active abduction or external rotation*

*no restricted ROM, no frozen shoulder*

*no massive RC ruptures*

*no osteoarthritis, serious pathology, systematic pathol.*



## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

- Inclusion / exclusion:
  - SP episode of more than 3 months
  - patients age above 18 years old
  - SP – NPRS between 3 and 7 (scale: 0 – 10)
  - pain provoked by active abduction or external rotation
  - no restricted ROM, no frozen shoulder
  - no massive RC ruptures
  - no osteoarthritis, serious pathology, systematic pathol.
- *120 included patients randomized in two groups*
  - 59: active intervention (exercise + MT) vs 61: placebo*



## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

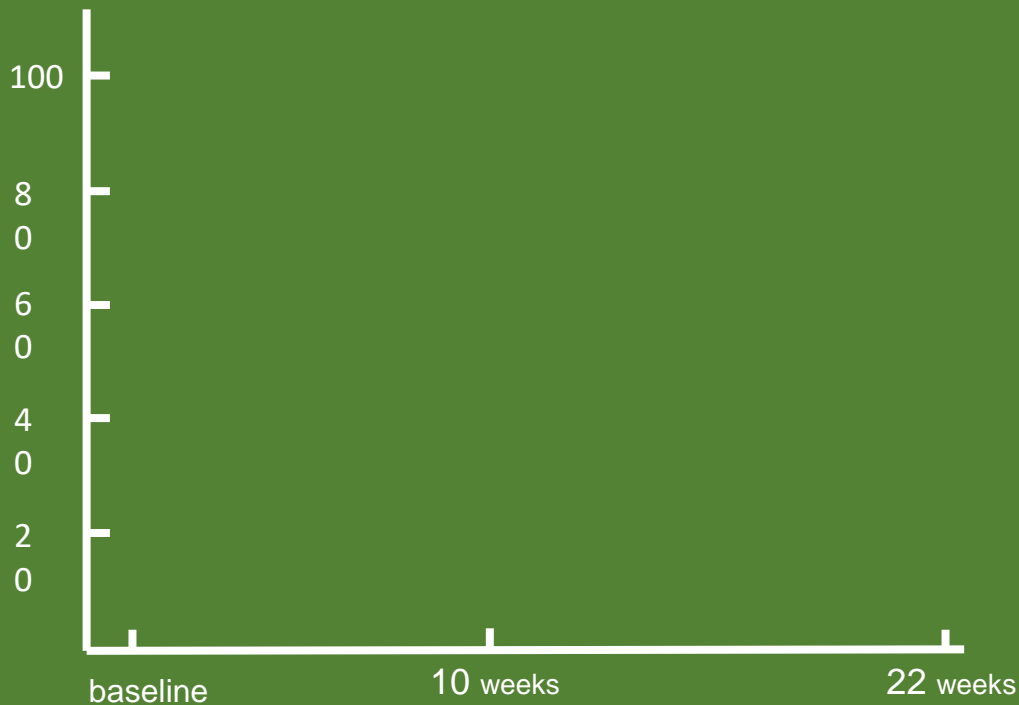
- Inclusion / exclusion:
  - SP episode of more than 3 months
  - patients age above 18 years old
  - SP – NPRS between 3 and 7 (scale: 0 – 10)
  - pain provoked by active abduction or external rotation
  - no restricted ROM, no frozen shoulder
- 120 included patients randomized in two groups
  - 59: active intervention (exercise + MT) vs 61: placebo
- *Primary outcome measurement:*
  - SPADI (percentage 0 – 100, 100 = worst)*



## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)

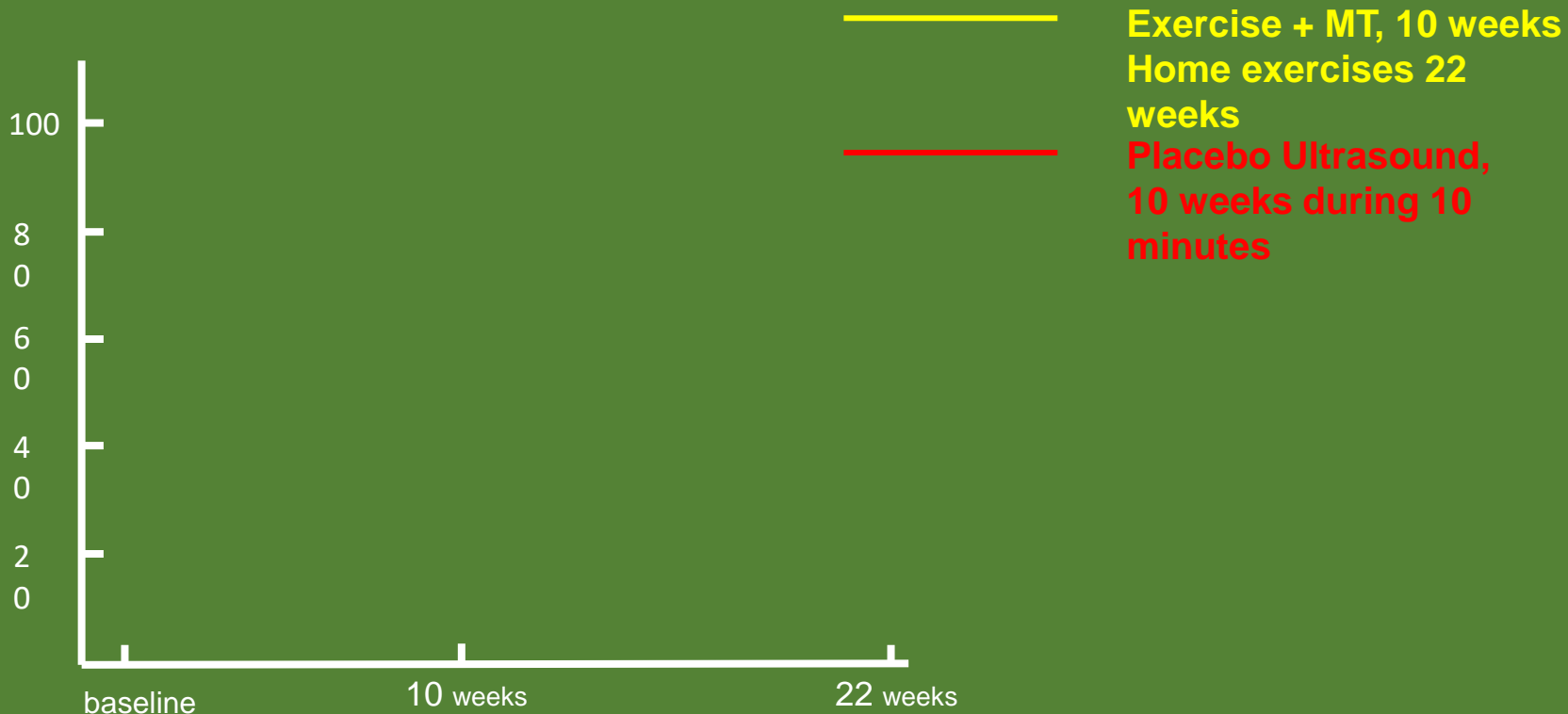




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)

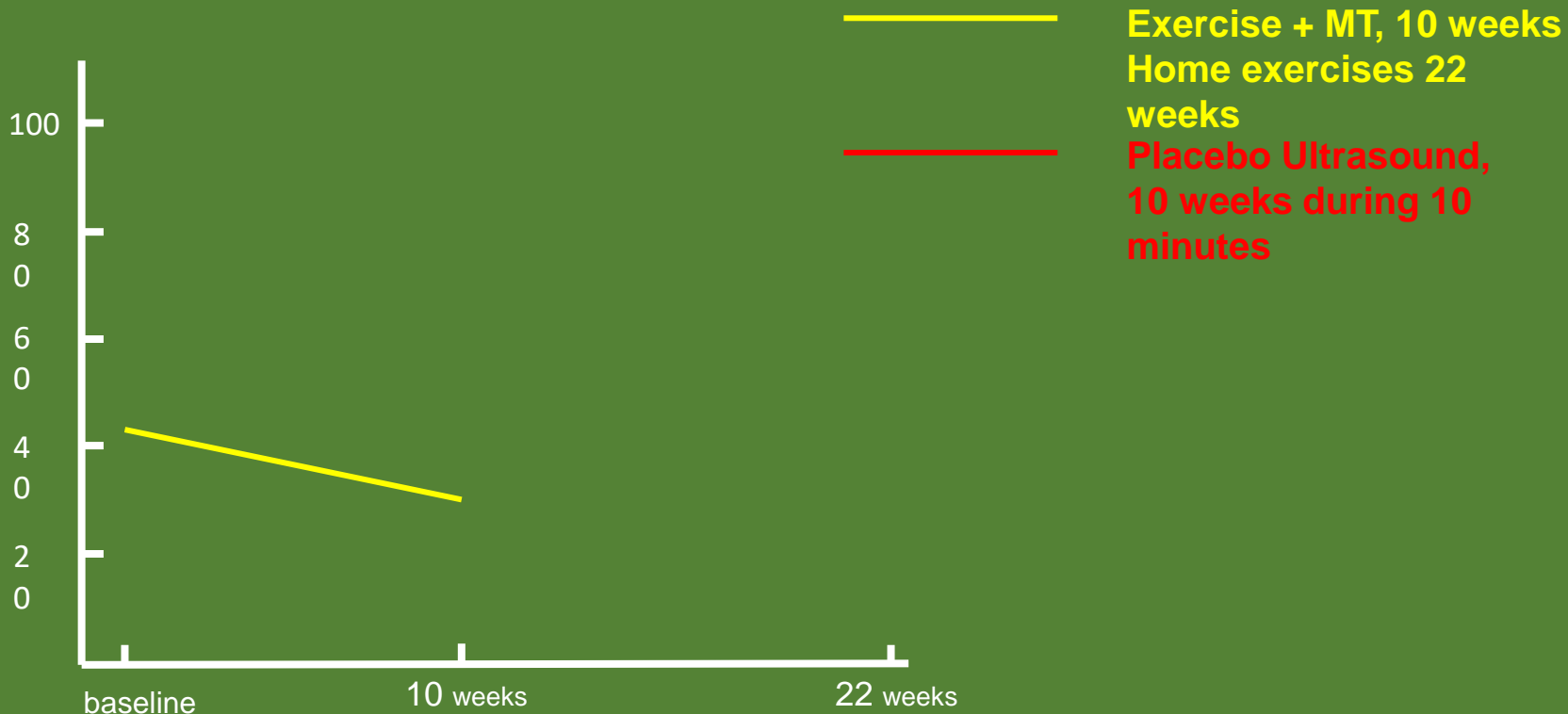




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)



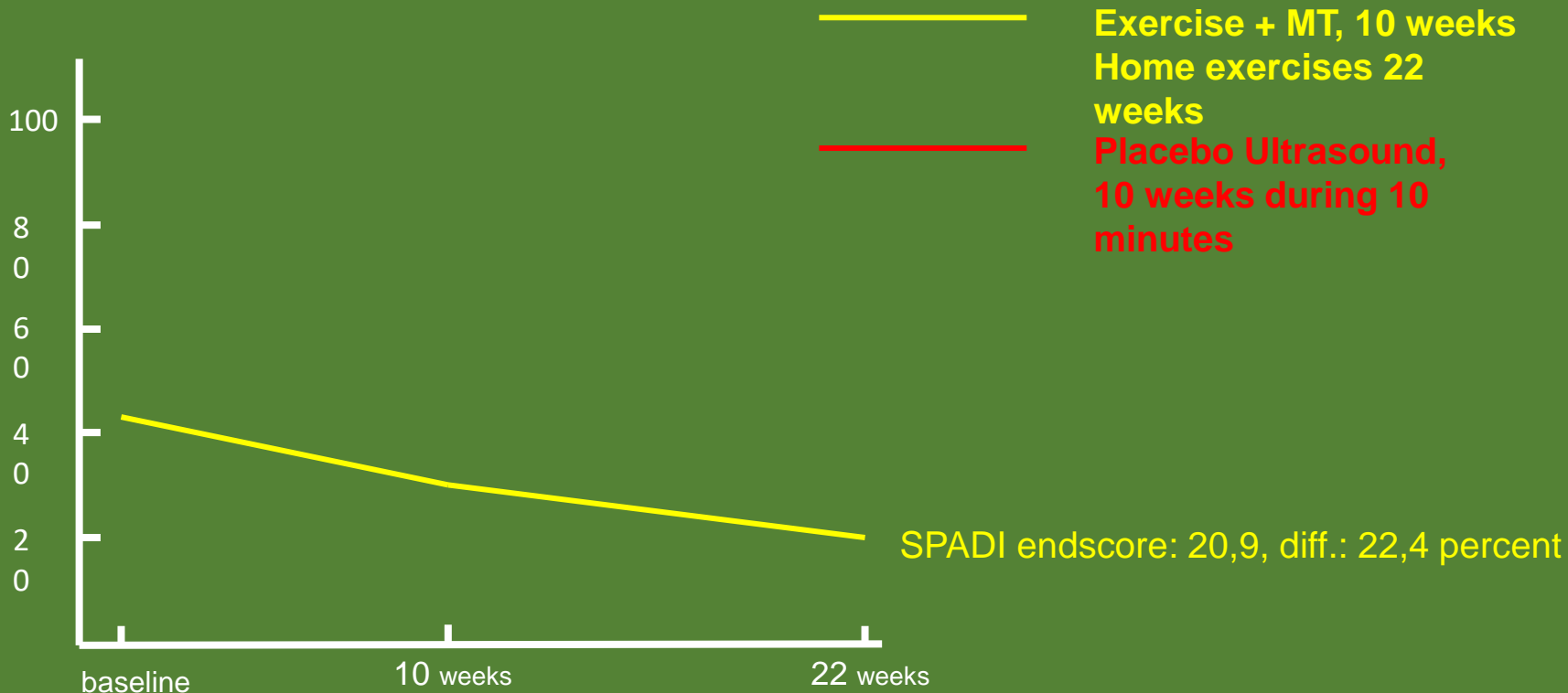




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)

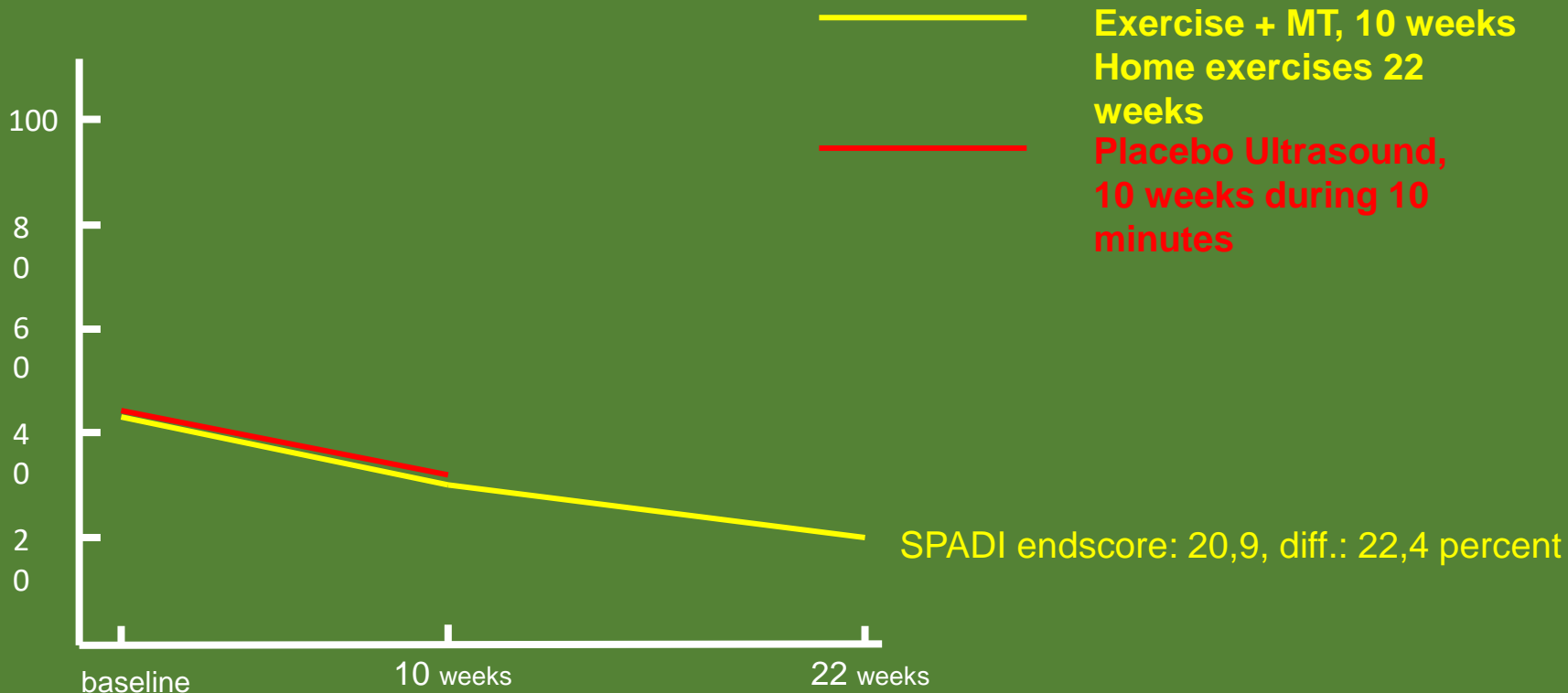




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)

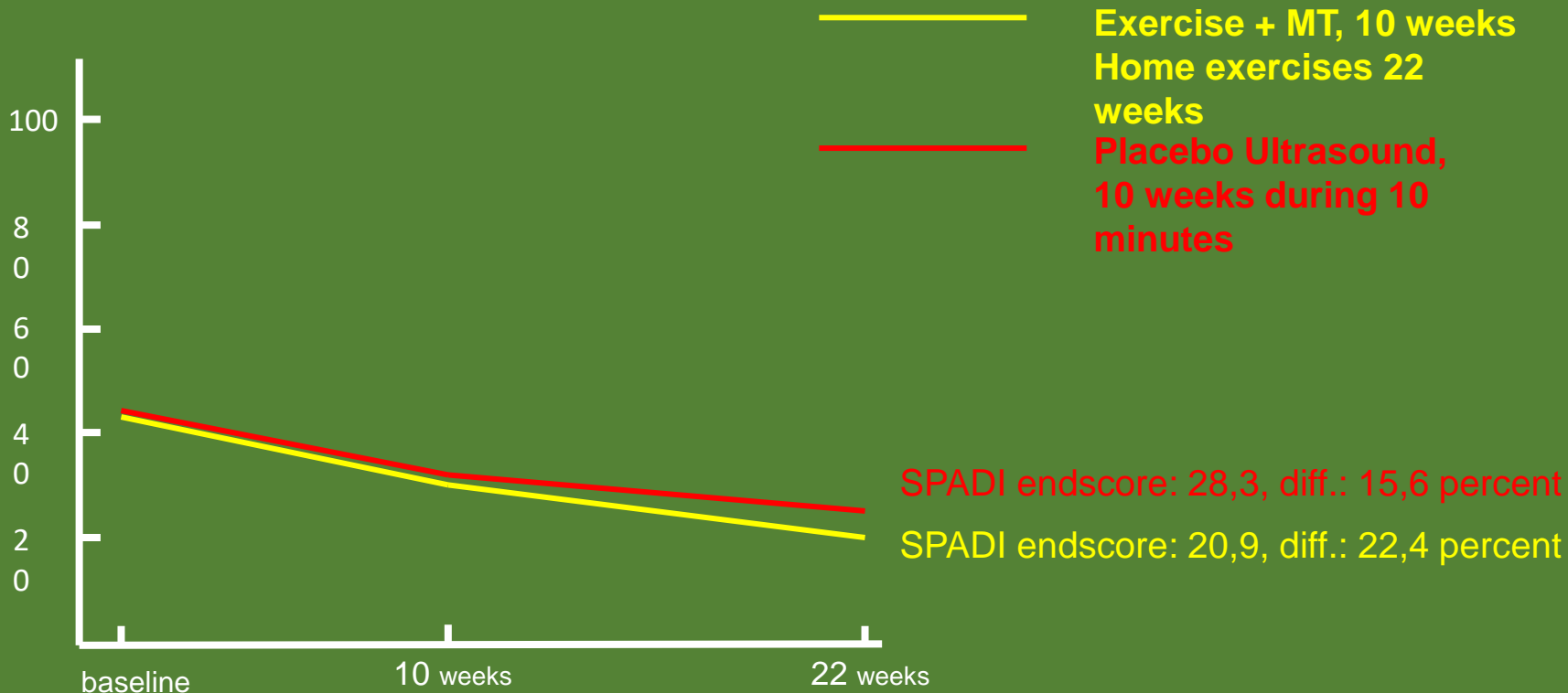




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)

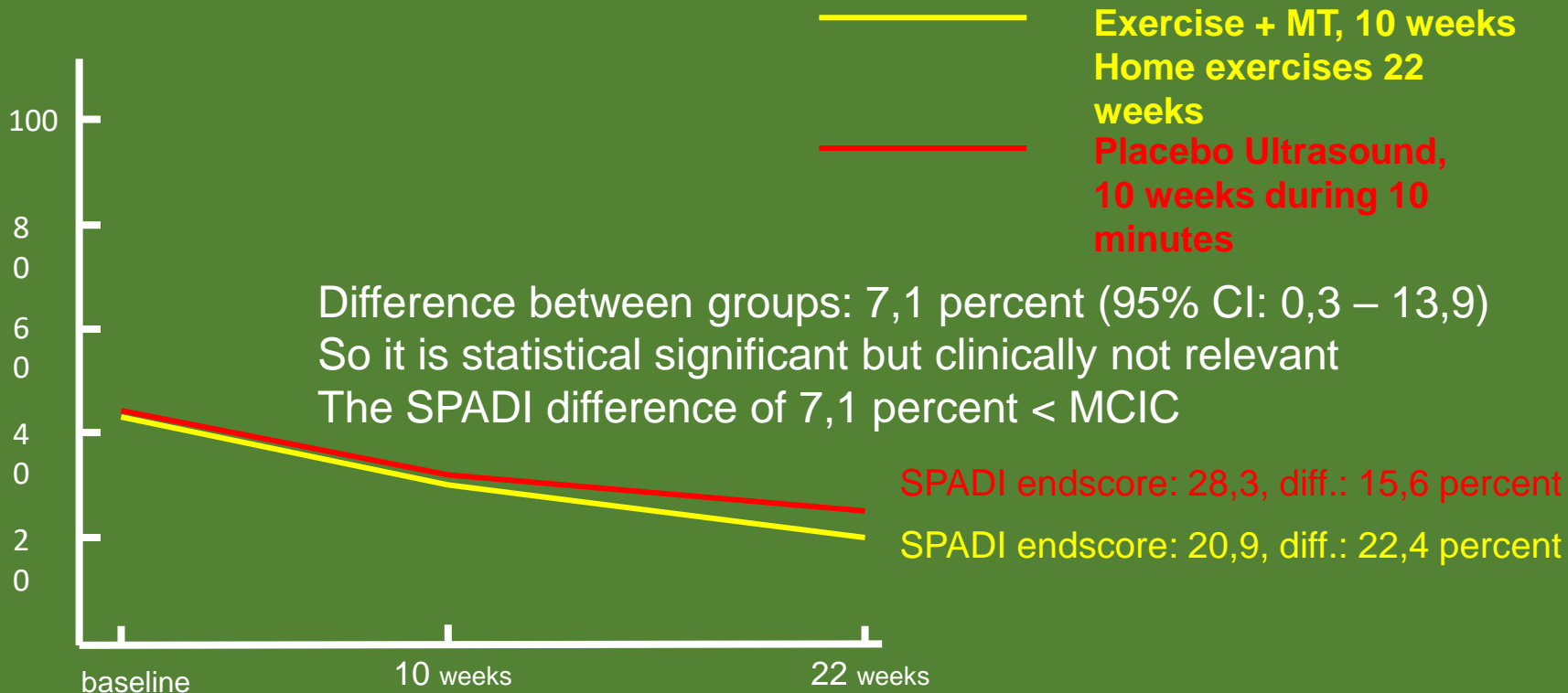




## Option 4: Exercise therapy for patients with SP / SAPS

Bennell K et al, Melbourne Australia, BMJ, 2010

SPADI (0-100, 100 = worst)





However 1; see recent SR's:

- Haik et al; BJSM (2016)
- Green et al; de Cochrane review (2008)
- Henratty et al; Arthritis Rheumatism (2012)
- Hanchard et al, UK guideline (2004)
- Kuhn et al (MOON study), JSES (2009)
- Littlewood et al, Physiotherapy (2012)

And a number of recent RCT's:

- Lombardi et al, 2008
- Holmgren et al, 2012
- Bjornsson et al, 2014
- Kukkonen et al, 2015



## However 1; see recent SR's:

- Haik et al; BJSM (2016)
- Green et al; 'old' Cochrane review (2008)
- Henratty et al; Arthritis Rheumatism (2012)
- Hanchard et al, UK guideline (2004)
- Kuhn et al (MOON study), JSES (2009)
- Littlewood et al, Physiotherapy (2012)

## .... and a number of recent RCT's:

- Lombardi et al, 2008
- Holmgren et al, 2012
- Bjornsson et al, 2014
- Kukkonen et al, 2015

All studies +ve about effectiveness of exercise therapy in SP patients;  
or exercise therapy as effective (or: ineffective?) as surgery.



However 2; most relevant level 1 SR is Page et al 2016:



**Cochrane**  
**Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

## Manual therapy and exercise for rotator cuff disease (Review)

Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, Mrocki MA, Buchbinder R



However 2; most relevant level 1 SR is Page et al 2016:



- The Bennell study is judged as having the highest methodological score and therefore the most important study, .... leading to the conclusion that Cochrane authors state .....
- There is high quality evidence to suggest that exercise therapy is just a bit better than placebo therapy.



Lijkt nogal tegen te vallen.  
Kan dat beter?  
Wachten op de  
goede golf?



# Journal of **PHYSIOTHERAPY**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jphys](http://www.elsevier.com/locate/jphys)

## Research

In people with shoulder pain, mobilisation with movement and exercise improves function and pain more than sham mobilisation with movement and exercise: a randomised trial

Rafael Baeske <sup>a</sup>, Toby Hall <sup>b</sup>, Rafael Rodrigues Dall’Olmo <sup>c</sup>, Marcelo Faria Silva <sup>c</sup>

<sup>a</sup> School of Physiotherapy, Faculdades Integradas de Taquara, Taquara, Brazil; <sup>b</sup> Curtin School of Allied Health, Curtin University, Perth, Australia; <sup>c</sup> Department of Physical Therapy, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil



Lori A. Michener, PT, ATC, PhD, FAPTA<sup>1</sup> ■ Philip W. McClure, PT, PhD, FAPTA<sup>2</sup> ■ Angela R. Tate, PT, PhD<sup>2,3</sup> ■ Lane B. Bailey, PT, PhD<sup>4</sup>  
Amee L. Seitz, PT, DPT, PhD<sup>5</sup> ■ Rachel K. Straub, PhD<sup>1</sup> ■ Charles A. Thigpen, PT, ATC, PhD<sup>6</sup>

# Adding Manual Therapy to an Exercise Program Improves Long-Term Patient Outcomes Over Exercise Alone in Patients With Subacromial Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial

therapy, specifically resistance exercise, is recommended as the first line treatment.<sup>17</sup> Resistance exercise improves patient-reported outcomes, but response rates are highly variable.<sup>3,43</sup> Manual therapy is recommended as an addition to resistance exercise, but there are inconsistent effects in systematic reviews.<sup>3,46,55</sup> Importantly, a recent meta-analysis<sup>3</sup> noted low certainty for the superiority of resistance exercise plus manual therapy over exercise only. Limitations of prior studies include the inconsistency of a comprehensive and



**The Sports Physio**  @AdamMeakins · 23 nov.

A blog over 10 years old that started a lot of shit for me... but one I still stand by to this day. You do NOT need to use symptom modification procedures for painful problems!



[thesports.physio](https://thesports.physio)

Does symptom modification need a procedure?  
an 8-minute read... The term 'symptom modification'  
is used to describe a lot of stuff therapists do to ...





Gerard Koel @gerard\_koel · 10 s

...

There's discrepancy between popularity and evidence for SSMPs/ MWMs hands-on techniques. PTs often like techniques but evidence was lacking. Risks (passive, dependency, rationale) are mentioned in your blog but recent RCTs describe positive results. 'Manual therapy overcomes'? 😊



Journal of Physiotherapy 70 (2024) 288-293

**SEARCH REPORT**

Philip W. McClure, PT, PhD, FAPTA<sup>2</sup> ■ Angela R. Tate, PT, PhD<sup>1</sup>  
 ■ K. Straub, PhD<sup>1</sup> ■ Charles A. Thigpen, PT, ATC, PhD<sup>3</sup>

**Journal of PHYSIOTHERAPY**  
 journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jphys](http://www.elsevier.com/locate/jphys)

Research

Shoulder pain, mobilisation with movement, and pain more than sham mobilisation with exercise: a randomised trial

Toby Hall<sup>b</sup>, Rafael Rodrigues Dall'Olmo<sup>c</sup>, Maria de Taquara, Taquara, Brazil;<sup>b</sup> Curtin School of Allied Health, Curtin University, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

Manual Therapy to an Exercise Program Improves Patient Outcomes: Manual Therapy Alone in Patients with Unilateral Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial

thera  
 recor  
 Resi  
 Repot  
 highl  
 omm  
 exerc  
 in sy  
 recer  
 for tl  
 plus  
 Limi  
 incor





However, I also recognise there is another not-so-helpful side with these symptom modification techniques. For some patients, these techniques can reinforce beliefs that their pain NEEDS or HAS to be reduced before they move when in fact it's perfectly ok and safe to move despite their pain.

They can also potentially create dependence and a loss of control and self-efficacy for some, feeling that the therapist is in control of their pain and not them. Often what a patient 'feels' can far outweigh anything a therapist 'says'.

Straks meer bij de HWO.  
Ook met praktijk MWM's schoudergordel

### 3. Over de rationales van FT/ hands-on

- Als hands-on technieken al effectief zijn; wat is dan de rationale?

*Geldt dat alleen voor MT of voor FT i.h.a.?*

- Aktueel thema in de wetenschappelijke literatuur, relevante auteurs:
  - Giacomo Rossettini
  - Damian Keter



20<sup>th</sup> of February 2024  
Force-NET Winter Symposium

**Understanding Contextual Factors  
and how these can influence clinical  
and mechanistic outcomes**

Dr Giacomo Rossettini

PhD, MSc, OMPT, PT



giacomo.rossettini@gmail.com



@GiacomoRoss86



Universidad  
Europea

# Contextual Factors: why do they matter in MSK care?

The Contextual Factors are an unavoidable component of the treatment



Joint Mobilization



Joint Manipulation (HVLA)



Therapeutic Exercise



Physical Agents

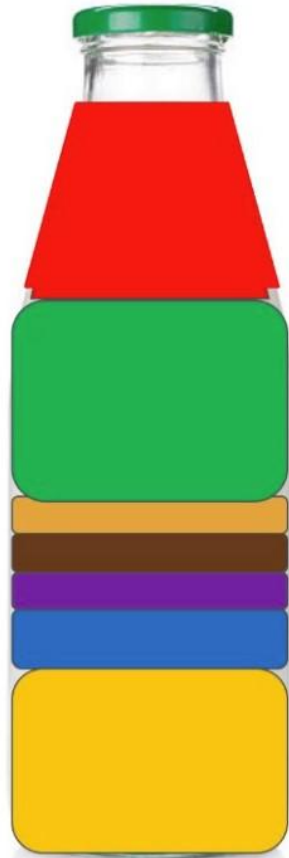


Taping



Needles

Rather than worrying about the non specific effects shouldn't we focus on the cream on the top "specific effects" ?  
What? Why? How? When? Who?



The milk bottle of treatment effects

Placebo  
Response

- specific effect
- natural healing
- regression to the mean
- Hawthorne effect
- Rogers phenomenon
- Simpson paradox
- true placebo effect

Placebo effects, also described as non-specific effect, therapeutic ritual effect, theatrical effect, all require priming.

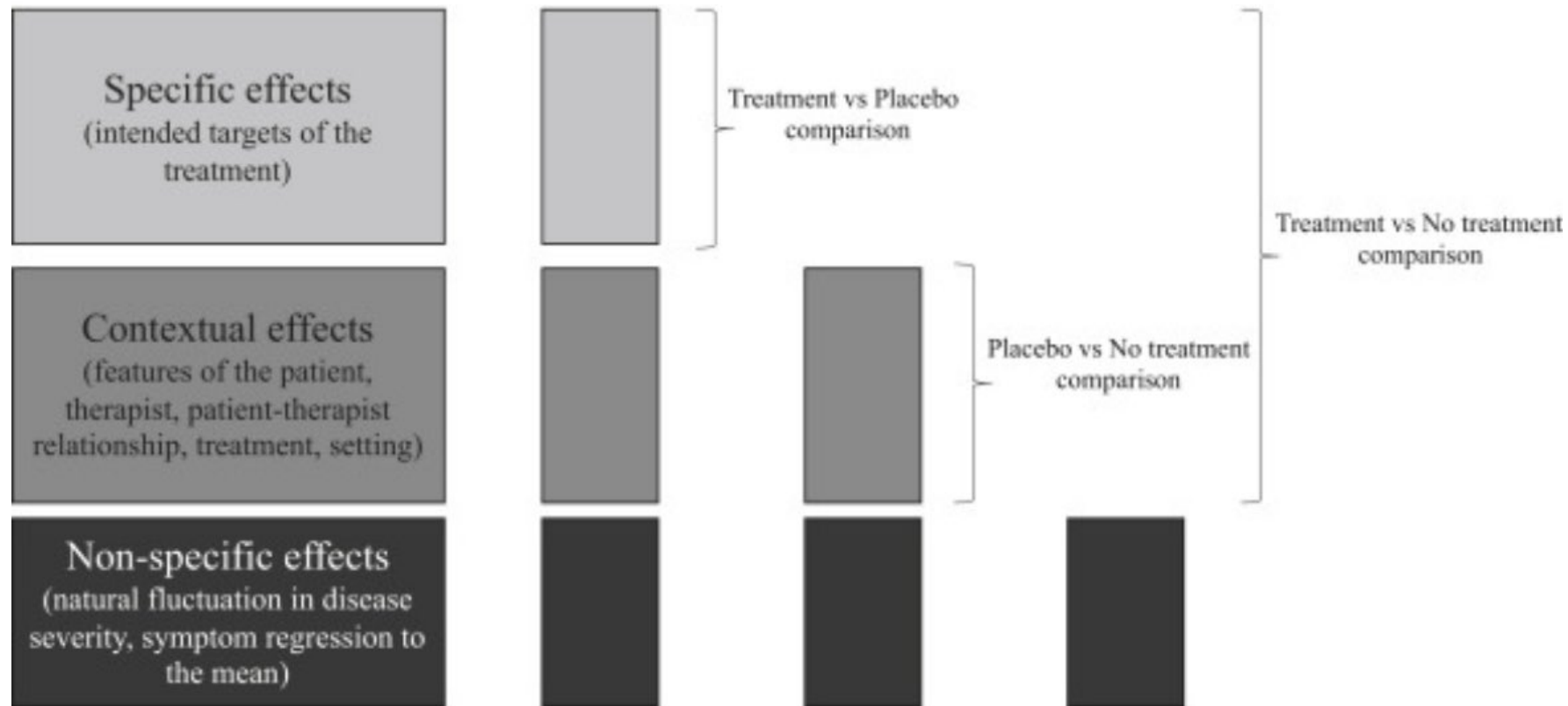
## Treatment effects

## Treatment

## Placebo

## No treatment

ark





Effecten van een FT behandeling hebben 3 mogelijke bronnen:  
specifieke en/of contextuele (waaronder placebo) en/ of algemene effecten

## Effect FT behandeling

### Specifieke effecten

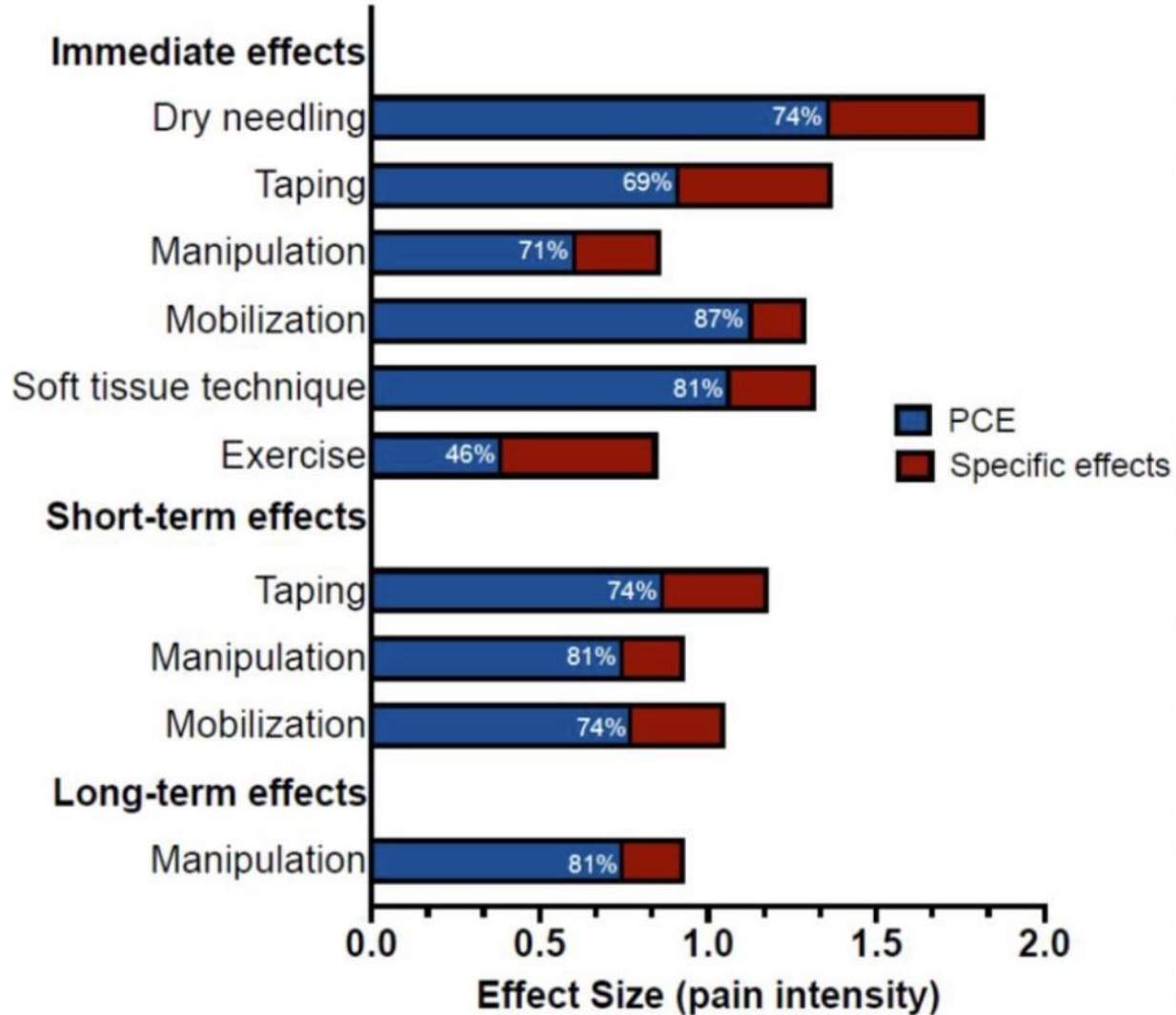
Passend bij rationale/ verklaringsmodel van de interventie; vb.: spierfunctie/ mobiliteit/ coördinatie/ fitheid verbeteren; herstel actief ADL/ werk/ sport functioneren

### Contextuele effecten

Treden op/ na te steven door positieve effecten van communicatie/ samenwerking bij FT behandelen; vb.: beter ziekte inzicht, positief verwachtingspatroon, herstel van zelfvertrouwen, verminderen bewegingsangst, toename zelfredzaamheid; verminderen disfunctionele cognities/ 'beliefs' ook algemene effecten bv Hawthorne effect.

### Algemene effecten

Natuurlijk beloop, regressie naar gemiddelde



### 1. SOMATISCHE DISFUNCTIES:

- Beschadigde pijnlijke RC pezen
- Stijfheid GH gewricht
- Instabiliteit GH / ST / gordel
- Onvoldoende kracht
- Scapula diskinesie
- Positieve reductietests / SSMP's
- Keten CTO-TWK-LWK-been

### 2. MENTALE DISFUNCTIES:

- Te weinig zelfvertrouwen,  
te weinig zelfredzaamheid
- Onvoldoende veerkracht (resilience)
- Onvoldoende positief in 't leven
- Bewegings-angst of perseverance
- Catastroferen SP & de prognose SP

## Acute / subacute / aanhoudende SCHOUDERPIJN

### 3. COGNITIEF – PSYCHOLOGISCHE DISFUNCTIES:

- Onvoldoende inzicht oorzaak SP
- Disfunctionele health beliefs
- Onvoldoende inzicht in pijn
- Menen dat acute = chronische SP
- Matige verwachting FT & therapie

### 4. PROCESMATIGE - GEDRAGSMATIGE DISFUNCTIES:

- Sensitatie CZS
  - segmentaal: referred pain, MTP's
  - algemeen: arousal, centrale dis-stress
- Gestoorde motorische output
- Onvoldoende fitheid / hardheid
- (te) Externe coping-stijl
- Onvoldoende zelfmanagement

# IFOMPT Webinar Lecture Series

**The winds of change:  
Modernizing manual therapy  
rationale, application, and  
education.**



**Damian Keter**

United States Department of Veteran Affairs, OH, USA

November 11, 2024





# Objectives

- Discuss proposed treatment mechanisms occurring with manual therapy including the shift away from emphasis on biomechanical rationale for treatment effects.
- Discuss how the above influence how candidates for manual therapy should be identified.
- Discuss how manual therapy training paradigms can be modernized to appreciate the above factors.



# Orthopaedic Manual Therapy (OMT): The Past

OMT Application



Effect on: Pain, Range of motion, Function etc.



Mechanism contributing to effect must be biomechanical (change in joint position, direct effect on tissue, etc.)

# Orthopaedic Manual Therapy (OMT): The Past

OMT Application



Effect on: Pain, Range of motion, Function etc.

Mechanism contributing to effect must be biomechanical (change in joint position, direct effect on tissue, etc.)

“Neurophysiological” mechanisms must be contributing to effect

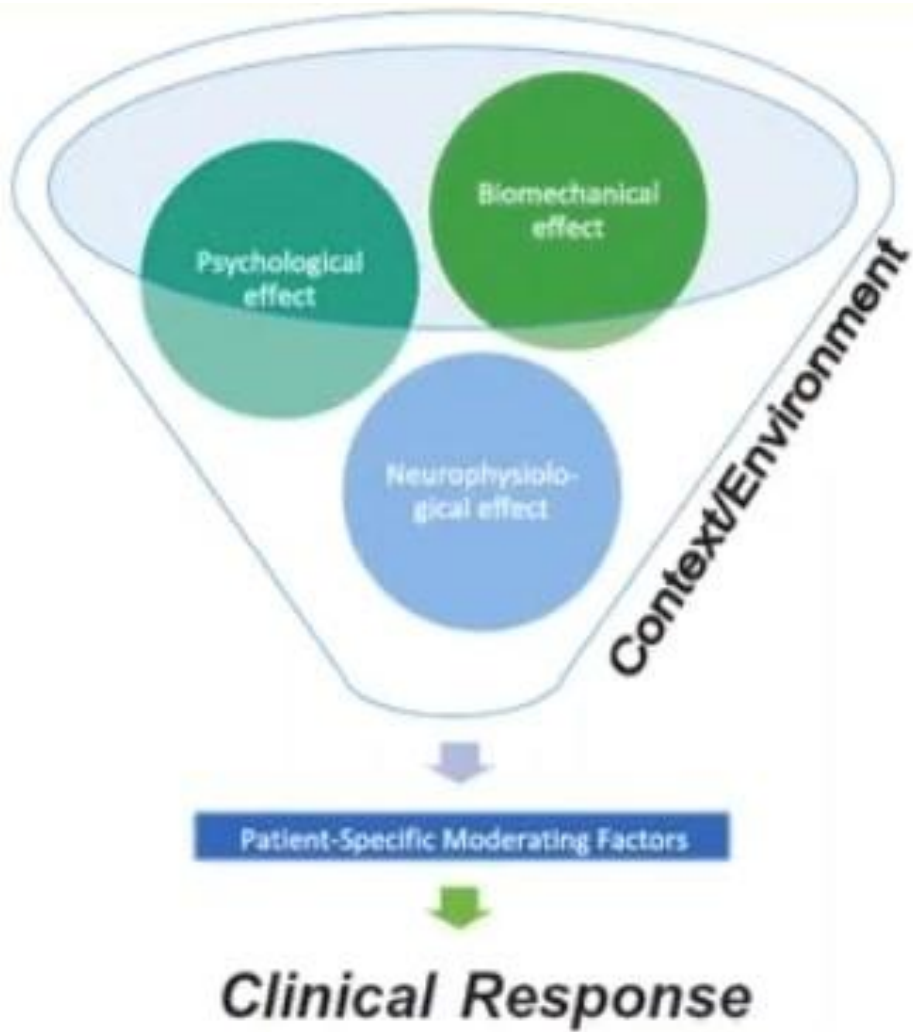


# Understanding the mechanisms contributing to effect

## What is already known?

### **The mechanisms of manual therapy: A living review of systematic, narrative, and scoping reviews**

Damian L. Keter PT, DPT, PhD <sup>1</sup>, Joel E. Bialosky PT, PhD <sup>2,3</sup>, Kevin Brochetti PT, DPT <sup>1</sup>, Carol A. Courtney PT, PhD <sup>4</sup>, Martha Funabashi BSc, MSc, PhD <sup>5,6,7</sup>, Steve Karas PT, DSc <sup>8</sup>, Kenneth Learman PT, PhD <sup>9</sup>, Chad E. Cook PT, PhD <sup>10,11,12</sup>



**FIGURE 1**

Factors to incorporate in the clinical decision-making process. Abbreviations: PPT, pain pressure threshold; RCT, randomized controlled trial.






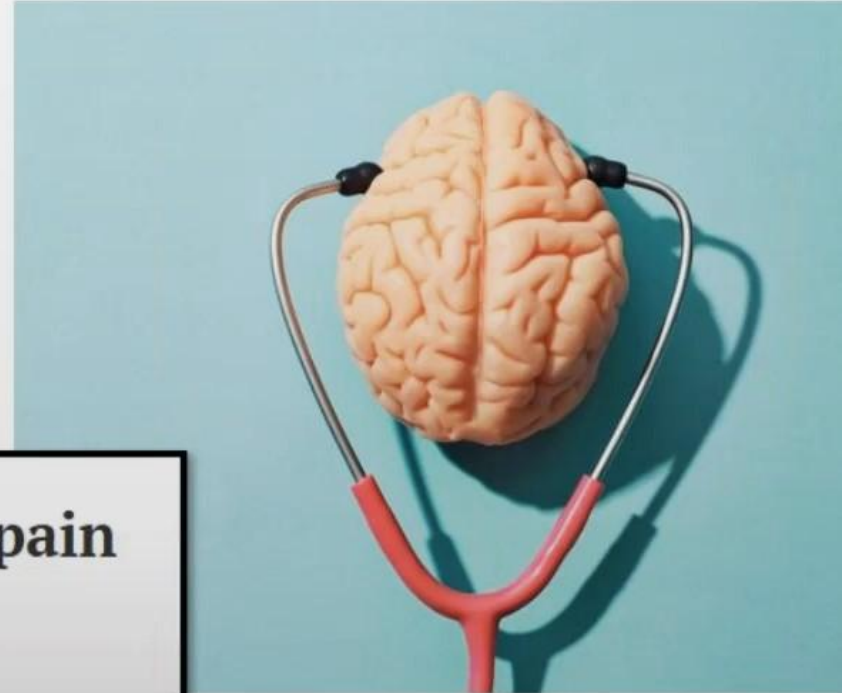
- Clinical response (within and early between session) can be useful tool to assess appropriateness of intervention
  - Not unique to OMT

Editorial

## Time to evolve: the applicability of pain phenotyping in manual therapy

Keter Damian , Cook Chad, Learman Kenneth & Griswold David

Pages 61-67 | Published online: 28 Mar 2022



## 4. HWO-vragen en praktijkvoorbeeld

- 10 vragen uit de studie Baeske et al 2024

Journal of Physiotherapy 70 (2024) 288–293



Journal of  
**PHYSIOTHERAPY**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/jphys](http://www.elsevier.com/locate/jphys)

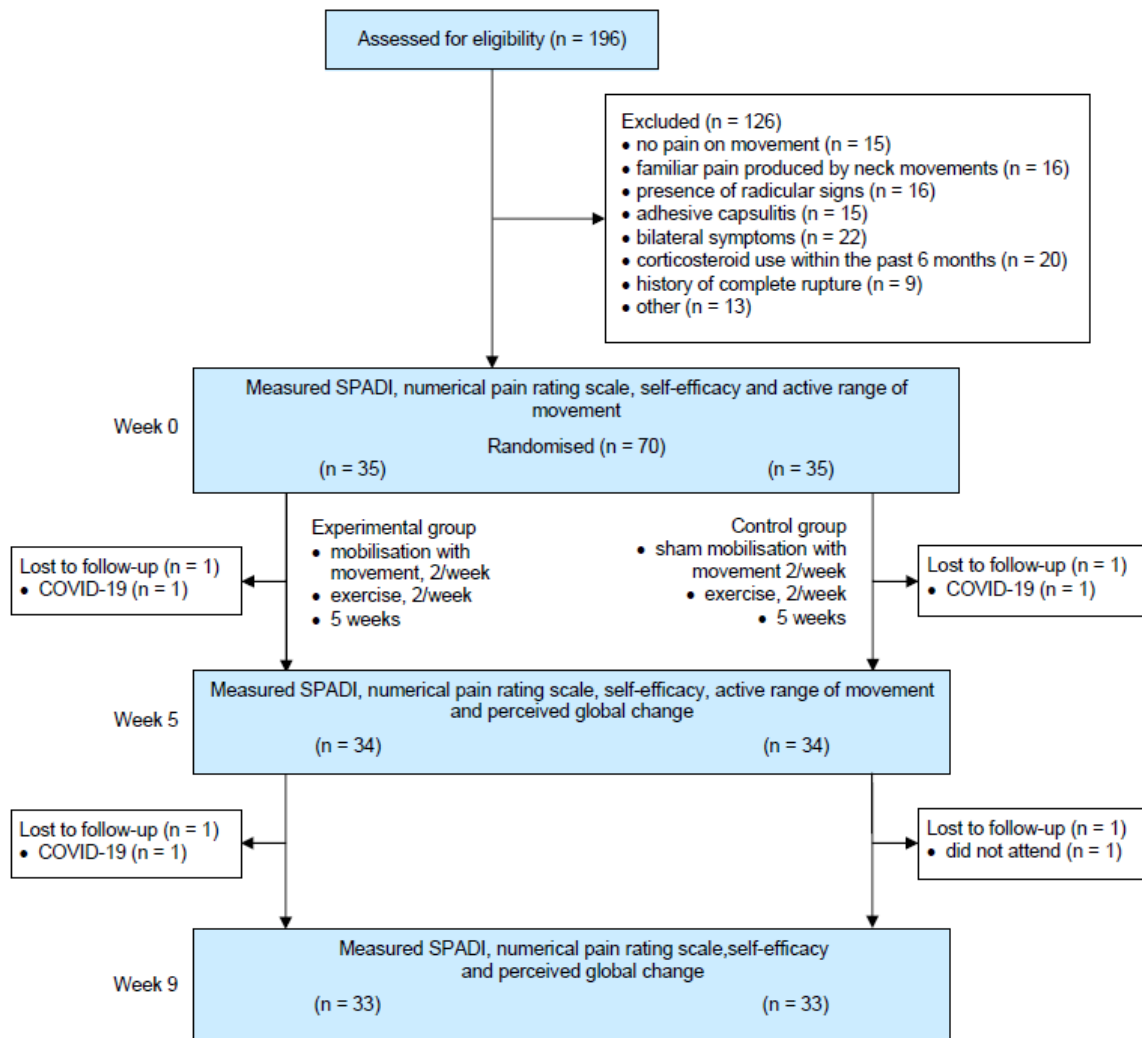
Research

In people with shoulder pain, mobilisation with movement and exercise improves function and pain more than sham mobilisation with movement and exercise: a randomised trial

Rafael Baeske <sup>a</sup>, Toby Hall <sup>b</sup>, Rafael Rodrigues Dall’Olmo <sup>c</sup>, Marcelo Faria Silva <sup>c</sup>

<sup>a</sup> School of Physiotherapy, Faculdades Integradas de Taquara, Taquara, Brazil; <sup>b</sup> Curtin School of Allied Health, Curtin University, Perth, Australia; <sup>c</sup> Department of Physical Therapy, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil





**Vraag 1.** Pas je MWM's/ SSMP's zelf ook toe en zo ja; wanneer heb je voor het laatst bij een SAPS/ RCRSP-patiënt gebruik gemaakt van MWM's/ SSMP's.

- 1: Vandaag
- 2: Gisteren en/ of vandaag
- 3: Laatste week (vanaf vorige week maandag)
- 4: Afgelopen 2 weken
- 5: Afgelopen maand
- 6: Pas deze manuele technieken zelden toe
- 7: Pas wel manuele technieken toe maar noem dat niet MWM/ SSMP

**Vraag 2.** Er worden 4 categorieën MWM's/ SSMP's onderscheiden: a- via nek/ CTO, b- via TWK, c- via scapula-thoracaal en d- via GH.

Als je bovenstaand bij 1 ja hebt geantwoord, welke categorie gebruik je het meest?

- 1: MWM/ SSMP via nek/ CTO
- 2: MWM/ SSMP via TWK
- 3: MWM/ SSMP via scapula – thoracaal
- 4: MWM/ SSMP via caput humeri (GH)
- 5: Placebo/ nep/ sham MWM/ SSMP (zie protocol RCT)

# HH posterior als MWM.



HH posterior actief via contractie ventrale spieren; ook als huiswerkcoefening.





# Scapula re-positionering met MWM en met HWO.



## *SRT: Scapular Reposition test :*



Therapeut stabiliseert Scapula met 1 arm: hand om acromion, palm t.h.v. spina scapula en onderarm over margo medialis. Geeft mogelijkheid met andere arm provocatie zoals weerstand of endorotatie (Hawkins Kenn.test) uit te voeren.



ST gewricht:  
eerst test  
(scapula posterior)  
dan MWM.



**Vraag 3.** Wat vind je van de externe validiteit van de SP-patiënten in deze RCT beschreven; gaat deze RCT over een type patiënt die je zelf ook veel ziet?

***Participants, therapist and centres***

The inclusion criteria were: age 18 to 65 years; unilateral, atraumatic shoulder pain for  $\geq 6$  weeks; pain on active shoulder movement; and referral by a shoulder specialist with diagnosis of rotator cuff injury (tendinitis/tendinosis), subacromial impingement syndrome, bursitis or subacromial pain. They also had to have pain provoked by at least three of the following tests: Hawkins-Kennedy test, Neer test, painful arc test, empty/full can test and resisted external rotation. Patients were excluded if they had: adhesive capsulitis, fibromyalgia or inflammatory conditions; history of dislocation, shoulder/neck surgery or shoulder/neck fracture; glenohumeral osteoarthritis; cancer; depression; pain provoked by neck movement; radicular signs; or rupture of the rotator cuff or biceps. They also could not have received treatment within the past 3 months or corticosteroids within the past 6 months. Participants were recruited from a physiotherapy research laboratory and a private practice in Brazil. A senior physiotherapist and lecturer (RB) conducted both treatments and was not involved in any outcome measurement.

**Vraag 4.** Een voorwaarde om MWM's/ SSMP's toe te passen is een reproduceerbare pijn en/ of beperking bij het actief bewegen. Besteed je daar in de praktijk veel aandacht aan; onderzoek je gericht naar provocatieve actieve bewegingen die de patiënt gebruikt? Bij al je SP-patiënten c.q. bij welk percentage of besteed je er nauwelijks tijd aan?

- Pathologisch anatomisch substraat c.q. somatische disfunctie c.q. diagnose OF geen van boven maar: hoe verbeter ik als FT het functioneren SP-patiënt
- Vraag aan SP-patiënt: Op welke wijze kunt u uw klacht opwekken? Laat me die beweging eens zien? Op zoek naar de CSIM.
- Ik doe dat:
  - 1- Bij vrijwel al mijn SP-patiënten
  - 2- Vrij regelmatig, bij de helft van mijn SP-patiënten
  - 3- Ik doe dat af en toe, zelden, bij een klein deel van mijn SP-patiënten

**Vraag 5.** In tabel 2 (zie ook blauwe tabel op vorige pagina) staan de resultaten vermeld, in dit geval de verschillen tussen de 2 groepen in scores op SPADI en NPRS (3x).

Ben je onder de indruk van die resultaten, zijn de verschillen groter dan de MDC (Minimal Detectable Change; de meetfout) en dan de MCIB (Min. Clinical Important Benefit)?

Outcome	Between-group difference	
	Week 5 minus Week 0	Week 9 minus Week 0
	Exp minus Con	Exp minus Con
SPADI (0 to 100)	-15 (-24 to -7)	-9 (-17 to -1)
Pain at rest (0 to 10)	-0.4 (-1.2 to 0.3)	-0.7 (-1.6 to 0.2)
Pain at night (0 to 10)	-2.1 (-3.1 to -1.1)	-1.9 (-2.9 to -0.8)
Pain on movement (0 to 10)	-1.5 (-2.5 to -0.6)	-1.3 (-2.3 to -0.3)

**Table 2**

Mean (SD) of groups, mean (SD) within-group difference and mean (95% CI) between-group difference for function, pain and self-efficacy.

Outcome	Groups						Within-group difference				Between-group difference	
	Week 0		Week 5		Week 9		Week 5 minus Week 0		Week 9 minus Week 0		Week 5 minus Week 0	Week 9 minus Week 0
	Exp (n = 35)	Con (n = 35)	Exp (n = 34)	Con (n = 34)	Exp (n = 33)	Con (n = 33)	Exp	Con	Exp	Con	Exp minus Con	Exp minus Con
SPADI (0 to 100)	59 (16)	56 (16)	21 (11)	33 (19)	19 (12)	25 (16)	-38 (13)	-23 (21)	-40 (14)	-31 (19)	-15 (-24 to -7)	-9 (-17 to -1)
Pain at rest (0 to 10)	3.1 (1.6)	2.2 (2.3)	1.5 (1.7)	1.1 (1.8)	1.1 (1.3)	1.0 (2.1)	-1.6 (1.6)	-1.2 (1.6)	-2.0 (1.4)	-1.3 (2.3)	-0.4 (-1.2 to 0.3)	-0.7 (-1.6 to 0.2)
Pain at night (0 to 10)	5.9 (1.3)	5.7 (1.9)	1.9 (1.4)	3.7 (2.4)	1.6 (1.4)	3.3 (2.6)	-4.1 (1.7)	-2.0 (2.5)	-4.4 (1.6)	-2.5 (2.6)	-2.1 (-3.1 to -1.1)	-1.9 (-2.9 to -0.8)
Pain on movement (0 to 10)	6.1 (1.5)	6.4 (1.7)	2.0 (1.2)	3.9 (1.9)	1.5 (1.0)	3.2 (1.9)	-4.0 (1.7)	-2.5 (2.2)	-4.6 (1.5)	-3.2 (2.4)	-1.5 (-2.5 to -0.6)	-1.3 (-2.3 to -0.3)
Self-efficacy – pain (10 to 100)	69 (19)	72 (16)	84 (16)	82 (14)	81 (19)	78 (20)	15 (20)	9 (19)	13 (22)	6 (29)	6 (-4 to 15)	6 (-6 to 19)
Self-efficacy – function (10 to 100)	78 (16)	82 (12)	88 (12)	91 (9)	86 (14)	85 (21)	9 (14)	8 (11)	8 (16)	2 (23)	1 (-5 to 7)	5 (-5 to 15)

Con = control group, Exp = experimental group.

Shaded cells indicate the primary outcomes.

**Vraag 6.** Wat is volgens jou een plausibele verklaring voor de gunstige effecten van MWM's/ SSMP's? *+Zijn die MWM/ SSMP effecten gericht op somatische disfuncties (zoals beperkte mobiliteit, matige spierfunctie) of meer op niet-somatische disfuncties (zoals te weinig vertrouwen, lage verwachting, disfunctionele cognities, bew. angst, sensitisatie)*

- Zie 2: Effecten van manuele interventies (maar eigenlijk van hele FT) kennen drie rationales: Specifiek – Contextueel (incl. placebo) – Algemeen
- Wanneer overheerst Specifiek; wanneer overheerst Contextueel?
- Maakt dat verschil voor de wijze waarop je manuele interventies toepast?
- Als we dat vinden; hoe klasseren we die patiënt- categorieën dan?

**Vraag 6.** Wat is volgens jou een plausibele verklaring voor de gunstige effecten van MWM's/ SSMP's? *+Zijn die MWM/ SSMP effecten gericht op somatische disfuncties (zoals beperkte mobiliteit, matige spierfunctie) of meer op niet-somatische disfuncties (zoals te weinig vertrouwen, lage verwachting, disfunctionele cognities, bew. angst, sensitisatie)*

- Zie 2: Effecten van manuele interventies (maar eigenlijk van hele FT) kennen drie rationales: Specifiek – Contextueel (incl. placebo) – Algemeen
- Kun je de effecten van manuele interventies promoveren van:

**CONTEXTUEEL naar SPECIFIEK?**

**JA                      of                      NEE**

**Vraag 7.** Wat zijn patiënt kenmerken die jou doen besluiten gebruik te maken van hands-on/ manuele technieken? En bij welke kenmerken misschien liever niet?

- Positief voor toepassen manuele technieken:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Negatief voor het toepassen van manuele technieken:

**Vraag 7.** Wat zijn patiënt kenmerken die jou doen besluiten gebruik te maken van hands-on/ manuele technieken? En bij welke kenmerken misschien liever niet?

- Stelling: Manuele interventies gebruik ik vooral bij SP-patiënten met een NPRS onder of juist boven de 7.
  
- 1: Onder de 7 vs 2: Boven de 7.



# Verschijselen die pleiten voor manuele verrichtingen.

- Duidelijk positieve bevindingen bij onderzoek; de CSM kan worden verminderd met een manuele interventie.
- Verwachtingen van de patiënt zijn + over manuele verrichtingen.
- Gaat vaak gepaard met goede ervaringen uit het verleden.
- De initiële respons van de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> behandeling is goed ('trial and error').
- Er is sprake van een biomechanisch beloop met provocatie & reductie.
- In SDM proces blijkt dat patiënt er vertrouwen in heeft en tijdens de manuele verrichtingen is sprake van voldoende ontspanning.
- Bij twijfel/ angst/ beperkt zelfvertrouwen zijn manuele technieken zinvol

Pas op: geen nocebo's en niet de patiënt afhankelijk maken!!

**Vraag 8.** Zijn MWM's/ SSMP's technieken het best door een manueel therapeut toe te passen? Of dient iedere SNT-fysiotherapeut die competentie te hebben?

- Zeg het maar!
- De exacte techniek lijkt minder relevant dan we vroeger dachten.  
De richting, 3D stabiliseren, HVT >>>> lijkt minder relevant voor effect.
- Kan iedereen het dan gewoon doen?

<p><b>Vraag 9:</b> Druk je mening over het nut van de SNT-artikelen ‘Waarde van MWM/ SSMP bij RCRSP-patiënten’ uit in een cijfer tussen 0 (‘helemaal niet nuttig’) en 10 (‘bijzonder zinvol en nuttig’) in de volgende kolom:</p>	
<p><b>Vraag 10.</b> Het uitvoeren van deze opdracht (lezen, interpreteren, antwoorden) koste mij het <b>aantal minuten</b> dat ik in de volgende kolom noteer:</p>	

## 5. Samenvatting/ afronding

- Commissie Vakinhoud: 1 of 2 plekken.

# INHOUD

1. Even over een privé ziektegeval  
**Je kunt van tegenslag wel weer wat leren**
2. HWO over waarde hands-on interventies  
**Hands-on is wel FT-specifiek**
3. Discussie over rationales voor hands-on interventies  
**Brede analyse SoMCoP, niet alleen biomechanisch**  
**Let wel: beter methodisch handelen is nodig!**
4. Beantwoording vragen met praktijkvoorbeelden  
**Hands-on hoort in gereedschapskist SNT-fysio**
5. Samenvatting/ afronding (& commissie VI)

# Bedankt!

