Een onderzoek naar de positionering van PMT binnen de pijnrevalidatie

Naam:	Berteke Juffer
Naam begeleider:	Ad van de Ven
Naam beoordelaar:	Tina Bellemans
School en opleiding:	Windesheim Zwolle, PMT-BA deeltijd
Datum:	Mei 2012

Voorwoord

Na een vijf maanden in de boeken, in de zaal, achter de computer, achter de vragenlijsten; versturen, verzamelen, verwerken en verbeteren; nu het eindresultaat!

Voor het schrijven van de scriptie ben ik op zoek gegaan naar een onderwerp wat dicht bij mij ligt, een onderwerp wat mij binnen mijn ontwikkeling tot psychomotorisch therapeut verder kan brengen. En wat na het schrijven ervan niet alleen relevant is voor mijzelf, maar ook voor collega's binnen het werkveld van de revalidatie. Met veel plezier heb ik deze scriptie geschreven, en ik wil verschillende mensen bedanken voor hun bijdrage aan dit resultaat. Allereerst wil ik wil alle revalidatie-instellingen bedanken die de vragenlijst weer teruggestuurd hebben, bedankt voor jullie input en enthousiasme! Daarnaast wil ik mijn studiegenoot Janny bedanken, voor het mede mogelijk maken van een dag meelopen binnen de pijrevalidatie. Verder wil ik mijn zus Margriet bedanken, voor haar kritische blik op deze scriptie en aanmoedigingen. Tenslotte een dankwoord aan Ad voor zijn feedback, waardoor deze scriptie meer en meer richting kreeg.

Rest mij jullie veel leesplezier te wensen!

Samenvatting

Deze scriptie gaat over wat psychomotorische therapie kan bijdragen aan het revalidatieproces van patiënten met chronische pijnklachten. Chronische pijnklachten brengen gevolgen met zich mee op lichamelijk, gedragsmatig, emotioneel en cognitief, en sociaal niveau. Binnen de revalidatie wordt gewerkt vanuit het biopsychosociale model, waarbij deze gevolgen meegenomen worden en het aangrijpingspunt vormen van het behandelproces. Bij het revalidatieproces zijn verschillende disciplines betrokken, de betrokken disciplines kunnen verschillen per revalidatie-instelling. Binnen enkele revalidatie-instellingen in Nederland vormt psychomotorische therapie een onderdeel van het multidisciplinaire team. Uit praktijkonderzoek blijkt dat veel revalidatie-instellingen (nog) niet bekend zijn met wat psychomotorische therapie kan bijdrage binnen de pijnrevalidatie. De psychomotorische interventie onderscheid zich van de andere disciplines, in het lichaams- en/of bewegingsgerichte werken aan de gevolgen van de pijnklachten, waarbij de wisselwerking tussen deze gevolgen aan de orde komt. Er loopt momenteel een promotieonderzoek naar de behandeleffecten op lange van psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie. De voorlopige resultaten laten zien dat de psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie een waardevolle aanvulling kan zijn. Het schrijven van een module PMT bij chronische pijn, vormt een onderdeel om bijdrage te leveren aan de positionering van de psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 4
2. Revalidatie 5
2.1. Revalidatiepatiënten 5
2.2. Multidisciplinair werken 6
3. Chronische pijn en revalidatie 7
3.1. Wat is (chronische) pijn? 7
3.2. Pijnrevalidatie in Nederland 7
3.2.1. Biopsychosociale visie 8
3.2.2. Doelstellingen en behandelvormen pijnrevalidatie 9
3.3. Pijnrevalidatie in Emmen 11
3.3.1. Pijngevolgenmodel 11
3.3.2. Behandelfase fysiotherapeut en psycholoog 13
4. Psychomotorische therapie en (pijn)revalidatie 14
4.1. PMT binnen de revalidatie 14
4.2. PMT binnen de pijnrevalidatie 15
4.3. Actuele ontwikkelingen PMT binnen de pijnrevalidatie 17
5. Praktijkonderzoek positionering PMT binnen pijnrevalidatie 18
6. Discussie 22
7. Conclusie 23
7.1. De psychomotorische interventie 23
7.2. PMT binnen pijnrevalidatie in Emmen 23
8. Aanbevelingen 25
9. Literatuurlijst 26
10. Bijlage 28
1. Behandeldoelen pijnrevalidatie 28
2. Beschrijving behandelvormen 29
3. Inhoud pijnrevalidatie Emmen, observatiefase en behandelfase 31
4. WPN-niveau 1 t/m 4 36
5. Betekenisgebieden PMT 38
6. Deelnemende Revalidatie-instellingen praktijk onderzoek 39
7. Vragenlijst 40

1. Inleiding

Chronische pijnrevalidatie is in ontwikkeling. Sinds 2005 is er in Nederland veel bekendheid voor gekomen en is er zelfs een Landelijke Werkgroep Pijn ontstaan. Er zijn in Nederland een aantal ontwikkelcentra, waar pijnrevalidatie wordt gegeven en waar tevens onderzoek gedaan wordt naar de behandeleffecten.

Aanleiding en probleemstelling

Sinds anderhalf jaar werk ik als fysiotherapeut op de revalidatie afdeling van het Scheperziekenhuis in Emmen. Binnen de revalidatie wordt gewerkt middels een multidisciplinaire aanpak. Er worden patiënten behandeld met diverse problematieken. Eén van de meest voorkomende problematieken is chronische pijn. De revalidatie afdeling van het Scheperziekenhuis heeft een eigen handboek geschreven voor de behandeling van deze patiëntencategorie. Dit is gebeurd in samenwerking met de Landelijke Werkgroep Chronische Pijn, waar deze revalidatie afdeling bij aangesloten is. Het multidisciplinaire team in Emmen bestaat uit een revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en een maatschappelijk werker. Zij zijn allen betrokken bij de chronische pijn behandeling. Voor psychomotorische therapie is (nog) geen plek, terwijl dit naar mijn mening een goede aanvulling kan zijn.

Deze scriptie is een onderzoek naar wat psychomotorische therapie naast de bestaande disciplines zou kunnen toevoegen binnen de pijnrevalidatie en waarin de psychomotorische interventie zich onderscheid van andere interventies. De vraag zal worden beantwoord door een combinatie van literatuur- en praktijkonderzoek.

Doelstelling

Inzicht krijgen in de plek die psychomotorische therapie in neemt binnen de pijnrevalidatie. Enerzijds door revalidatiecentra uit de Landelijke Werkgroep Chronische Pijn, een vragenlijst te sturen met vragen over de positionering van PMT binnen hun pijnrevalidatie. Anderzijds middels een literatuuronderzoek, om inzicht krijgen in de pijnrevalidatie en zijn behandelmogelijkheden. Waarbij de psychomotorische aandachtsgebieden en interventies worden beschreven, en wordt onderzocht waarin deze zich onderscheiden van de disciplines fysiotherapie en psychologie. Er is gekozen voor deze disciplines, omdat deze in eerste instantie de meeste raakvlakken lijken te hebben op het gebied van de behandeldoelen. Het uiteindelijke doel van de scriptie is het beschrijven wat psychomotorische therapie kan bijdragen binnen de multidisciplinaire revalidatie van chronische pijn patiënten in Emmen. Van daaruit volgt de volgende **vraagstelling**;

Waarin onderscheid de psychomotorische interventie zich van de disciplines fysiotherapie en psychologie binnen de multidisciplinaire behandeling van chronische pijn patiënten? Hoe kan dit worden toegepast binnen de revalidatie in Emmen?

2. Revalidatie

Bij patiënten die binnen de revalidatie worden behandeld is er vaak sprake van complexe problematiek. Deze kan zijn ontstaan door een ongeval, ziekte of een aangeboren aandoening. De revalidatiebehandeling richt zich op het zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren. Hierbij wordt gewerkt aan het verbeteren van de mogelijkheden van mensen met blijvende lichamelijke problemen. (Revalidatie Nederland, 2011)

Revalidatie in Nederland

Sinds 1977 is revalidatiegeneeskunde een erkend medisch specialisme. Van hieruit is Revalidatie Nederland ontstaan, dit is een vereniging waarbij diverse revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen zijn aangesloten. In het Branche Rapport Revalidatie 2010 staat dat 21 revalidatie-instellingen en zes ziekenhuizen lid zijn van deze vereniging.
De revalidatie behandelingen kunnen plaatsvinden in revalidatiecentra, in algemene of academische ziekenhuizen. Waarbij de laatste trend is dat deze zorg ook plaats vindt in Zelfstandige Behandel Centra. De behandelingen kunnen zowel klinische als poliklinisch worden aangeboden. Waarbij de poliklinische zorg 80% van de revalidatie inneemt. Als een patiënt 24-uur therapeutische of verpleegkundige hulp nodig heeft, dan wordt gekozen voor klinische zorg. (Revalidatie Nederland, 2011)

2.1. Revalidatiepatiënten

Patiënten die in aanmerking komen voor multidisciplinaire revalidatie, zijn onder te verdelen in zeven hoofdgroepen. Dit zijn de volgende:

- Aandoeningen aan het bewegingsapparaat; dit kunnen zowel aangeboren als verworven aandoeningen zijn van de ledematen en romp, welke betrekking hebben op spieren, gewrichten en skelet.
- Amputaties; het gaat hier om amputaties van (een deel van) de onderste of bovenste ledematen.
- Hersenen; aandoeningen die aangeboren of verworven kunnen zijn, zoals CVA's en tumoren, welke het functioneren van de hersenen beïnvloeden.
- Neurologie; in deze groep vallen voornamelijk aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel en neurologische aandoeningen die het functioneren van zenuwen en spieren beïnvloeden.
- Dwarslaesie; hieronder vallen aandoeningen die zijn veroorzaakt door een, meestal traumatische, onderbreking van de zenuwbanen in het ruggenmerg.
- Organen; aandoeningen aan onder andere hart, longen, huid en bloedvaten.
- Chronische pijn; hierbij is niet de aandoening bepalend maar het beperkte functioneren door pijn. (Revalidatie Nederland, 2011, pag. 9)

Uit het Brancherapport Revalidatie 2010 (2011) komt naar voren dat de patiëntengroep 'chronische pijn en psychische stoornissen' binnen de poliklinische

volwassen revalidatie aan het groeien is. Verder blijkt dat de patiëntengroep voornamelijk uit vrouwen bestaat.

2.2. Multidisciplinair werken

Een revalidatiebehandeling is een multidisciplinaire behandeling, waar interdisciplinair wordt gewerkt. Dit houdt in dat verschillende disciplines de patiënt begeleiden in behandeldoelen die discipline overstijgend zijn.

Tussen de diverse revalidatiecentra en -afdelingen in Nederland bestaan verschillen, in de disciplines die betrokken worden binnen de revalidatie. Dit is afhankelijk van de visie van de instelling, de affiniteit, de kennis en/of ervaring die de betreffende revalidatieafdelingen hebben. In het Brancherapport Revalidatie 2010 wordt een opsomming geven van alle mogelijke disciplines binnen de revalidatie. Genoemd worden; diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, therapieassistent, activiteitenbegeleider, bewegingsagoog/sportleider, cognitief trainer, hydrotherapeut, maatschappelijk werker, muziektherapeut, sociaal-cultureel werker, geestelijk verzorger, orthopedagoog, psycholoog, revalidatiearts en overige medische specialisten. (Revalidatie Nederland, 2011, pag. 24) In het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland wordt genoemd dat tot de standaard disciplines van een multidisciplinair pijnprogramma, de revalidatiearts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en maatschappelijk werker horen. (Köke et al., 2005, pag. 10)

Uit de opsomming van het Brancherapport Revalidatie (2011), blijkt dat de discipline psychomotorische therapie ontbreekt. Dit terwijl het Brancherapport de meest actuele ontwikkelingen in Revalidatie Nederland beschrijft. In het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland, wordt psychomotorische therapie wel genoemd als een behandelvorm, maar is hierin nog niet verder uitgewerkt. Zij stellen voor om in de toekomst een subgroep met inhoudsdeskundigen te vormen om tot een verdere beschrijving van psychomotorische therapie te komen. Daarnaast komt uit het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland naar voren dat er behoefte is naar meer eenduidige beschrijving van pijnrevalidatieprogramma's in Nederland. Wat aangeeft dat de pijnrevalidatie nog volop in ontwikkeling is en dat psychomotorische therapie in de toekomst aan terrein zou kunnen winnen. (Revalidatie Nederland, 2011; Köke et al., 2005)

Hoe de psychomotorische therapie op dit moment is gepositioneerd binnen pijnrevalidatie Nederland, wordt beschreven in hoofdstuk 5. Hierin worden de resultaten uitgewerkt van het praktijkonderzoek.

Het volgende hoofdstuk gaat over chronische pijn en revalidatie. In de eerste paragraaf wordt uitgelegd wat chronische pijn is, in de daaropvolgende paragrafen wordt uiteengezet hoe de pijnrevalidatie in Nederland en in Emmen eruit ziet.

3. Chronische pijn en revalidatie

In Nederland heeft 44,4% van de bevolking (ouder dan 25 jaar) pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat. De behandelingen die gericht zijn op het wegnemen van de pijn blijken in veel gevallen weinig effect te hebben. De pijnklachten worden dan chronisch. Dit levert een groot medisch en maatschappelijk probleem op. Het revalideren, gericht op het verbeteren van het dagelijks functioneren met de pijn, is hierbij de inzet (Engers et al., 2007).

3.1. Wat is (chronische) pijn?

De International Association for the Study of Pain (IASP, 1979) hanteert als definitie voor pijn, *'een onplezierige sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging en/of beschreven wordt in termen van een dergelijke weefselbeschadiging'*.

Pijn is een signaal dat beschermt tegen weefselschade. Deze kan acuut beginnen, bijvoorbeeld na een trauma, en na genezing van de weefselschade weer overgaan. Maar pijn kan ook chronisch worden of chronisch recidiveren. In dat geval blijven de pijnklachten bestaan, ondanks dat de weefselschade grotendeels is genezen of stabiel aanwezig is. Wanneer de pijn voor een lange tijd aanwezig is (meer dan 12 weken), lijkt pijn zijn oorspronkelijke signaalfunctie verloren te hebben. De relatie met de oorspronkelijke pijnprikkel neemt steeds meer af. Er wordt van chronische pijn gesproken als er geen voldoende verklaring (meer) is voor de ernst van de klachten en de beperkingen. En als een op pijngerichte behandeling geen verbetering (meer) geeft (Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007; Köke et al., 2007; Pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen, 2012).

Bij chronische pijn patiënten is niet alleen de pijn een probleem, maar ook de last erdoor, de beleving van de pijn en de beperkingen in het dagelijks functioneren die ermee gepaard gaan. Kortom, de pijn werkt door. Hoe de pijn invloed kan uitoefenen op het algehele functioneren van de patiënt, wordt verder uitgewerkt in paragraaf 4.2.1. Hierin wordt het biopsychosociale model besproken. De noodzaak om voor deze patiëntencategorie een apart revalidatieprogramma lijkt gezien de complexiteit van het probleem, geen nadere toelichting te vragen.

3.2. Pijnrevalidatie in Nederland

Uit het Consensus Rapport (2005) wordt voor de pijnrevalidatie de volgende definitie gehanteerd:

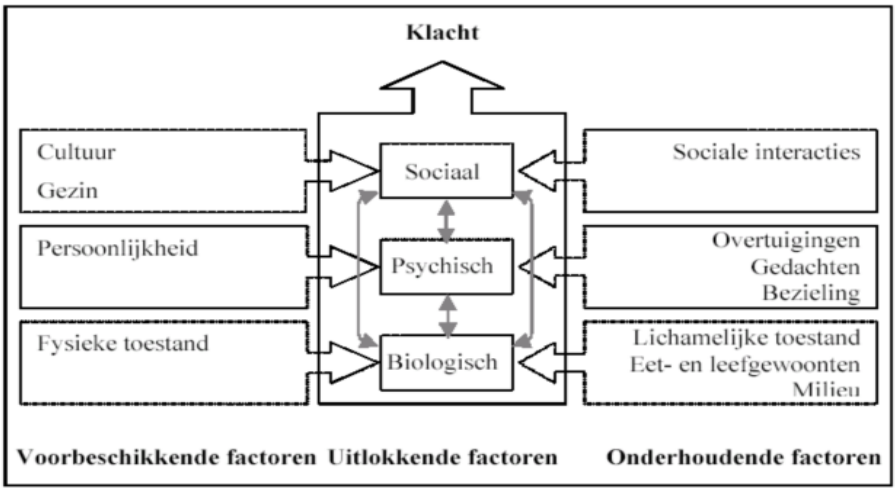
'Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn van het bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren.' (Köke et al., 2005, pag. 19)

Revalidatie instellingen in Nederland die werken met chronische pijnpatiënten bieden allen hun eigen pijnrevalidatieprogramma aan. De meeste programma's maken gebruik van een combinatie van somatische, cognitieve en/of gedragsmatige behandelstrategieën. Er wordt nog volop onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelonderdelen of combinaties van behandelingen. Voorlopig kunnen er nog geen concrete uitspraken worden gedaan over welk programma of programmaonderdelen het meest effectief zijn. (Köke et al., 2005) Vanuit het Pijn Kennis Centrum Maastricht is er in 2001 een enquête uitgevoerd onder gezondheidszorginstellingen, om onder andere inzicht te krijgen in de multidisciplinaire behandelprogramma's van chronische pijn patiënten. Een aantal belangrijke, en voor deze scriptie relevante, conclusies uit deze enquête (Köke et al., 2005, pag. 10) zijn;

- Het aanbod van multidisciplinaire pijnprogramma's is groot.
- Naast revalidatiearts horen psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut en maatschappelijk werk tot de standaard disciplines van een multidisciplinair pijnprogramma.
- De multidisciplinaire pijnprogramma's streven vrijwel allemaal dezelfde doelstellingen na. Daarbij zijn leren omgaan met pijn, het niveau van functioneren verbeteren en de kwaliteit van leven verbeteren de belangrijkste.
- De multidisciplinaire pijnprogramma's zijn gebaseerd op brede biopsychosociale concepten waarvan de concrete inhoud niet duidelijk is.

3.2.1. Biopsychosociale visie

De pijnrevalidatieprogramma's zijn gebaseerd op een biopsychosociale visie op chronische pijnklachten. In het onderstaande figuur is deze visie illustratief gemaakt.



Bron: vrij naar Van Houdenhove (2001)

Figuur 1. Biopsychosociaal model. Bron: *H.C.L., Verdouw, Gouda, 2005*

Het biopsychosociaal model komt uit het werk van Engel (1980). Hij maakte duidelijk dat meerdere factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan, het voortbestaan of het herstel van de klacht. Waarbij de klacht wordt gezien als een onderdeel van het hele systeem, waarin de mens zich bevindt. Onder het systeem wordt het sociale, psychische en biologische functioneren van de patiënt bedoeld. De verschillende factoren die het systeem kunnen beïnvloeden zijn o.a. de cultuur, persoonlijkheid, fysieke toestand, sociale interacties, overtuigingen, die betrekking hebben op de patiënt. Hierin komt naar voren dat het biopsychosociale model voor elke patiënt weer anders ingevuld dient te worden en de klacht voor elke patiënt anders ligt. (Köke et al., 2007) De focus van de revalidatie gaat hierbij naar het zoeken naar de in stand houdende factoren voor de klacht. Ook in het Consensus Rapport (Köke et al., 2005), het methodisch raamwerk (Van der Meijden-van der Kolk & Bosscher, 2007) en in de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (Engers et al., 2007) wordt het biopsychosociale model genoemd als basis voor het behandelen van chronische pijnklachten.

Hoe het biopsychosociale model verder wordt vorm gegeven binnen de behandeling van chronische pijn patiënten, wordt aan de hand van het pijnprogramma uit Emmen verder in de paragraaf 4.3. uitgewerkt.

3.2.2. Doelstellingen en behandelvormen pijnrevalidatie

In het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland is er een met een meerderheid van 86% een akkoord bereikt in het formuleren van de doelstellingen in de pijnrevalidatie (Köke et al., 2005, pag. 20).

De doelstellingen zijn opgedeeld in 4 domeinen, te weten;
1. Activiteitenniveau optimaliseren
2. Anders leren denken en voelen
3. Anders doen
4. Stoornissen in functie

Deze domeinen zijn weer opgedeeld in subdomeinen, waarbij bijbehorende behandeldoelen worden geformuleerd. Een overzicht hiervan is te vinden in de **bijlage 1**. De verdeling zoals deze hier gemaakt is, wordt niet binnen elke pijnprogramma op dezelfde wijze gehanteerd. Zoals eerder beschreven in paragraaf 4.2. hebben de verschillende revalidatiecentra een eigen pijnprogramma, met daarbij een eigen indeling in behandeldoelen. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van elk behandelteam om in afstemming met de patiënt individuele keuzes te maken wat betreft behandeldoelen. Zoals eerder genoemd is elke klacht bij elke patiënt anders.

Een beschrijving van de mogelijke behandelvormen binnen de pijnrevalidatie, zoals deze beschreven zijn in het Consensus Rapport (Köke et al., 2005), is op de volgende pagina te vinden. Hoe het pijnprogramma van de revalidatie afdeling Emmen eruit ziet wordt verder uiteengezet in paragraaf 4.3.

Behandelvormen

De pijnrevalidatie bestaat uit een op elkaar afgestemde combinatie van behandelingen. Deze is aangepast op de doelen van de individuele patiënt. Om als team tijdens de behandelperiode van de patiënt goed op elkaar afgestemd te zijn, worden regelmatig multidisciplinaire overleggen gehouden. Deze worden voorgezeten door de revalidatiearts, waarin de behandelde therapeuten elkaar op de hoogte houden van de voortgang van het revalidatieproces.

Een aantal behandelvormen welke het meest gehanteerd worden binnen de pijnrevalidatieprogramma's worden opgesomd in het Consensus Rapport (Köke et al., 2005, pag. 25-26). De behandelvormen die hierin genoemd worden, kunnen worden gegeven door diverse therapeuten. Dit is afhankelijk van de bezetting van het team en de visie van de revalidatie afdeling. In het kader van deze scriptie maak in een onderverdeling zoals wij deze hanteren binnen de pijnrevalidatie in Emmen. Beschreven worden;

Fysiotherapeut

- Graded Activity
- Medische trainingstherapie
- Sport en spel
- Ontspanningstherapie

Ergotherapeut

- Week- en dagschema opstellen
- Graded Activity
- Ergonomie
- Educatie

Psycholoog

- Graded Exposure
- Cognitieve herstructurering
- Aanleren copingstrategieën
- Educatie

Maatschappelijk werker

- Tijdsbesteding
- Arbeidsbegeleiding

Een praktische uitwerking van deze behandelvormen is te vinden in **bijlage 2**.

In het Consensus Rapport worden ook een aantal behandelvormen genoemd waarvan de beschrijving nog niet afgerond is. Hieronder vallen bijvoorbeeld, 'lichaamsgerichte therapie', 'lichaamsbewustwording', 'psychomotore therapie', 'EMDR' en 'haptonomie'. Hieruit valt op te merken dat de PMT wel erkend wordt als behandelvorm, maar door de relatieve onbekendheid binnen de pijnrevalidatie nog geen eenduidige plek heeft. (Köke et al., 2005, pag. 25)

In hoofdstuk 5 zal verder worden ingaan op wat psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie kan betekenen. In de volgende paragraaf wordt eerst de pijnrevalidatie in Emmen uitgewerkt, om in hoofdstuk 6 te kunnen komen tot wat psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie in Emmen kan toevoegen.

3.3. Pijnrevalidatie in Emmen

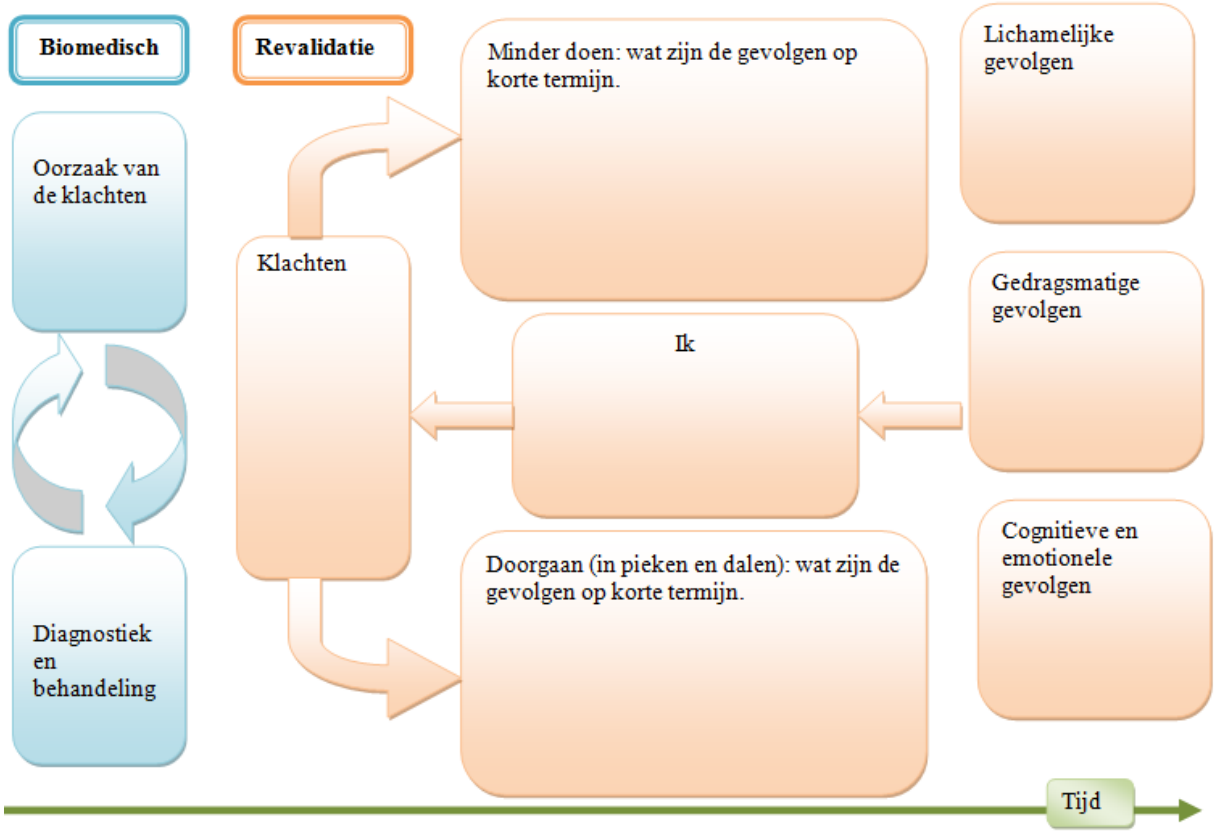
Binnen de poliklinische revalidatie afdeling van het Scheperziekenhuis in Emmen wordt voor mensen met chronische pijn een speciaal ontwikkeld pijnrevalidatieprogramma aangeboden. Wat betreft de visie van de pijnrevalidatie in Emmen, wordt deze aangehouden zoals deze landelijk is geformuleerd. Deze visie is in paragraaf 4.2.1. te vinden.

In dit hoofdstuk zal eerst aandacht worden besteed aan het pijngevolgenmodel, vervolgens zal de behandelfase van de fysiotherapeut en de psycholoog worden besproken. Dit wordt als basis meegenomen voor de uitwerking van de vraagstelling van deze scriptie.

De inhoudelijke beschrijving van het pijnprogramma uit Emmen, met de behandelfase en de observatiefase, is te vinden in de **bijlage 3.** In deze bijlage zijn ook de in- en exclusiecriteria voor het pijnprogramma te vinden.

3.3.1. Pijngevolgenmodel

Binnen het pijnprogramma in Emmen wordt een indeling gemaakt van de pijnproblematiek aan de hand van het zogenaamde pijngevolgenmodel (Speckens, Spinhoven & van Rood, uit: Platform Re-integratie, 2004).



Figuur 2. Pijngevolgenmodel. Bron: *Handboek pijnrevalidatie Emmen, 2012*

Het pijngevolgenmodel is een model welke samen met de patiënt wordt ingevuld. Met behulp van dit model worden alle factoren in kaart gebracht welke een rol kunnen spelen in het ontstaan en/of het onderhouden van het pijnprobleem.

De patiënt leert op deze manier kijken naar zijn eigen rol in het onderhouden van zijn klachten en de gevolgen daarvan op lichamelijk, gedragsmatig en op cognitief- en emotioneel gebied. Met als doel om de patiënt inzicht te geven in zijn gedrag en op welke manier hij invloed kan uitoefenen op de negatieve gevolgen van zijn klachten (Pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen, 2012). Dit gevolgenmodel wordt in het boek van De Lange (2010, pag. 87-88) ook genoemd als middel om zichtbaar te maken hoe op lichamelijk, cognitief en emotioneel, gedragsmatig en psychosociaal gebied mensen hun klachten in stand kunnen houden. Waarbij het wordt toegepast binnen de GGZ, bij conversieve klachten.

Vanuit dit pijngevolgenmodel worden de lichamelijke, gedragsmatige, cognitief en emotioneel, en sociale gevolgen van de pijn in kaart gebracht. Deze worden hieronder beschreven. Aan de hand hiervan wordt in overleg met het team en de revalidatiearts de behandeldoelen geformuleerd, en worden de daar bij behorende behandelmodules gekozen. Deze modules zijn te vinden in **bijlage 3.**

Lichamelijk	**Gedragsmatig**	**Cognitief en emotioneel**	**Sociaal**
Conditieverlies en spierzwakte	Afname fysieke activiteiten	Angst	Verlies van werk en andere sociale functies
Afwijkend spierspanning	Monitoren van het lichaam	Somberheid, depressieve klachten	Relatie en gezinsconflicten
Gestoord adempatroon	Lichaamssignalen negeren	Boosheid, niet accepteren	Financiële gevolgen
In- en doorslaapproblemen	Medicatie en alcohol- en/of druggebruik	Aandacht- en concentratieproblemen	Verlies van sociale contacten
Vermoeidheid	Disbalans activiteitenniveau	Preoccupatie, selectieve aandacht	
Verstoorde houding- en bewegingspatronen	Gebruik hulpmiddelen en diensten		
	Verandering van dagritme (slapen, eten)		

De behandelmodules van de pijnrevalidatie in Emmen, zijn opgesteld en uitgewerkt in samenwerking met het Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie Hoensbroeck. Momenteel loopt er een groot onderzoek naar wetenschappelijke onderbouwing van de pijnrevalidatie. Dit vindt plaats op initiatief van de Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie in Nederland (Hoensbroeck, Roessingh en Rijdam). Hierdoor is een Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie tot stand gekomen, waarmee verder stappen genomen kunnen worden om de pijnrevalidatie te laten doorontwikkelen (Engers et al., 2007). Het Scheperziekenhuis werkt met zijn pijnrevalidatie mee aan dit wetenschappelijk onderzoek.

In het kader van deze scriptie worden de behandelmodules van de fysiotherapeut en de psycholoog in de volgende paragraaf verder uitgewerkt.

3.3.2. Behandelfase fysiotherapeut en psycholoog

Fysiotherapeut

De fysiotherapeut richt zich binnen de pijnrevalidatie primaire op de lichamelijke gevolgen, zoals deze hierboven te vinden zijn. Voor de behandeling van deze lichamelijke gevolgen zijn behandelmodules ontwikkeld. Dit zijn de volgende modules; de module *'Houding en Handelen', 'Bewegen' en 'Ontspanning'*. Deze modules zullen hieronder kort beschreven worden wat betreft inhoud en doel. (Pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen, 2012)

- Het doel van de behandelmodule *'Houding en Handelen'* is dat de patiënt inzicht te krijgt in zijn houding en handelen. Waarbij hij zijn houding leert analyseren, goed uitvoeren en toepassen in zijn dagelijks leven. Voor deze module kan bijvoorbeeld worden gekozen wanneer er sprake is van een gestoord/verstoord bewegingsgedrag en -patroon. Met als winst dat de patiënt leert zelfstandig een terugval leert voorkomen, doordat hij zich bewust is van zijn handelen.
- De behandelmodule *'Bewegen'* biedt de mogelijkheid om het activiteitenniveau van de patiënt te verhogen door een verbeterde conditie en spieruithoudingsvermogen en kracht. Wanneer er sprake is van een verminderde conditie en/of wanneer er sprake is van het niet weten of durven om de conditie op te bouwen.
- Tenslotte kan de behandelmodule *'Ontspanning'* aangeboden worden, wanneer er sprake is dat de patiënt meer spierspanning opbouwt dan noodzakelijk is en dit zelf niet kan doorbreken. Met als doel om de patiënt inzicht te laten krijgen in de psychofysiologische en emotionele factoren die de pijn kunnen beïnvloeden, en oefent in het verminderen van deze factoren.

Psycholoog

De psycholoog richt zich binnen de pijnrevalidatie met name op de cognitieve en emotionele gevolgen van pijn. De behandelmodules die hierin worden aangeboden zijn de volgende; *'Cognitieve Therapie', 'Graded Exposure' en 'Mindfulness'*. Hieronder volgt een korte beschrijving over de inhoud en het doel van deze modules.

- Voor de module *'Cognitieve Therapie'* kan gekozen worden wanneer de patiënt catastroferende gedachten geeft over de pijn en wanneer deze gedachten hem in de weg staan zich goed te voelen. Het doel van deze module is om de patiënt deze gedachten en de invloed van deze gedachten te laten herkennen. Zodat de patiënt in staat is om deze gedachten zelf om te zetten in meer helpende gedachten.
- Wanneer blijkt dat de patiënt een sterke angst heeft om bepaalde bewegingen c.q. activiteiten uit te voeren, en deze in het dagelijks leven ook vermijdt, kan besloten worden de module *'Graded Exposure'* in te zetten. Deze heeft als doel om de belemmerende pijngerelateerde angst te verminderen en de catastroferende gedachten te veranderen. Door de gevreesde activiteit juist te

oefenen. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van educatie en cognitieve gedragsexperimenten.

- De behandelmodule *'Mindfulness'* kan worden ingezet bij patiënten die sterk de neiging hebben 'gewoon door te gaan' en waarbij deze houding steeds meer een gevecht wordt. Door dit gevecht ontstaan er vaak juist extra problemen waar de patiënt (en zijn systeem) onder leidt. Het doel van deze module is dat de patiënt leert zijn aandacht te richten op het hier en nu en een accepterende houding leert aan te nemen aan dat wat ervaren wordt. De patiënt gaat actief op zoek naar wat het leven voor hem waardevol maakt.

In hoofdstuk 6 aandacht wordt besteed aan de overlap en het onderscheid tussen de disciplines fysiotherapie, psychologie en psychomotorische therapie. In het volgende hoofdstuk wordt eerst uitgewerkt wat psychomotorische therapie binnen de (pijn)revalidatie kan betekenen.

4. Psychomotorische therapie en (pijn)revalidatie

Binnen de revalidatie is er steeds meer aandacht voor het psychosociaal functioneren van de cliënt, het biopsychosociale model wordt als uitgangspunt genomen, zie paragraaf 3.2.1.. Chronische pijnklachten kunnen worden ingedeeld in vier verschillende niveaus van pijnproblematiek, variëren van 1 tot en met 4. Een beschrijving hiervan is te vinden in **bijlage 4**. Bij een pijnproblematiek van WPN niveau 3 en 4 spelen psychosociale problematiek een nadrukkelijk onderhoudende rol spelen binnen de klachten. Bij cliënten waar psychosociale problematiek op de voorgrond staat, kan de psychomotorisch therapeut een bijdrage leveren, dit wordt in de volgende paragraaf uitgewerkt. Met het schrijven van dit hoofdstuk wordt onderzocht wat de psychomotorisch therapeut kan bijdragen binnen de (pijn)revalidatie, en hoe wordt dit momenteel vormgegeven binnen revalidatie-instellingen in Nederland.

4.1. PMT binnen de revalidatie

Emck & Bosscher (2008) beschrijven dat er een expliciete indicatie voor psychomotorische therapie is bij problematiek waar een sterke relatie bestaat tussen emotionele en lichamelijke processen. Hekking & Fellinger (2011) onderschrijven dit en beschrijven dat binnen de revalidatie gewerkt wordt aan het vinden van een (hernieuwde) integratie van lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale factoren in het functioneren van de cliënt. Juist het feit dat de psychomotorisch therapeut enerzijds een bewegings- en lichaamsgerichte achtergrond heeft en anderzijds is ingevoerd in de behandeling van psychosociale problematiek, maakt hem bij uitstek deskundig om op het grensvlak van soma en psyche de revalidatie van mensen mede te begeleiden. In hun boek noemen zij een aantal psychosociale thema's die naar voren kunnen komen binnen de revalidatie, namelijk;

- Bewustwording en leren accepteren van de nieuwe lichamelijkheid van een cliënt;
- De vaak veranderde intimiteit en seksualiteit;
- De veranderde lichamelijke interactie op het gebied van aanraken en gezien worden;
- Het verwerken van psychotraumata;
- Het omgaan met het spanningsveld tussen autonomie en afhankelijkheid. (Hekking & Fellinger, 2011 pag. 91-92)

Hekking & Fellinger (2011) benadrukken dat het werkterrein van de psychomotorische therapeut zich verbreed naar cliënten die op lichamelijk vlak beperkingen hebben en daardoor psychische en sociale problematiek ervaren. Hieronder valt ook de chronische pijn problematiek.

Op welke gebieden de psychomotorische therapie zich richt binnen de pijnrevalidatie wordt uitgewerkt in de volgende paragraaf.

4.2. PMT binnen de pijnrevalidatie

Van der Meijden-Van der Kolk & Bosscher (2007) beschrijven vier probleemgebieden voor psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie. Deze probleemgebieden zijn gerelateerd aan de gevolgen van chronische pijn in het voelen, denken en handelen van de cliënt.

1. Bewegingsangst leidend tot vermijden of overreageren;
2. Spanning en stress;
3. Lichaamsbeleving;
4. Interacties en sociale verbanden.

Van der Meijden-Van der Kolk & Jol (2007) hebben in het boek *'In Beweging'* een productomschrijving beschreven voor psychomotorische begeleiding en behandeling van mensen met somatoforme stoornissen. Gekoppeld aan de probleemgebieden zoals hierboven zijn beschreven, worden deze gebieden hieronder verder uitgewerkt. Aan de hand van de rationale, doelen en interventies zoals deze geformuleerd zijn door Van der Meijden-van der Kolk & Jol (2007), wordt de psychomotorische interventie beschreven. Met de rationale wordt de beweegreden bedoeld, die de therapeut gebruikt om zijn interventie of keuze van activiteit en de klacht de verklaren aan de cliënt (Hekking & Fellinger, 2011).

Probleemgebieden: Bewegingsangst leidend tot vermijden of overreageren / Lichaamsbeleving

Rationale

Cliënten met lichamelijke klachten, behorende bij de somatoforme stoornissen hebben de neiging bewegen te gaan vermijden. Voor hun algemeen welbevinden is het goed dat zij aangesproken worden op bewegen en dat er gezocht wordt naar positieve lichaams- en bewegingservaringen. Zo mogelijk kan de cliënt worden voorbereid op deelname aan bewegingsactiviteiten in club- of verenigingsverband (Van der Meijden-Van der Kolk & Jol, 2007, pag. 65).

Doelen die daarbij geformuleerd kunnen worden zijn;

- Opdoen van positieve bewegings- en lichaamservaringen.
- Voorkomen van achteruitgang van algemeen functioneren.
- Plezier beleven met anderen.
- Leren omgaan met lichamelijke beperkingen.
- Opdoen van sociale vaardigheden, voor deelname bewegingsactiviteiten groepsverband.
- Bewegingsonderhoud.
- Invoegen in een sport of bewegingscultuur.

De *psychomotorische interventies* bestaat hierbij voornamelijk uit het aanbieden van verschillende bewegingsmogelijkheden, die aansluiten bij de cliënt.

Probleemgebieden: Spanning en Stress / Lichaamsbeleving
Rationale
Cliënten met somatoforme stoornissen hebben lichamelijke klachten en/of ervaren pijn. Spanning en angst spelen ook een rol en kunnen de klachten verergeren. Door te leren ontspannen, neemt lichamelijke opwinding en spanning af en worden lichamelijke klachten en pijn als minder last ervaren (Van der Meijden-Van der Kolk & Jol, 2007, pag. 66).

Doelen die daarbij geformuleerd kunnen worden zijn;

- Het leren onderscheiden van gevoelens van spanning en ontspanning.
- Controle krijgen over het lichaam.
- Het vinden van bij de persoon passende ontspanningsoefeningen die effectief zijn.
- Leren ontspannen.
- Minder snel in paniek raken onder stress, door lichamelijke signalen te onderkennen die te maken hebben met stress.
- Het leren van een adequate betekenisverlening aan lichamelijke signalen.

Passende *psychomotorische interventies* hierbij kunnen onder andere zijn; ontspanningsoefeningen, progressieve relaxatie, autogene training, adembewustwording, sensorelaxatie en ontspanning volgens Dixhoorn.

Probleemgebieden: Interactie en sociale verbanden / Lichaamsbeleving
Rationale
Bij cliënten met somatoforme stoornissen komt het voor dat de lichamelijke klachten slechts ten dele positief te beïnvloeden zijn. Persoonlijkheidstrekken kunnen de klachten mede beïnvloeden, in standhouden en/of versterken. PMT heeft in deze gevallen een behandeling, die gericht is op het leren accepteren van de klacht en het leren aangeven van de beperkingen door de klacht in de dagelijkse omgeving (Van der Meijden-Van der Kolk & Jol, 2007, pag. 67).

Doelen die daarbij geformuleerd kunnen worden zijn;

- Leren accepteren van de lichamelijke klachten.
- Leren aangeven van beperkingen.
- Evenwicht vinden in inspanning en ontspanning.

Mogelijke *psychomotorische interventies* zijn; het neerzetten van bewegingsactiviteiten die cliënt confronteren met mogelijkheden en beperkingen. En lichaamsgerichte interventies waarbij de cliënt leert stilstaan bij de lichaamsbeleving, onder andere door ontspanningsoefeningen en leert zijn lichaamssignalen serieus te nemen.

Probleemgebieden: Interactie en sociale verbanden / Lichaamsbeleving
Rationale
Cliënten met een somatoforme stoornis kunnen, naast het klachtgericht werken, de hulpvraag hebben om inzicht te krijgen in de mogelijke samenhang van de lichamelijke last en hun eigen socialisatie en ontwikkeling (Van der Meijden-van der Kolk & Jol, 2007, pag. 69).

Doelen die daarbij geformuleerd kunnen worden zijn;

- Kunnen hanteren van lichamelijke klachten.
- Inzicht verwerven in de mogelijke betekenis van lichamelijke signalen in het kader van eigen socialisatie en ontwikkeling.
- Anders leren omgaan met situaties die verhoogd arousal en lichamelijke signalen kunnen oproepen.
- Focussen op gevoelsmatig moeilijke aspecten.
- Stilstaan bij de relatie tussen lichaamsbeleving en interactiepatronen.
- Nieuw, alternatief bewegingsgedrag leren.

Mogelijke *psychomotorische interventies* zijn, bewegingssituaties en oefeningen gericht op lichaamsbeleving. Waarbij verbanden worden gelegd tussen lichamelijke signalen, klachten en de betekenis ervan. Bewegingssituaties waarbij de cliënt nieuwe ervaringen opdoet en waarbij met ander gedrag geoefend kan worden. Binnen de bewegingsactiviteiten is de interactie tussen de therapeut en de cliënt van belang voor de betekenisverlening van gedragspatronen. De therapeut kan zichzelf inzetten om een rol aannemen, om ervaringen te laten opdoen met nabijheid, grenzen en intimiteit.

Wat de psychomotorische interventie toe kan voegen, naast de fysiotherapeutische en psychologische interventie wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 6. Hier zal ook worden weergegeven hoe deze probleemgebieden ingevoegd kunnen worden binnen de pijnrevalidatie in Emmen.

4.3. Actuele ontwikkelingen PMT binnen de pijnrevalidatie

Momenteel loopt er een promotieonderzoek van Van der Maas (2010) naar de behandeleffecten op lange termijn van psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie. Hierin doet zij onderzoek naar de invloed van psychomotorische

interventie op het lichaamsbewustzijn, emotioneel functioneren en zelf waargenomen competentie. De voorlopige resultaten laten zien dat psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie een waardevolle aanvulling kan zijn.

5. Praktijkonderzoek positionering PMT binnen pijnrevalidatie

Opzet van het onderzoek

In het kader van deze scriptie heb ik een vragenlijst opgestuurd naar een 16-tal revalidatie instellingen. De revalidatie instellingen zijn gekozen op basis van deelname aan de Landelijk Werkgroep Pijn. De voorzitter van deze werkgroep, Ineke Boonstra, heb ik toestemming gevraagd om de revalidatie instellingen te benaderen om deel te nemen aan dit onderzoek.

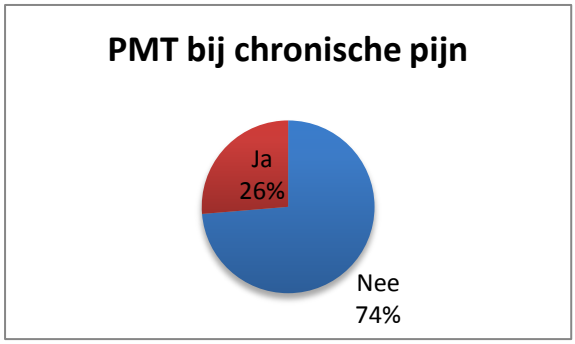
De doelstelling van deze vragenlijst is tweeledig. Enerzijds wil ik inzicht krijgen in de positionering van de PMT binnen de pijnrevalidatie in Nederland, anderzijds wil ik inzicht krijgen in de positionering en interventies van de psychomotorisch therapeut binnen het revalidatie behandelteam.

In totaal heb ik de vragenlijst opgestuurd naar 16 revalidatie-instellingen, hiervan heb ik er 14 ingevuld retour gekregen. Daarnaast heb ik een dag meegelopen met een psychomotorisch therapeut van Revalidatie Friesland in Beetsterzwaag, waar ik diverse behandelingen van pijnpatiënten heb bijgewoond.

Resultaten en uitwerking

De vragen en de resultaten van de vragenlijst worden hieronder uitgewerkt. Per vraag zullen de resultaten worden weergegeven.

1. Is PMT een onderdeel van het multidisciplinaire pijnteam?



Van de betrokken revalidatie-instellingen is PMT in vijf (van de veertien) instellingen een onderdeel van het pijnteam.
Drie revalidatie-instellingen bieden zowel klinische als poliklinische behandeling. Bij twee revalidatie-instellingen wordt alleen poliklinische pijnrevalidatie aangeboden.

Figuur 3. Percentage revalidatie-instellingen PMT bij chronische pijn

2. Wanneer besluit het team te verwijzen voor psychomotorische therapie?
Bij de revalidatie-instellingen die klinische pijnrevalidatie bieden, valt PMT standaard in het behandelaanbod. Hierbij is vaak sprake van WPN- 3 en 4 problematiek.

Verwijzingen voor psychomotorische therapie die genoemd worden, zijn;
- Problemen op gebied van sociale interactie
- Problemen op gebied van emoties (het voelen, uiten en omgaan met emoties)
- Problemen op het gebied van lichaamsbeleving / spanning
- Het ver-, her- en erkennen van fysieke mogelijkheden en beperkingen

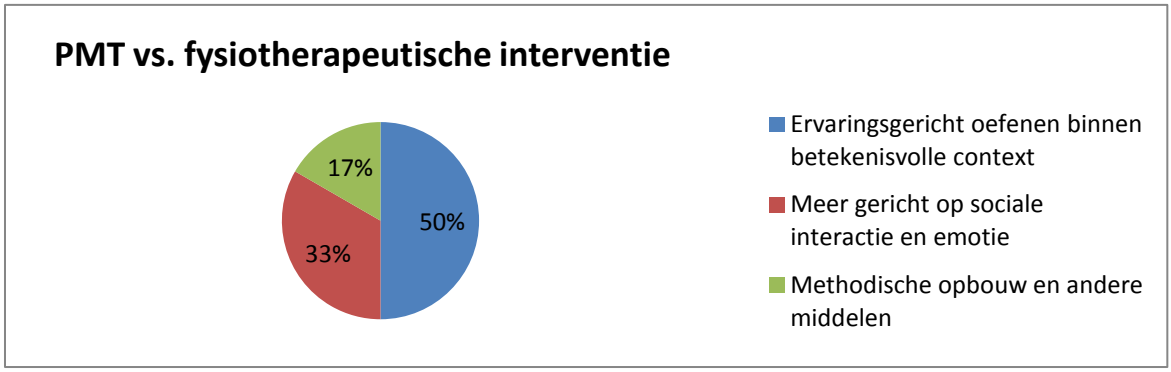
Ook wordt genoemd dat de PMT'er bij het revalidatieproces wordt betrokken om te onderzoeken waarop het vastloopt, wanneer er sprake is van stagnatie in het revalidatieproces.

3. Wordt de PMT individueel of in groepsverband aangeboden?
In alle gevallen wordt PMT zowel in groepsverband als individueel aangeboden. De trend is echter wel, dat er meer in groepsverband wordt gewerkt dan individueel.

4. Als er voor PMT wordt gekozen, welke psychomotorische interventies worden dan uitgevoerd?
Zowel lichaamsgerichte- als bewegingsgerichte interventies worden toegepast binnen de pijnrevalidatie. Waarbij in alle instellingen de nadruk ligt op lichaamsgerichte interventies. De lichaamsgerichte interventies die genoemd worden zijn; Sensory Awareness, ontspanningstechnieken, Mindfulness, Pesso. Wanneer er sprake is van bewegingsgerichte methodieken, blijft de focus op het voelen van het lichaam binnen een betekenisvolle context. Verder wordt sport en spel genoemd, waarbij interventies plaatsvinden die met name gericht zijn op het ervaren en voelen van het eigen lichaam.

5. Waarin wordt het onderscheid gemaakt met de psychologische interventie?
In alle gevallen wordt genoemd dat de psychologische interventie plaats vindt op basis van gesprekken. Waarbij de psychomotorische interventie beweging- en ervaringsgericht is, de lijfelijke ervaringen vormen de basis om interventies op toe te passen en te werken aan behandeldoelen.

6. Waarin wordt het onderscheid gemaakt met de fysiotherapeutische interventie?



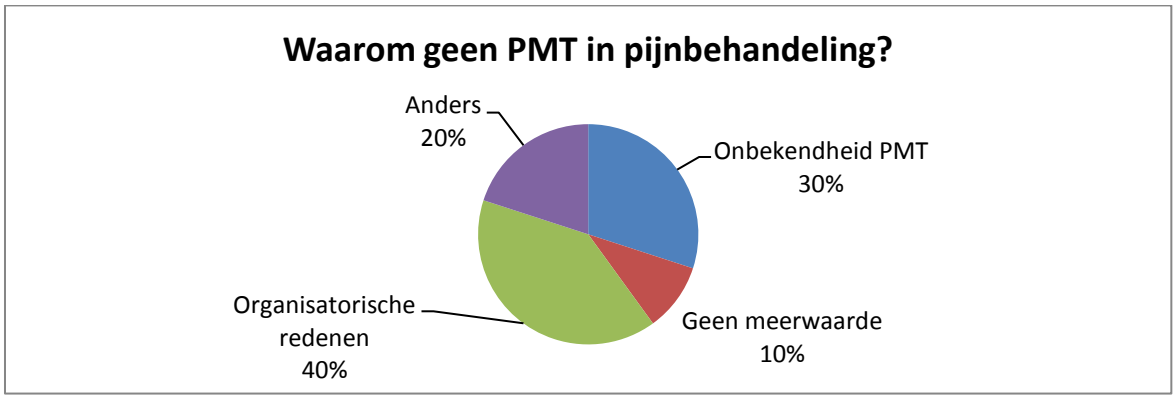
Figuur 4. Psychomotorische interventie vs. fysiotherapeutische interventie, percentages in voorkomende antwoorden.

Op deze vraag kwamen drie onderscheidende antwoorden naar voren.

- In de eerste plaats werd het ervaringsgericht werken binnen een betekenisvolle context het vaakst genoemd. Ervaringsgericht met het oog op gedragsverandering waarbij diverse thema's werden genoemd, zoals grenshantering, acceptatie, agressieregulatie, omgaan met beperkte belastbaarheid, omgaan met voelen van emoties en assertiviteit.
- Daarnaast werd genoemd dat de fysiotherapeutische interventie minder dan de psychomotorische interventie, gericht op sociale interactie en emoties. Waarbij de psychomotorisch therapeut met name kijkt vanuit het relationele lichaamsbeeld en de interactie.
- Tenslotte werd als bepalend onderscheid genoemd dat de fysiotherapeut en de psychomotorisch therapeut verschillende middelen gebruiken. En dat de psychomotorische interventie een methodische opbouw inzet om de cliënt inzicht te laten krijgen in gedrag; van verkennen, naar herkennen, naar erkennen.

Redenen revalidatiecentra waarbij PMT niet in behandelaanbod zit

Wanneer de PMT geen onderdeel van de behandeling vormt, werden de centra gevraagd naar de reden hiervoor. Hierbij konden zij kiezen tussen de volgende items, waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren.



Figuur 5. Redenen waarom PMT niet in het behandelaanbod zit uitgedrukt in percentages

Anders namelijk….
Gekozen voor andere therapievorm, waarbij haptonomie 2 keer genoemd werd. Verder werd één keer genoemd dat het niet past binnen de visie van de instelling, waarbij gewerkt wordt naar de Explain pain, dus meer cognitief gedragsmatig.

Discussie

Binnen dit onderzoek zijn een 16-tal revalidatie-instellingen opgenomen die allen betrokken zijn bij de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland. Er zijn echter meer revalidatie-instellingen die onderdeel zijn van deze werkgroep. De willekeurige selectie is gemaakt op basis van een gedateerde lijst (2010) waar 19 revalidatie-instellingen in opgenomen waren. Om een volledig beeld te kunnen krijgen van de positionering van PMT binnen de pijnrevalidatie hadden alle revalidatie-instellingen aangeschreven moeten worden uit een actuele deelnemerslijst.

Omdat alleen de revalidatie-instellingen die betrokken zijn bij de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland zijn meegenomen in dit onderzoek, kan er een gekleurd beeld ontstaan van de pijnrevalidatie in Nederland. Het is mij echter onbekend hoeveel revalidatie-instellingen met een pijnrevalidatie er totaal in Nederland zijn, en hoeveel er hiervan lid zijn van de Werkgroep.

De respons op de vragenlijst was hoog. 16 vragenlijsten opgestuurd, waarvan 14 retour. De vragen waren voor revalidatie-instellingen waar PMT geen onderdeel van het behandelteam was, makkelijk in te vullen door het aanbieden van keuzemogelijkheden. De vragen die gesteld werden waar PMT wel een onderdeel van het revalidatieteam vormt, waren open vragen. Hierdoor was de tijdsinvestering voor de betreffende therapeuten meer aanwezig, maar de reacties waren positief. Zij willen graag een steentje bijdragen aan de positionering van PMT binnen de pijnrevalidatie.

De vragenlijst bestond uit een aantal open vragen. Hierdoor is het lastig om de resultaten te verwerken en te vergelijken met elkaar. Om tot eenduidige conclusies te kunnen komen, verdiend het aanbeveling om meerkeuzen vragen te verwerken binnen de vragenlijst. De resultaten zijn nu meer beschrijvend verwerkt. Met name wanneer het gaat om een eenduidige beschrijving van de psychomotorische interventie binnen de pijnrevalidatie, had hier meer uit gehaald kunnen worden. Dit vormt wellicht een item wanneer een groep van psychomotorisch therapeuten gaan komen tot een beschrijving van het vak binnen de pijnrevalidatie.

Conclusie

Op basis van de resultaten uit dit praktijkonderzoek kan worden gesteld dat psychomotorische therapie een plek heeft binnen de pijnrevalidatie. In ruim een kwart van de betrokken revalidatie-instellingen binnen dit onderzoek, vormt PMT een onderdeel van het multidisciplinaire team.

De nadruk van de psychomotorische interventie binnen de pijnrevalidatie ligt op lichaamsgerichte interventies.

De psychomotorisch therapeuten binnen de pijnrevalidatie kunnen hun eigen interventies onderscheiden van de fysiotherapeutische en psychologische interventies. Waarbij ervaringsgericht werken aan diverse thema's, het kijken vanuit het relationele lichaamsbeeld, gericht zijn op emoties en sociale interactie en een methodische opbouw van verkennen, naar herkennen en erkennen; genoemd worden.

Het beschrijven en uitwerken van de psychomotorische interventie binnen de pijnrevalidatie is van belang. Een groot deel van de revalidatie-instellingen die bij dit onderzoek betrokken zijn, geven 'organisatorische redenen' en 'onbekendheid met PMT' aan als reden dat PMT niet binnen het behandelaanbod is opgenomen.

6. Discussie

Deze scriptie heeft als vraagstelling het onderscheid te beschrijven tussen de fysiotherapeutische, psychologische en psychomotorische interventie. Achteraf had het maatschappelijk werk eraan toegevoegd moeten worden, omdat deze juist ingrijpt op psychosociale problematiek.

Er is veel diversiteit wat betreft de inhoud van de pijnprogramma's. Dit maakt het lastig om de diverse programma's met elkaar te vergelijken. Ook het komen tot een eenduidige beschrijving van de pijnprogramma's is nog volop in ontwikkeling. Dit biedt wellicht mogelijkheden voor de psychomotorische therapie om in te voegen.

Er is een groeiende behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing van de behandeleffecten binnen de pijnrevalidatie. Dit onderzoek is binnen de pijnrevalidatie reeds lopend. Met het promotieonderzoek van Van der Maas (2010) heeft de psychomotorische therapie straks een resultaat in handelen wat de behandeleffecten op lange termijn van psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie laat zien.

7. Conclusie

In de positionering van de psychomotorische therapie binnen de revalidatie zijn al een aantal stappen gemaakt. Van der Meijden-Van der Kolk & Bosscher (2007) hebben een methodisch raamwerk geschreven, waarin zij de probleemgebieden voor psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie beschrijven. Er ligt een productomschrijving van Van der Meijden-Van der Kolk & Jol (2007) welke de psychomotorische therapie bij somatoforme stoornissen beschrijft wat betreft rationale, doelen en interventies. Daarnaast doet Van der Maas (2010) promotieonderzoek naar de effecten op lange termijn van psychomotorische therapie binnen de pijnrevalidatie.

7.1. De psychomotorische interventie

Zoals in hoofdstuk 5 beschreven staat en wat verder wordt ondersteund uit de resultaten van het praktijkonderzoek, richt de psychomotorische interventie zich op zowel lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale factoren in het functioneren van de cliënt, en werkt juist aan integratie van deze factoren binnen het dagelijks functioneren (Hekking & Fellinger, 2011; Köke et al., 2007). De integratie van al deze factoren verklaart naar mijn mening ook dat er inhoudelijk veel overlap bestaat tussen de fysiotherapie, psychologie en psychomotorische therapie. Het verschil lijkt meer te zitten in de wijze waarop de fysiotherapeut, psycholoog, psychomotorisch therapeut zijn interventie inzet om bij de probleemgebieden te komen. Waarbij de psychomotorische interventie geschoold is om bewegings- en lichaamsgerichte situaties te creëren waarbinnen de cliënt betekenisvol gedrag kan oproepen en waarbinnen er interventies toegepast worden op denken, voelen en handelen, om tot inzicht en ander gedrag te komen. (Hekking & Fellinger, 2011) Dit komt ook naar voren in de uiteenzetting van de doelen zoals in paragraaf 4.2. beschreven is. Waarbij doelen van de psychomotorische therapie zich onderscheiden van de doelen van de fysiotherapeut en de psycholoog (zie paragraaf 3.3.2.), in de betekenisverlening, het her-, ver- en erkennen van eigen reactiepatronen en het oefenen van alternatief gedrag.

7.2. PMT binnen pijnrevalidatie in Emmen

Binnen de revalidatie in Emmen wordt gewerkt aan de hand van het pijngevolgenmodel, waarbij een indeling wordt gemaakt in de *lichamelijke*, *gedragsmatige*, *cognitief* en *emotionele*, en *sociale* gevolgen van de pijnklachten. Op basis hiervan wordt een keuze gemaakt voor behandelmodules. Grof gezegd wordt de fysiotherapeutische interventie ingezet wanneer de lichamelijke gevolgen een belangrijke onderhoudende rol spelen. En de psychologische interventie wanneer er sprake is van onderhoudende factoren op het gebied van cognitie en emotie.

De vraag is wat de psychomotorische therapie kan toevoegen binnen het pijnprogramma van het Scheperziekenhuis. Wanneer de huidige behandelmodules

en de probleemgebieden van de PMT naast elkaar gezet worden, kan op basis van de vorige hoofdstukken het volgende worden geconcludeerd;

- Binnen het huidige pijnprogramma uit Emmen komen de probleemgebieden Bewegingsangst en Spanning&Stress reeds aan de orde. Hierin zou echter een verdiepingsslag gemaakt kunnen worden naar de betekenisverlening van de lichaamssignalen en oefenen met andere manieren om met deze lichaamssignalen om te gaan.
- Verder is de psychomotorisch therapeut geschoold in het opzetten van diverse bewegingssituaties, waardoor er meer verschillende bewegingsmogelijkheden ontdekt kunnen worden. En aansluitend bij de cliënt positieve lichaams- en bewegingservaringen opgedaan worden.
- Daarnaast besteedt de psychomotorische interventie ook expliciet aandacht aan de lichaamsbeleving van de cliënt en de daarop volgende reactie- en interactiepatronen. Hier kan de cliënt tot inzicht komen in de manier waarop hij omgaat met zijn lichaamssignalen en zijn omgeving. En biedt de psychomotorische interventie middels lichaams- en bewegingsgerichte situaties mogelijkheden om te experimenteren met ander gedrag. Het domein 'Sociale gevolgen' valt binnen de pijnrevalidatie in Emmen onder de maatschappelijk werk. Hierin kan de psychomotorisch therapeut in samenwerking met deze discipline een rol spelen.
- Binnen de pijnrevalidatie in Emmen, worden patiënten behandeld die vallen onder de WPN-niveaus 2 en 3. In hoofdstuk 5 komt naar voren dat wanneer sociale en psychosociale factoren een belangrijke onderhoudende rol spelen in de pijnproblematiek, er een sterke indicatie is voor PMT. Met als doel te werken aan inzicht en gedragsverandering van de cliënt, zodat de psychosociale problematiek in mindere mate een onderhoudende rol spelen in de pijnklachten. De patiëntencategorie is in Emmen dus aanwezig om eventueel door te verwijzen voor PMT.

8. Aanbevelingen

Psychomotorische therapie kan een bijdrage leveren binnen de pijnrevalidatie. Juist door het verwerken van de lichamelijke, gedragsmatige, cognitief en emotionele en sociale gevolgen van de pijn, waar de psychomotorisch therapeut op kan interveniëren, biedt deze therapievorm aan deze complexe problematiek een meerwaarde.

Een aanbeveling is het schrijven van een PMT module voor patiënten met een pijnproblematiek waarbij psychosociale factoren een onderhoudende rol spelen van de klachten. Hierin kan samen met de maatschappelijk werk, een module Sociale gevolgen, interactie en communicatie opgezet kunnen worden. Daarnaast kan naast de module Ontspanning die gegeven wordt door de fysiotherapeut een extra module gemaakt kunnen worden, of een aanvulling, waarin ook aandacht is voor de betekenisverlening van de lichaamssignalen en het leren herkennen van deze signalen binnen diverse bewegingssituaties. Ook voor de module Bewegen kan de psychomotorisch therapeut ingevoegd worden om meer verschillende bewegingservaringen op te doen.

Het schrijven van een module of eventuele uitbreiding van de bestaande modules valt buiten het bestek van deze scriptie. Maar dit is een mooie vervolgstap op deze scriptie. Hiervoor zal dan contact worden gezocht met andere psychomotore therapeuten die binnen de pijnrevalidatie werkzaam zijn.

Om de meerwaarde van de module PMT te toetsen, is het houden van een pilot een geschikt middel. Hierin zullen een aantal patiënten gevolgd en gevraagd worden naar de effectiviteit en tevredenheid over de PMT binnen de pijnrevalidatie.

9. Literatuurlijst

De Lange, J. (2010). *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz.* Amsterdam: Boom.

Emck, C. & Bosscher, R.J. (2008). Psychomotorische therapie in de praktijk. De Lange, J. & Bosscher, R.J. (red.). *Psychomotorische therapie bij chronisch somatische aandoeningen* (pp. 1-23). Amsterdam: Boom.

Engers, A.J. et al. (2007). *Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie. Samengesteld in opdracht van de Samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie Nederland.* Limburg: Stichting Revalidatie.

Hekking, P. & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.

Köke, A. et al. (2005). *Consensus rapport pijnrevalidatie Nederland*. *Een beschrijvend overzicht van pijnrevalidatie programma's in Nederland met betrekking tot doelen en inhoud.* Maastricht: Pijn Kennis Centrum.

Köke, A. et al. (2007). *Graded Activity. Een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Meijden-Van der Kolk, H. van der & Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. (Windesheim-reeks kennis en onderzoek). Zwolle: Lectoraat Bewegen en gedragsbeïnvloeding.

Pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen (2012). *Chronische Pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen.* Emmen: afdeling poliklinische revalidatie.

Platform Re-integratie (2004). *STERC-Werkwijzer Somatisatie. Multidisciplinaire aanpak bij somatoforme verschijnselen bij arboprofessionals.* STERC.

Revalidatie Friesland (2010). *Behandelprogramma voor poliklinische behandeling van patiënten met chronische pijn van het houdings- en bewegingsapparaat.* Locatie Beetsterzwaag: afdeling volwassenen.

Revalidatie Nederland (2010). *Brancherapport Revalidatie 2010.* Utrecht: Revalidatie Nederland.

Van der Maas, L. (2010). Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz. De Lange, J. (red.). *Psychomotorische therapie bij chronische aspecifieke pijn. Een promotieonderzoek (*pp. 175-193). Amsterdam: Boom.

Van Hattum, M. & Hutschemaekers, G. (2007). *In Beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Verdouw, H.C.L. (2005). *Presentatie 'Klinische vaardigheden 3'*. Gouda: Groene Hart Ziekenhuis. http://www.lennekeverdouw.info/Inhoud%20site/Bewijzen/(Eind)opdrachten%20modules/Verslag%20proeve%20klin%203%20incl%20aanvullingen.htm#_Toc126502273

Websites

www.revalidatienederland.nl

www.revalidatie.nl

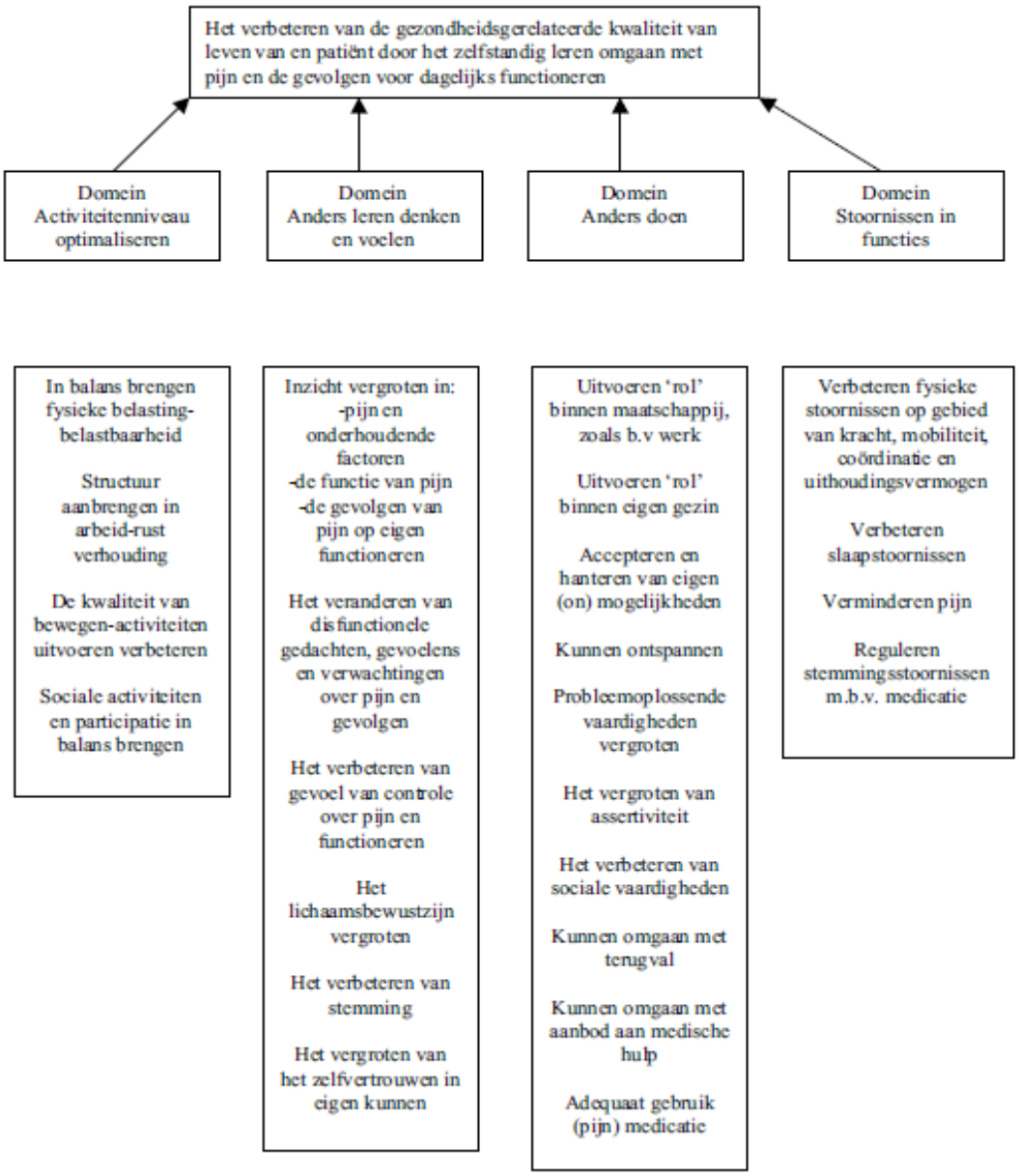
www.iasp.com

www.nvpmt.nl

www.pmtinfosite.nl

10. Bijlage

1. Behandeldoelen pijnrevalidatie



Figuur 6. Behandeldoelen pijnrevalidatie. Bron: *Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland, Maastricht 2005, pag. 21)*

2. Beschrijving behandelvormen

Uit: Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland, Pijn Kennis Centrum Maastricht, 2005

Graded Activity
Een tijdcontingent oefenprogramma waarbij stapsgewijs het activiteitenniveau wordt opgebouwd, ondanks de aanwezigheid van pijn, door gebruik te maken van operante leerprincipes.

Fysieke trainingstherapie
Een oefenprogramma gericht op verbetering van lokale en algehele componenten van fysieke conditie in termen van:

Spierkracht
Mobiliteit
Coördinatie
Evenwicht
Stabiliteit
Uithoudingsvermogen

Week/dag schema opstellen
Het plannen van activiteiten gedurende dag en/of week m.b.v. een dagboek/activiteitenschema, rekening houdend met eigen belastbaarheid om zo efficiënt mogelijk om te gaan met beschikbare energie.

Sport en spel
Een bewegingsprogramma in sport en/of spelvorm gericht op enerzijds het verbeteren van algemene motorische vaardigheden en uithoudingsvermogen en anderzijds het herkennen en verkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden en het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen.

Ergonomie
Instructie over de fysieke belasting van dagelijkse bewegingsactiviteiten in relatie tot omgevingsfactoren, taakeisen en het gezondheidsprobleem en het adequaat toepassen van houdingen en bewegingen.

Graded Exposure
Het verminderen van belemmerende pijngerelateerde vrees en het veranderen van catastroferende cognities, met behulp van educatie, cognitieve gedragsexperimenten en volgens van tevoren opgestelde volgorde, blootstellen van gevreesde activiteiten.

Tijdsbesteding
Een overzicht aanbieden van de mogelijkheden voor dag- en tijdbesteding en/of laten kennismaken met mogelijkheden voor dag- of tijdbesteding ter oriëntatie op toekomstige bezigheden die patiënt zelf als zinvol ervaart.

Arbeidsbegeleiding
Deze kan bestaan uit;
1. Informatieverstrekking en advisering omtrent juridische, sociale en financiële regelgeving met betrekking tot betaald werk en/of
2. Stappenplan gericht op (geleidelijke) terugkeer naar eigen werk als onderdeel van een re-integratieplan, door trainen van specifieke en voor dat werk vereiste fysieke en/of psychosociale vaardigheden.

Cognitieve herstructurering
Behandelmethode gericht op het veranderen van gedrag en/of emoties/stemming door het uitdagen van disfunctionele gedachten die een onderhoudende invloed hebben op het pijngedrag van de patiënt. Met betrekking tot pijn kunnen dit gedachten zijn over pijn, pijn en behandelingsmogelijkheden. Mogelijke vormen o.a.; rationele emotieve therapie (RET), cognitieve therapie volgens Beck.

Aanleren copingstrategieën
Het aanleren en/of verbeteren van cognitieve of gedragsmatige manieren van omgaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren met als doel de zelfredzaamheid te verbeteren en mogelijk pijnbeheersing/vermindering. Mogelijke vormen o.a.; problem solving, sociale vaardigheidstraining, ontspanningstherapie.

Ontspanningstherapie
Behandelmethoden/technieken die tot doel hebben psychofysiologische en emotionele componenten van pijn te beïnvloeden, door deze te leren herkennen en te reduceren. Mogelijke vormen zijn o.a.; progressieve relaxatie volgens Jacobson, autogene training volgens Schulz, applied relaxation volgens Öst, visualisatie, ademhalingstechnieken volgens Dixhoorn, bio- en myofeedback en hypnose.

Educatie
Uitleg en/of informatie geven vanuit een bio-psycho-sociaal perspectief over o.a.; a) doel en werkwijze van het revalidatieprogramma, b) wat is pijn en wat zijn de gevolgen van pijn op het functioneren, c) onderhoudende factoren (gedrag en/of cognities), d) hoe om te gaan met pijngedrag in eigen omgeving. Dergelijke educatie kan ook gegeven worden aan partner en/of andere relevante andere.

3. Inhoud pijnrevalidatie Emmen, observatiefase en behandelfase

Bron: Handboek pijnrevalidatie Scheperziekenhuis Emmen, 2012

Inhoud pijnrevalidatie Emmen

De patiënt wordt via de revalidatiearts gewezen voor een chronisch pijn traject. Tijdens dit gesprek wordt de inhoud van het programma besproken. Waarbij de revalidatiearts met de patiënt afspreekt te stoppen met zoeken naar en wegnemen van de bron van de pijn, ervan uitgaande dat dit al uitvoerig gedaan is, en te gaan zoeken naar onderhoudende factoren van de pijn. Hiermee wordt de overstap gemaakt van een biomedische benadering voor de pijn, naar een biopsychosociale benadering. Binnen de pijnrevalidatie in Emmen wordt dit ook wel het pijn gevolgenmodel genoemd.

Nadat de screening heeft plaatsgevonden en de patiënt akkoord is gegaan met het behandeltraject, wordt hij aangemeld voor de observatiefase. Dit is een traject van 6 weken welke bestaat uit de volgende onderdelen; 3 bijeenkomsten pijneducatie in groepsverband, 4 contactmomenten bij de fysiotherapeut, 6 contactmomenten met de ergotherapeut, 3 contactmomenten bij de psycholoog. *Een inhoudelijke beschrijving van de observatiefase volgt op de volgende pagina.*

Het doel van de observatiefase is het maken van een probleemanalyse door alle disciplines vanuit hun eigen vakgebied. Voor de probleemanalyse wordt het **pijngevolgenmodel** ingevuld. Alle factoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan en/of het onderhouden van het pijnprobleem in kaart worden gebracht. Daarnaast wordt de patiënt tijdens de observatiefase door alle disciplines gestimuleerd om na te denken over doelen die hij wil behalen op korte termijn (binnen de behandelfase) en op langere termijn.

Na de observatiefase doen alle therapeuten hiervan verslag en vindt er vervolgens een teambespreking plaats waarin de probleemanalyse besproken wordt. En komt de verandermogelijkheid en de veranderbereidheid van de patiënt en zijn systeem aan de orde. De patiënt komt in aanmerking voor de behandelfase wanneer;

- hij/zij voldoende inzicht heeft in zijn probleem.
- hij/zij begrijpt wat de revalidatie hem kan bieden.
- hij/zij een proactieve houding aanneemt om zijn/haar gedrag te veranderen.
- hij concrete doelen kan benoemen die passen binnen de mogelijkheden van de revalidatie.
- de externe omstandigheden voldoende gunstig zijn om op dit moment te starten.
- er geen van de exclusiecriteria aanwezig zijn.

Hieruit zal bepaald worden welke **behandelmodules** ingezet kunnen worden die aansluiten bij de doelen van de patiënt.

De observatie wordt afgesloten door een gesprek met de revalidatiearts en de patiënt, waarin de resultaten van de probleemanalyse besproken wordt. Van hieruit wordt een behandelvoorstel gedaan, waar de patiënt de behandelfase kan starten.

De behandelfase bestaat uit een afgebakende periode van ongeveer 6 weken. Na deze periode vindt een patiëntenbespreking plaats en wordt waar nodig de behandeling voorgezet, aangepast dan wel gestopt. In de volgende paragraaf werk ik de behandelfase van de fysiotherapie en de psychologie verder uit, gezien de relevantie voor mijn scriptie. *De behandelmodules van de disciplines Maatschappelijk Werk en Ergotherapie zijn te vinden op de pagina 30.* (Emmen, 2012)

Observatiefase pijnrevalidatie Emmen

Wanneer iemand voldoet aan alle criteria in de selectiefase, uitleg heeft gehad over het revalidatieprogramma en daarom akkoord is gegaan, wordt hij aangemeld voor de pijneducatie gevolgd door de observatiefase.

Pijneducatie
Om de kans op een succesvolle revalidatie te vergroten, is het nodig dat de patiënt inzicht in zichzelf krijgt. De observatiefase begint daarom met drie groepslessen pijneducatie.
Doel van de pijneducatie is dat de patiënt meer inzicht en kennis heeft hoe chronische pijn werkt, wat het gevolg van de pijn op zijn leven is en hoe hij er zelf invloed op kan uitoefenen. De volgende onderwerpen komen aan bod: Pijn: gevolgen en beïnvloedbare factoren, Pijn en actief zijn en Pijn: gedachten en gevoelens.
Het pijngevolgenmodel is hierbij een hulpmiddel. De groep bestaat uit maximaal 8 personen. De pijneducatie wordt gegeven door een ergotherapeut en/of een oefentherapeut.

Ergotherapie
Er zijn 6 contactmomenten bij de ergotherapeut. Na de observatiefase kunnen de volgende vragen beantwoord worden:

- Negeert de patiënt lichaamssignalen of focust hij zich hierop?
- Is er sprake van een disbalans in het activiteitenniveau van de patiënt?
- Forceert of vermijdt de patiënt activiteiten?
- Is er een afname te zien in het uitvoeren van fysieke activiteiten? Zijn er
- activiteiten die niet meer gedaan worden?
- Speelt bewegingsangst een rol in het handelen van de patiënt?

Oefentherapie
Na 4 contactmomenten in de observatiefase kunnen de volgende vragen beantwoord worden:

- Wat is het conditieniveau van de patiënt?
- Is er sprake van vermoeidheid en in welke mate?
- Is er sprake van verstoorde houdings- en bewegingspatronen?
- Is er sprake van een verhoogde spierspanning en is er een ingang tot ontspanning?
- Hoe is het adempatroon?
- Zijn er slaapproblemen?

Maatschappelijk werk
Er vinden twee contactmomenten plaats, waarbij tijdens het eerste gesprek de partner of naaste aanwezig is. De volgende vragen kunnen beantwoord worden:

- Hoe is het inzicht in het ontstaan van de pijnklachten en hoe is de persoonlijke beleving daarbij?
- Hoe is de gezinssituatie? Is er sprake van problematiek binnen het systeem?
- Wat en hoe is de rol van de partner op het pijngedrag (belemmerend of bevorderend)?
- Is er een werksituatie en zo ja, zijn daar problemen?
- Wat zijn de sociale vaardigheden (opkomen voor zichzelf, grenzen stellen, nee durven zeggen etc.)?
- Zijn de sociale contacten beïnvloed door het pijnprobleem?
- Zijn er problemen op het gebied van financiën en/of wonen?
- Lopen er gerechtelijke procedures en welke invloed hebben deze op patiënt?
- Hoe is de vrijetijdsbesteding?

Psycholoog
Er vinden twee contactmomenten plaats, na de observatiefase kunnen de volgende vragen beantwoord worden:

- Is er sprake van psychiatrische problematiek, zowel psychiatrische toestandsbeelden (bv. depressie) als persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat zijn kenmerkende persoonlijkheidsfactoren?
- Welke copingstijlen gebruikt de patiënt?
- Is er inzicht in de cognities t.a.v. de pijn?
- Is er inzicht in pijngedrag en in stand houdende factoren?
- Is er inzicht in de relevante levensgeschiedenis en specifieke life-events?
- In welk stadium van gedragsverandering zit de patiënt (aan de hand van het model van Prochaska, Diclemente '92)?

Er wordt een inschatting gemaakt of bepaalde factoren een belemmerende factor in de revalidatie zullen zijn of een duidelijke contra-indicatie vormen.

Behandelmodules pijnrevalidatie Emmen

De behandelmodules van de ergotherapie en de maatschappelijk werk zullen hieronder kort uitgewerkt worden.

Ergotherapie

- Voor de behandelmodule *'Ergonomie'* wordt gekozen wanneer blijkt dat de patiënt praktische problemen heeft in het dagelijks handelen en behoefte heeft aan adviezen hierin.
- *'Graded Activity'* kan worden toegepast wanneer de patiënt een activiteit langer zou willen volhouden maar dit doordat hij pijncontingent handelt, niet kan.
- Wanneer er sprake is van disbalans in het activiteitenpatroon wat betreft rust en activiteit en de patiënt ondervindt hier hinder van, dan kan er met behulp van de module *'Planning'* aan gewerkt worden.
- Met behulp van de *'Activiteitenweger'* kan er gezocht worden naar een balans tussen belasting en belastbaarheid. De patiënt kan hiermee zijn activiteitenniveau verhogen.
- *'Houding en Handelen'* is een module die werkt aan analyseren van houding en handelen, waarbij de patiënt leert zich hiervan bewust te zijn en zijn houding en handelen adequaat af te stemmen.

Maatschappelijk werk

- *'Sociale gevolgen van pijn'* is een behandelmodule die zich richt op de gevolgen van de pijnklachten op psychosociaal gebied. Met als doel om op sociaal, psychisch en lichamelijk gebied beter te kunnen functioneren door verkregen inzichten en mogelijkheden.

De behandelmodules van de Fysiotherapie en Psychologie zijn reeds beschreven in de scriptie, vandaar dat deze hier niet verder uitgewerkt worden.

Inclusie- en exclusiecriteria pijnrevalidatie Emmen

Inclusiecriteria

- Er zijn pijnklachten aan houdings- en bewegingsapparaat.
- De pijnklachten bestaan langer dan 6 weken.
- De patiënt in medisch stabiel.
- Er bestaan beperkingen in het functioneren.
- Anamnese en somatisch onderzoek leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek en behandeling.
- Er bestaan ongewenste psychosociale consequenties op het gebied van dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol gerelateerd aan het pijnprobleem.
- Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.
- De patiënt heeft de mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren.
- De patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem.
- Het systeem is bij de behandeling te betrekken.

Exclusiecriteria

- Contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg. Deze is te vinden op; http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/vereniging/beleid/revalidatiezorg
- Psychopathologie die prevaleert boven de revalidatie-indicatie ofwel revalidatiebelemmerend werkt.
- Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de patiënt en het systeem.

4. WPN-niveau 1 t/m 4

Bron: www.revalidatiegeneeskunde.nl/vereniging/werkgroepen/wpn

Niveaus van pijnproblematiek

Vanuit Revalidatie Nederland zijn er kwaliteitsprofielen opgesteld voor mensen met chronische pijn. De landelijk Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland heeft een indeling waarin onderscheid wordt gemaakt in de pijnproblematiek met een indeling naar complexiteit en zwaarte. Er worden vier WPN-niveaus gehanteerd, variërend van niveau 1 tot niveau 4.

WPN-niveau 1
Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand.
Inclusiecriteria:
- pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
- pijnklachten bestaan langer dan 6 weken
- er bestaan (lichte) beperkingen in functioneren
- anamnese en somatisch onderzoeken leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
- patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
- patiënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie
- patiënt is sociaal en psychisch stabiel

Exclusiecriteria:
- contra-indicatie zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 2
Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten, zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan zes weken bestaand. Er bestaan problemen ten aanzien van overbelasting en ergonomie. Sociale en psychische factoren spelen geen onderhoudende rol.
Inclusiecriteria:
- pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
- pijnklachten bestaan langer dan zes weken
- er bestaan beperkingen in functioneren
- behandeling gericht op omgaan met overbelasting en ergonomie is geïndiceerd
- anamnese en somatisch onderzoeken leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
- patiënt functioneert psychosociaal op een stabiel niveau
- patiënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
- patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
- patiënt kan voorlichting en instructie makkelijk in zich opnemen en toepassen in zijn/haar leefsituatie

Exclusiecriteria:
- contra-indicatie zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

WPN-niveau 3
Volwassen patiënten met verlies aan functioneren bij (a)specifieke pijnklachten zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat en langer dan zes weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol.
Inclusiecriteria:
- pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
- pijnklachten bestaan langer dan zes weken
- patiënt is medisch stabiel
- er bestaan beperkingen in functioneren
- anamnese en somatisch onderzoeken leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
- er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
- sociale en psychische factoren zijn complex en spelen een belangrijke onderhoudende rol
- patiënt getuigt van inzicht in de knelpunten van zijn functioneren
- patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
Exclusiecriteria:
- contra-indicatie zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
- psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie en/of revalidatiebelemmerend werkt
- ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de patiënt en/of het systeem

WPN-niveau 4
Volwassen patiënt met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in houdings- en bewegingsapparaat langer dan zes weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.
Inclusiecriteria:
- pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat
- pijnklachten bestaan langer dan zes weken
- patiënt is medisch stabiel
- er bestaan beperkingen in functioneren
- anamnese en somatisch onderzoeken leveren geen indicatie op voor verdere somatische diagnostiek
- er bestaan ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
- sociale en psychische factoren zijn complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol
- patiënt heeft de mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren
- patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
- het systeem is bij de behandeling te betrekken
Exclusiecriteria:
- contra-indicatie zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
- psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie en/of revalidatiebelemmerend werkt
- ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de patiënt en/of het systeem

5. Betekenisgebieden PMT

Bron: Meijden-Van der Kolk, H. van der & Bosscher, R.J. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn. Een methodisch raamwerk*. (Windesheim-reeks kennis en onderzoek). Zwolle: Lectoraat Bewegen en gedragsbeïnvloeding.

Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische en/of psychosociale problematiek, die gebruik maakt van interventies gericht op lichaamservaring en/of handelen in bewegingsituaties. Door het aanbieden van lichaamservaringen en bewegingssituaties heeft psychomotorische therapie een experimenteel karakter gericht op verandering in en integratie van gedrag, cognitie en emotie (Emck, 2004).

Het doel van de psychomotorische therapie binnen de chronische pijn revalidatie is het opheffen van de fragmentatie die is ontstaan door verstoring aan het lichaam, door de pijn die voortdurend wordt waargenomen. (Mengering e.a., 2003). De behandelvorm PMT bestaat daarbij uit de volgende factoren;

- Hulpverlening gericht op psychosociale problematiek
- Aangrijpingspunten zijn bewegen en lichamelijkheid
- Experimentele (ervaringsgerichte) therapievorm
- Verbaliseren n.a.v. concrete lichamelijke ervaringen
- Het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument

6. Deelnemende Revalidatie-instellingen praktijk onderzoek

Naam Revalidatie	Plaats
Adelante	Hoensbroeck
R.C. Amsterdam, Reade	Amsterdam
Centrum voor Revalidatie UMCG, locatie Beatrixoord	Groningen/Haren
Erasmus MC afdeling revalidatie	Rotterdam
Revalidatie Friesland, locatie Beetsterzwaag	Beetsterzwaag
Heliomare	Wijk aan Zee
R.C. Trappenberg	Almere
R.C. Vogellanden	Zwolle
Sophia Revalidatie	Rotterdam
MC Alkmaar, afdeling Revalidatie	Alkmaar
Rijnlands R.C.	Alphen a/d Rijn
R.C. Roessingh	Enschede
Sint Maartenskliniek	Nijmegen
R.C. Blixembosch	Eindhoven

7. Vragenlijst

Vragenlijst Revalidatie bij Chronische Pijn **Februari 2012**

1) Naam instelling:
   Klinisch / Poliklinisch

2) Welke disciplines zijn bij jullie chronische pijnrevalidatie betrokken?

Psycholoog	Ja / Nee
Fysiotherapeut	Ja / Nee
Ergotherapeut	Ja / Nee
Maatschappelijk werker	Ja / Nee
Psychomotorisch Therapeut	Ja (ga door naar vraag 3) / Nee (ga door naar vraag 8)
Bewegingsagoog	Ja / Nee
Anders, namelijk……	

Aanvullende vragen wanneer er een psychomotorisch therapeut in het revalidatieteam aanwezig is.

3) Wanneer besluit het team om te verwijzen voor psychomotorische therapie?
4) Wordt de PMT individueel of in groepsverband aangeboden?
5) Als er voor PMT wordt gekozen, welke psychomotorische interventies worden uitgevoerd?
6) Waarin maken jullie het verschil met de fysiotherapeutische interventie?
7) Waarin maken jullie het verschil met de psychologische interventie?

*Aanvullende vragen wanneer er **geen** Psychomotorisch therapeut in het revalidatieteam aanwezig is.*

8) Wat is de reden dat er geen Psychomotorisch therapeut in het behandelteam aanwezig is?
   (doorhalen wat niet van toepassing is)

   - Onbekendheid met Psychomotorische therapie
   - Geen meerwaarde van Psychomotorische therapie binnen de Chronische pijn revalidatie
   - Organisatorische redenen
   - Anders, namelijk…..