

INLEIDING

In *FYSIO 2000*, vol. 2, nr. 3 beschreven wij de theoretische achtergrond van Thuis/Fysio/Therapie en gaven wij aan dat Thuis/Fysio/Therapie grofweg te verdelen is in drie facetten, te weten **beschermende, oefenende en behandelende facetten**. Ook gaven wij hier aan dat Thuis/Fysio/Therapie niet op zichzelf staat, maar een onderdeel is van een preventief, scholend beleid, zoals dat onder het redactioneel van dit tijdschrift nog eens afgebeeld staat. Niet het verbeteren van de natuurlijke genezing of het dempen van pijn zijn de basisdoelstellingen van dit beleid maar de bescherming van het natuurlijk herstel en het bevorderen van veilig functioneren zijn de nieuwe centrale doelstellingen geworden (zie ook voorwoord op pagina 12 en 13 van dit tijdschrift). Praktisch betekent dit dat we veel meer invloed trachten uit te oefenen op de ongewenste belastingen in de thuissituatie, dat we met actieve en passieve gezondheidsbeschermende maatregelen trachten de steeds 24 uur per dag dreigend aanwezige "ADL duivel" aan "klitbanden" te leggen (afb. 1 en 2).

Gezondheidsbescherming is hiermee een zeer belangrijk onderdeel van het (para)medisch handelen geworden en heeft het facet behandelen met allerlei apparatuur en (manuele) therapieën naar de achtergrond gedrongen. Gezondheidsbescherming heeft diverse aspecten:

De genezing beveiligen, de belastbaarheid verbeteren, vroege mobilisatie en snelle werkhervatting realiseren, recidieven voorkomen, bewustmaking, scholing en primaire preventie. Op al deze theoretische aspecten gingen wij in het artikel "Gezondheidsbescherming, Rechtherinnering" uitvoerig in (*FYSIO 2000*, vol. 4, nr. 2).

In dit en in een vervolgartikel zullen wij alléén een aantal minder bekende praktische mogelijkheden tot passieve gezondheidsbescherming bij diverse aandoeningen van de schouder en de schoudergordel bespreken. Passieve gezondheidsbeschermende mogelijkheden die een meer of minder belangrijke rol kunnen spelen om aandoeningen van de schouder - zoals cuff tendinitis, tendinitis van de m. biceps, de m. triceps en de m. deltoideus, bursitis, capsulitis, habituele schouder dislocaties, houdingsverval van de schoudergordel en het costo-claviculair compressie syndroom - tegen het nog te belastende ADL te beschermen.

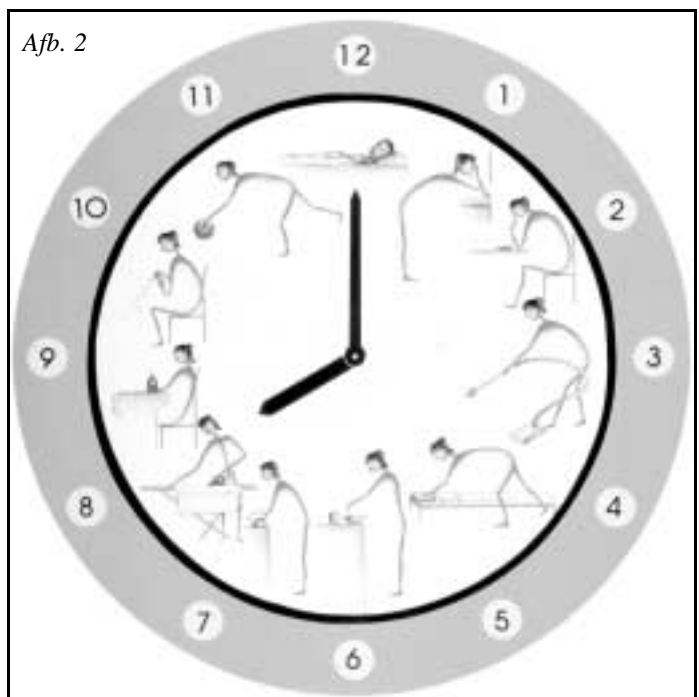
De PSI EN DE PSBI

De Partiële Schouder Immobilisator en de Partiële SchouderBlad Immobilisator zijn de volledige namen voor de afkortingen PSI en PSBI. Ze zijn voortgekomen uit de tape-technieken waarmee men vooral in sportsituaties de schouderbewegingen trachtte af te remmen (afb. 3). Pogingen

Afb. 1



Afb. 2



Als er eenmaal een blessure is dan kan ook bij de schouder ADL het natuurlijke herstel steeds gemakkelijk verstoren.

met andere materialen om de bekende nadelen van tape - huidirritatie, zich niet kunnen wassen, niet goed meer nastelbaar, niet goed zelf aan te leggen, in de prullenbak als gebruikt - te kunnen ondervangen, worden in de internationale sportmedische literatuur beschreven (2,3). Een tweetal pogingen tot betuiging van de schouder zonder tape troffen wij in de literatuur aan:

1. Een Check rein (belemmeringsteugel) uit de hippische wereld (afb. 4).
2. Een type of chain (een soort ketting) uit de football wereld (afb. 5).

Deze beide hulpmiddelen zijn in ieder geval interessante pogingen om ongewenste bewegingen te betuigen. Ze zijn echter meer gericht op de bijzondere sportsituaties - belangrijke sporters die men graag weer snel terug in hun sport wil hebben - alwaar geld minder een rol speelt. In de (para)medische praktijk zijn deze duurdere constructies minder geschikt. Hier moet een beschermend hulpmiddel tijdelijk meegegeven kunnen worden, moet het herbruikbaar zijn en een zodanige maatvoering hebben dat hetzelfde hulpmiddel voor bijna iedereen geschikt is. Wij ontwikkelden hiertoe zelf de PSI, die aan de hiervoor genoemde eisen voldoet. Het is een vrij eenvoudig multifunctioneel hulpmiddel, geheel van klitband, waarmee men op diverse wijzen de schouderbeweging kan inperken (afb. 6A, B, C, D).

Zo kan bijvoorbeeld de mate van :

- abductie en de retroflexie
- abductie en de anteflexie
- abductie en zowel de ante- als retroflexie
- retroflexie in 90⁰ abductie

met de PSI traploos beperkt worden.

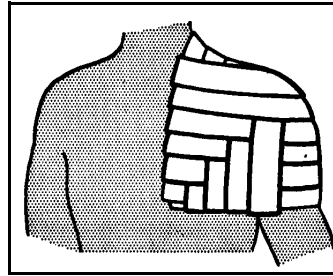
De PSI kan met al deze mogelijkheden bij een scala van schouderklachten worden ingezet, bijvoorbeeld bij tendinitiden van de verschillende cuff pezen, maar ook om provocerende bewegingen bij kapsel irritaties, of subluxaties in ADL- of sportsituaties te voorkomen.

PSBI

De PSBI (afb. 6E) is een ander op zichzelf staand hulpmiddel waarmee men de protractie van het schouderblad kan beperken, bijvoorbeeld bij sternoclaviculaire problemen. De PSBI kan men echter ook als een rechthouder gebruiken om teveel naar voren hangende schouders te corrigeren, of als rotatierekker van de romp. De PSBI kan daartoe enkel- of dubbelzijdig worden aangelegd.

Literatuur

1. *Klafs C.E. e.a.. Modern Principles of Athletic Training.* The C.V. Mosby Company, Saint Louis 1977.
2. *O'Donoghue Don H. Treatment of Injuries to Athletes.* Saunders, Philadelphia, London, Toronto 1976.
3. *Williams J.G.P. A Colour Atlas of Injury in Sport.*



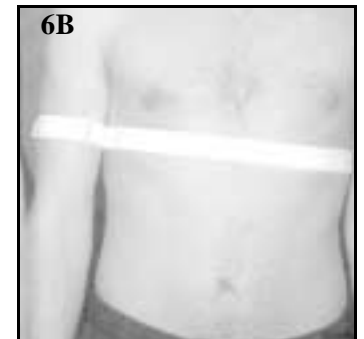
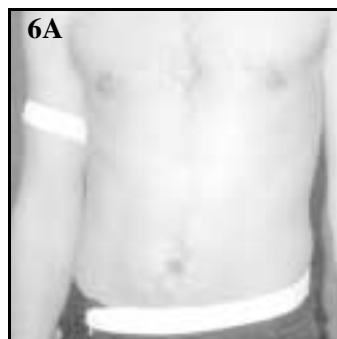
Afb. 3. Een tapeconstructie om de abductie te beperken. Uit (1).



Afb. 4. Een Check rein ter abductiebeperking, uit (3).



Afb. 5. Een type of chain ter abductiebeperking uit (2).



De PSI aangelegd als:
 Afb. 6A. Abductie- en anteflexie remmer.
 Afb. 6B. Abductie-, ante- en retroflexie remmer
 Afb. 6C. Abductie- en retroflexie remmer
 Afb. 6D. Retroflexie remmer in 90⁰ abductie (elastisch).
 Afb. 6E. De PSBI aangelegd als protractie remmer.

Wolfe Medical Publications Ltd, Londen 1980.