

Intake revalidatiearts en screening

R.J.E.M. Smeets, A.J.A. Köke en J.A. Verbunt

- 2.1 Inleiding – 20**
- 2.2 Ernst van de beperkingen: de WPN-criteria – 20**
- 2.3 Het stellen van de behandelindicatie – 21**
 - 2.3.1 Intake revalidatiearts – 21
 - 2.3.2 Multidisciplinaire screening – 22
- 2.4 Ten slotte – 28**
 - Literatuur – 28**

2.1 Inleiding

De insteek van intake/screening bij pijn is een biopsychosociale benadering. Dat betekent dat de impact van alle (zowel biomedische, psychologische als sociale) factoren die bijdragend zijn aan het beperken van activiteiten en participatie van de individuele patiënt met pijn, in kaart wordt gebracht. Afhankelijk van de complexiteit van het pijnprobleem (de gezamenlijke impact van biomedische, psychologische en sociale factoren) wordt een passende behandeling gekozen en ook de daarvoor benodigde setting (eerste lijn, poliklinische of klinische revalidatie). Een gedegen inventarisatie of screening, waarin alle bijdragende factoren in kaart worden gebracht, is daarom van groot belang om tot de juiste behandelkeuze te kunnen komen.

2.2 Ernst van de beperkingen: de WPN-criteria

De Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN; de expertgroep op het gebied van pijn in houdings- en bewegingsapparaat binnen de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)) heeft een classificatiesysteem met vier niveaus geïntroduceerd om de complexiteit van het pijnprobleem van een individuele patiënt in kaart te kunnen brengen. Bij WPN-niveau 1 is er sprake van langer dan zes weken bestaande pijnklachten in het houdings- en bewegingsapparaat die hebben geleid tot lichte beperkingen in het dagelijks functioneren. De patiënt toont een actieve attitude om een oplossing voor zijn probleem te vinden. Bij WPN-niveau 2 ligt de nadruk veel meer op het omgaan met (over- of onder)belasting en ergonomie; psychosociale factoren spelen geen rol van betekenis. Bij WPN-niveau 3 en 4 is er wel sprake van onderhoudende psychosociale factoren. Deze worden steeds zwaarder en complexer en bij niveau 4 hebben psychosociale factoren zelfs de belangrijkste klachtenonderhoudende rol.

De verschillende WPN-niveaus vormen, met hun weergave van de complexiteit van het pijnprobleem, een basis voor een verdere differentiatie van de invulling van behandeling en behandelsetting. In de situatie van WPN 1 volstaan adequate voorlichting en instructie door de primaire hulpverlener (bijvoorbeeld de huisarts), zodat de patiënt zijn normale functioneren weer zo snel mogelijk kan oppakken. Er is geen aanvullende revalidatiebegeleiding nodig. Bij WPN 2 kan de patiënt door een algemeen revalidatieteam poliklinisch worden behandeld, maar de laatste jaren is er een duidelijke tendens om deze patiënten te behandelen in de eerste lijn. Bij voorkeur wordt de behandeling uitgevoerd door paramedici, zoals fysio- of ergotherapeut, die extra zijn geschoold in het begeleiden van patiënten met chronische pijn. Het doel van de behandeling is adequate educatie gericht op hervatting van activiteiten. Daarbij horen heldere instructies over houdingen, bewegingen en activiteiten die, ondanks de pijn die ze veroorzaken, mogelijk en veilig zijn. Vervolgens kan worden gestart met het stapsgewijs daadwerkelijk uitbreiden van de activiteiten, waarbij gedragstherapeutische technieken worden ingezet. Liefst zijn hierbij, in samenspraak met de revalidatiegeneeskunde, ook heldere criteria afgesproken voor verwijzing voor aanvullende revalidatiegeneeskundige diagnostiek of een meer specialistische revalidatiebehandeling, mocht de WPN 2-behandeling niet het gewenste resultaat hebben, of mocht onvoldoende helder worden welke bijdragende psychosociale factoren aanwezig zijn.

Een classificatie WPN 3 of WPN 4 vereist specialistische revalidatiezorg en dus altijd verwijzing naar de revalidatiearts. Verwijzing naar een revalidatiearts voor diagnostiek is nodig wanneer de pijn intens is (richtlijn bijvoorbeeld pijnscore > 4), de reguliere pijnbehandeling na twaalf weken geen oplossing heeft geboden, er aanzienlijke (dreigende) beperkingen in het dagelijks of psychosociaal functioneren zijn en/of als psychosociale factoren een bijdrage lijken te leveren aan het in stand houden van de pijnklachten. Of men uiteindelijk kiest voor een behandeling in de eerste lijn (relatief lichte vormen van niveau 2), door een algemeen revalidatieteam (lichte tot matige vorm van niveau 3) of door een gespecialiseerd (poli)klinisch pijnrevalidatieteam (vooral zware vorm van niveau 3 en alle niveaus 4), is sterk afhankelijk van de lokale mogelijkheden en van de complexiteit dan wel verwevenheid van de beïnvloedende factoren. Op dit moment wordt wetenschappelijk onderzocht of het mogelijk is onderscheid te maken in een lichte en een zware vorm van WPN 3, en of de lichte vorm via een speciaal ontwikkeld behandelprogramma voor lagerugpijnpatiënten succesvol kan worden aangeboden door hiervoor specifiek opgeleide eerstelijnsfysiotherapeuten (zie ►H. 15).

Voor WPN 3 vindt deze behandeling plaats door een gespecialiseerd pijnrevalidatieteam in een ziekenhuis of revalidatiecentrum. Deze teams werken vaak al vele jaren op intensieve wijze samen en hebben specifieke scholing genoten in diagnostiek en pijnrevalidatie. Klinische revalidatie wordt aangeboden als er sprake is van omgevingsfactoren (b.v. een partner die de pijn sterk bekrachtigd) die de mogelijkheid om het revalidatieproces adequaat te doorlopen ondermijnen, bij een geringe fysieke en/of mentale-emotionele belastbaarheid, of bij een zeer grote reisafstand tussen woonomgeving en behandellocatie.

2.3 Het stellen van de behandelindicatie

2.3.1 Intake revalidatiearts

Screening voor behandeling gebeurt allereerst door de revalidatiearts tijdens het poliklinisch spreekuur (intake). In deze fase wordt de medische problematiek volledig in kaart gebracht. Dat betekent in deze fase het verrichten van een anamnese en lichamelijk onderzoek, zo nodig aangevuld met het aanvragen van beeld- en laboratoriumdiagnostiek. Als al eerder beeldvormend onderzoek is gedaan, is het van belang over deze gegevens te beschikken en deze te beoordelen (dus deze bijvoorbeeld zo nodig op te vragen in een ander ziekenhuis). Op basis van de verkregen informatie wordt vervolgens bepaald of een mogelijk onderliggend medisch probleem kan worden verholpen. Zo nodig wordt samenwerking gezocht met andere medisch specialismen (orthopedie, neurologie, pijnbestrijding, reumatologie), zoals binnen het interspecialistisch pijnteam in het ziekenhuis, waar bijvoorbeeld complexe casuïstiek wordt besproken, of tijdens een interdisciplinair spreekuur (bijvoorbeeld CRPS-spreekuur).

Wanneer pijnvermindering niet mogelijk is en er geen onderliggend medisch lijden wordt gediagnosticeerd, of een onderliggend lijden dat niet oplosbaar is, dan evalueert de revalidatiearts samen met de patiënt de impact van het pijnprobleem op het leven van de patiënt. Is de impact zodanig dat de patiënt door de pijn beperkingen ervaart, en heeft de patiënt zelf de wens weer beter te gaan functioneren, dan kan een revalidatiebehandeling worden overwogen, gericht op het leren omgaan met pijn.

Aandacht voor angst en catastroferen in de intakefase

In deze fase is het, zeker in het kader van de indicatiestelling voor een graded-exposurebehandeling, al van belang de rol van angst en catastroferen in het ervaren beperkingsniveau in te schatten. Dat kan op basis van gespreksvoering, waarbij specifiek wordt doorgevraagd op het wel/niet durven uitvoeren van bewegingen, gedachten over het oplopen van letsel tijdens bewegen, of de betekenis van de ervaren pijn(toename) tijdens het bewegen/uitvoeren van activiteiten. Een eerste indruk over de mate van angst voor bewegen kan ook worden verkregen op basis van observatie tijdens het lichamelijk onderzoek. Een ander aspect is het uitvragen of de patiënt en/of diens partner of gezinsleden zelf aan een bepaalde oorzaak van of verklaring voor de klachten denkt, of men vindt dat er specifiek onderzoek zou moeten worden verricht, en wat de patiënt tot op heden van de arts(en) en behandelaar(s) aan informatie heeft gekregen en hoe hij die interpreteert. Patiënten kunnen voorafgaand aan de intake ook vragenlijsten invullen die inzicht geven in de aanwezigheid en de ernst van catastroferen en bewegingsangst. Hiervoor zijn verschillende vragenlijsten inzetbaar. Zie voor een overzicht ■ tab. 2.1. De scores op deze vragenlijsten kunnen tijdens de intake worden gebruikt in de communicatie met de patiënt (bespreekbaar maken van dit onderwerp) en ter ondersteuning van de inschatting of deze factor bijdraagt aan het pijnprobleem van de patiënt.

Voor het verdere verloop van het revalidatieproces is het van belang dat de patiënt voor zichzelf duidelijk heeft wat hij precies wil veranderen aan de huidige situatie (ofwel dat hij een duidelijke hulpvraag heeft) en dat hij voldoende gemotiveerd en bereid is zijn gedrag ten aanzien van het omgaan met pijn te veranderen.

Contra-indicaties voor behandeling zijn onder andere:

- forse taal- of begripsstoornissen;
- belemmerende cultuurverschillen;
- instabiele medische, emotioneel-persoonlijke en/of sociale situatie;
- gerechtelijke procedures die tegen revalidatie werken (vooral als afname van beperkingen in het functioneren wordt nagestreefd en dit juist een (onbewust) negatief effect heeft op de motivatie van de patiënt);
- forse verslavingsproblematiek (alcohol, drugs en soms ook medicatie);
- ernstige psychopathologie die interfereert met een zinvolle pijnrevalidatie.

Wanneer de revalidatiearts inschat dat de patiënt baat kan hebben bij een behandeling, wordt meestal nog een aanvullende screening door een of meer leden van het interdisciplinair revalidatieteam uitgevoerd.

2.3.2 Multidisciplinaire screening

Aan de hand van een multidisciplinaire screening wordt het complexe pijnprobleem vanuit verschillende invalshoeken verder geïnventariseerd om te komen tot een definitieve indicatiestelling. Ook kunnen hulpvragen/behandeldoelen verder geconcretiseerd worden. De screening wordt meestal, afhankelijk van teamgrootte of samenstelling, uitgevoerd door een combinatie van teamleden, zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker en psycholoog/gedragstherapeut. Tijdens deze screening voor behandeling vormt het

Tabel 2.1 Meetinstrumenten per ICF-domein

ICF-domeinen	meetinstrumenten
<i>functiestoornissen</i>	
ernst van de pijn	numerieke 11-puntsschaal (0 = geen pijn en 10 = maximale pijn)
type pijn	Douleur Neuropathique 4 (DN4), Central Sensitization Inventory (CSI)
<i>activiteiten en participatie</i>	
generiek	Pain Disability Index (PDI) ⁸
ziektespecifiek (rug, nek, schouder)	Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS) ^a , Neck Disability Index (NDI) ^a , Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) ^a
<i>externe factoren</i>	
rol partner	Multidimensional Pain Inventory (MPI) ^a
<i>persoonlijke factoren</i>	
persoonlijkheidsproblematiek	Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid (VKP) ^b
angst en depressie	Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ^a , VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) ^a , Symptom Checklist-90 (SCL-90)
catastroferen (GE)	Pain Catastrophizing Scale (PCS) ^a , Coping met Pijn Vragenlijst (CPV) ^c , Pijn Cognitie Lijst (PCL) ^a
bewegingsangst (GE)	Photograph Series of Daily Activities (PHODA) ^a , Tampa Schaal voor Kinesiofobie (TSK) ^a , Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) ^a
vrees voor pijn (GE)	Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) ^a
self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen)	Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) ^d
acceptatie	Acceptance and Action Questionnaire II, variant pijn (AAQ-II-P) ^e

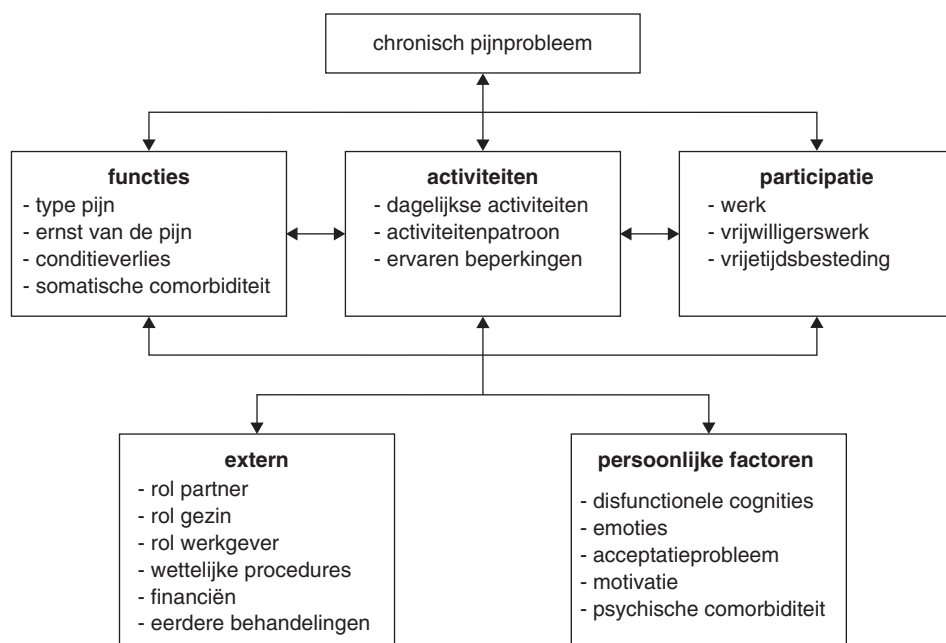
^aVoor informatie over psychometrische kwaliteit, zie ► www.meetinstrumenteninden Zorg.nl.

^bEurelings-Bontekoe EHM, et al. Handboek persoonlijkheidspathologie. 2e herziene druk. Houten: BSL; 2009.

^cPeters M, et al. Meetinstrumenten Chronische pijn. Deel 5: Pijngerelateerde vrees en catastroferen. Maastricht: Pijnkenniscentrum; 2004.

^dMaas L van der, et al. Psychometric properties of the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ). Validation, prediction, and discrimination quality of the Dutch version. Eur J Psychol Assess. 2012;28(1):68–75.

^eReneman MF, et al. Measuring avoidance of pain: validation of the Acceptance and Action Questionnaire II-pain version. Int J Rehabil Res. 2014;37(2):125–9.



■ **Figuur 2.1** Het ICF-model gepresenteerd voor een chronisch pijnprobleem

biopsychosociaal model het uitgangspunt en fungeert het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health) als het belangrijkste referentiekader om de factoren vast te stellen die bij de individuele patiënt beperkingen op activiteiten- en participatieniveau veroorzaken en/of in stand houden (Reneman et al. 2013). Naast mogelijk beïnvloedbare biomedische factoren (lichaamsfuncties en structuren zoals de pijn zelf, spierlengte en -kracht, aerobe conditie) wordt aandacht geschonken aan de psychosociale factoren die de pijnklachten mede in stand houden en uiteindelijk leiden tot beperkingen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en in de mate van maatschappelijke participatie. Bij diverse aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals chronische rugklachten, is in het merendeel van de gevallen geen specifieke oorzaak aantoonbaar. De aanwezigheid van een somatische oorzaak of factor betekent echter niet dat er psychosociale factoren geen rol spelen. Bij alle chronische pijnklachten is een brede biopsychosociale analyse noodzakelijk.

Het ICF-model vormt een kapstok om alle factoren die invloed kunnen hebben op het uiteindelijk functioneren van een patiënt, te verhelderen. Factoren gerelateerd aan het pijnprobleem zelf, maar ook externe en persoonsfactoren, worden op deze wijze in kaart gebracht (■ fig. 2.1).

Het is van belang om al bij intake en screening het vertrouwen van de patiënt te winnen en de pijn serieus te nemen, omdat in de behandeling uiteindelijk niet de pijnvermindering centraal staat maar juist het leren omgaan met de pijn. Daarom is het in kaart brengen van het type pijn (nociceptief, neuropathisch, of centrale sensitisatie) en de ernst van pijn (bijvoorbeeld met behulp van een numerieke elfpuntsschaal) belangrijk. Ook moeten alle mogelijke lichamelijke factoren worden beoordeeld die een rol kunnen spelen bij de pijnklachten, om op basis van de uitkomsten de patiënt duidelijk te kunnen aangeven dat actief zijn met pijn mag, kan en verantwoord is (en ook wat eventueel niet mag).

Een essentieel onderdeel van de screening is de inventarisatie van pijngerelateerde cognities. Opvattingen over pijn, over wat wel en niet mag, verwachtingen over de toekomst en vertrouwen in eigen kunnen zijn voorspellers voor het (pijn)gedrag van de patiënt. Wanneer er catastroferende cognities ten aanzien van schade of letsel aanwezig zijn, spreekt de patiënt zelf zelden direct over angst. Bij het uitvragen van pijngerelateerde cognities, emoties en gedragingen is het van belang vooral dóór te vragen, tot duidelijk is welke gedachten er spelen rondom pijn, in hoeverre angst een rol speelt bij het uitvoeren van activiteiten en in welke mate de patiënt zijn gedrag heeft aangepast.

Box 2.2

Aandacht voor bewegingsangst in de screeningsfase

Wanneer er aanwijzingen zijn voor bewegingsangst, wordt de screening aangevuld met een analyse van bewegingen en activiteiten die bij de patiënt angst oproepen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de Photograph Series of Daily Activities (PHODA; zie ► H. 4). De PHODA is een set van 98 foto's van activiteiten en bewegingen uit het dagelijks leven. De patiënt wordt gevraagd bij iedere foto aan te geven in welke mate hij bang is om tijdens het uitvoeren van de activiteit/beweging op de foto letsel op te lopen. Per foto wordt een score gegeven tussen 0 en 100, waarbij 0 staat voor helemaal geen angst en 100 voor extreme angst. Uiteraard is het van belang na te gaan of de activiteit op de foto relevant is voor het dagelijks leven van de patiënt; de PHODA is een standaard set foto's, waarbij ook activiteiten kunnen zitten die voor de desbetreffende patiënt niet relevant zijn. Hoewel bijvoorbeeld patiënten met rugklachten vaak bang zijn voor het uitvoeren van specifieke bewegingen (zoals tillen, bukken, vooroverbuigen), zijn er grote individuele verschillen. Het doorwerken van de PHODA levert de individuele patiënt een persoonlijke hiërarchie op van meest gevreesde activiteiten. Door de wijze waarop de mate van bewegingsangst wordt geobjectiveerd in een getal per foto, is de PHODA, bij een gestandaardiseerde afname, een meetinstrument dat kan worden gebruikt bij wetenschappelijk onderzoek. In de klinische praktijk wordt de PHODA door de therapeut ook gebruikt als kapstok om bij activiteiten dieper te kunnen doorvragen naar achterliggende (mogelijk irrealistische) gedachten (zie voor verdere informatie ► H. 4). De angsthiërarchie die de combinatie van scores op de verschillende foto's oplevert, is tevens een leidraad voor het vormgeven van de experimenten met *in vivo* graded exposure tijdens de behandeling. Er bestaan momenteel specifieke sets van foto's voor patiënten met rugklachten, nek- en schouderklachten, klachten van de bovenste en klachten van de onderste extremiteiten. Ook bestaat er voor patiënten met rugklachten een digitale versie van de PHODA (Kugler et al. 1999; Dubbers et al. 2003; Jelinek et al. 2003; Leeuw et al. 2007; Turk et al. 2008).

Een andere belangrijke factor in de screening is de omgeving van de patiënt. De partner of andere gezinsleden kunnen het pijngedrag van de patiënt (onbewust) versterken. Het uit handen nemen van allerlei fysieke activiteiten en/of het zich overmatig zorgen maken dat er iets ernstigs aan de hand is, dragen bij aan beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarom dient de manier waarop partner en gezin met de pijn omgaan in kaart te worden gebracht. Ook andere factoren hebben invloed op de pijnklachten en het functioneren, zoals het ontwikkeld zijn in een gerechtelijke procedure rondom bijvoorbeeld een uitkering, of financiële problemen.

Box 2.3

Inhoud en werkwijze van de screening voor graded exposure bij het Adelante afdeling revalidatiegeneeskunde, locatie Maastricht UMC+: wie doet wat?

De screening duurt een ochtend of middag en wordt uitgevoerd door revalidatiearts, gedragstherapeut/psycholoog, ergotherapeut en fysiotherapeut (zie voor een procesbeschrijving ►H. 13).

Fysiotherapeut (45 minuten)

- Controleert eventueel aanwezige 'red flags' (tekenen van een specifieke aandoening).
- Brengt het huidige pijngedrag in kaart (wat kan de patiënt, hoe doet de patiënt dit, enzovoort) aan de hand van een functionele bewegingstaak (bijvoorbeeld het tillen van een krat).

Ergotherapeut (45 minuten)

- Brengt hulpvraag en eventueel doelen in kaart met behulp van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
- Maakt motieven/drijfveren voor een verandering in gedrag (anders omgaan met pijn) inzichtelijk.

Gedragstherapeut/psycholoog (45 minuten)

- Checkt of er sprake is van psychiatrische comorbiditeit.
- Brengt (irrationele) cognities in kaart over pijn, de samenhang tussen pijn en bewegen en de negatieve gevolgen.

Gedragstherapeut samen met paramedicus

- Neemt de verkorte PHODA af om vreesmijdende cognities ten aanzien van dagelijkse activiteiten in kaart te brengen.

Nadat alle professionals de cliënt hebben gescreend, vindt een multidisciplinair overleg plaats over de bevindingen van de screening, waarbij de revalidatiearts ook de bevindingen van de intake inbrengt. In dit overleg wordt een voorstel voor behandeling geformuleerd. Voor een graded-exposurebehandeling wordt gekozen als er sprake is van disfunctionele maar wel toetsbare cognities over pijn, pijn en bewegen, pijn en schade en bewegen en negatieve gevolgen op de korte en/of lange termijn. De patiënt moet daarbij gemotiveerd zijn om beter te willen functioneren ondanks de aanwezigheid van pijn. De aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit of van specifieke oorzaken voor de pijn is een contra-indicatie voor graded exposure.

Aan het eind van screeningssessie bespreken de revalidatiearts, de gedragstherapeut en de paramedicus het behandelvoorstel met de patiënt (zie ►H. 13).

■ Motivatie tot gedragsverandering

Naast het in kaart brengen van diverse factoren die het huidige gedrag mee in stand houden, is het voor het slagen van een revalidatiebehandeling bij chronische pijn noodzakelijk om de motivatie van de patiënt te beoordelen om anders te leren omgaan met pijn. Tijdens de revalidatiebehandeling, waarbij gedragsverandering een belangrijk onderdeel is, is de motivatie van de patiënt

om zijn gedrag daadwerkelijk te gaan veranderen sterk bepalend voor succes. Tijdens de screening dient dan ook een goede inschatting te worden gemaakt van de veranderbereidheid van de patiënt.

Indeling van een individu op basis van het *stages of change*-model kan hierbij behulpzaam zijn. Dit model beschrijft vijf verschillende stadia van gedragsverandering. In stadium 1, de precontemplatiefase, wordt verandering van gedrag niet overwogen. In stadium 2, de contemplatiefase, wordt de balans opgemaakt tussen voor- en nadelen van zowel het huidige gedrag als het nieuwe gedrag. Stadium 3, de voorbereidingsfase, begint als er al concrete plannen zijn om het gedrag op korte termijn te veranderen. In stadium 4, de actiefase, heeft iemand zijn gedrag daadwerkelijk veranderd. In stadium 5, de fase van gedragsbehoud, wordt het nieuwe gedrag zes maanden na de verandering nog altijd toegepast. Hoewel deze indeling in stadia van gedragsbehandeling zeer gebruiksvriendelijk lijkt in de zorg voor patiënten met chronische pijn, is de bruikbaarheid van dit model voor de insteek van revalidatiebehandeling bij chronische pijn nog niet bevestigd (Maurischat et al. 2006). Een van de oorzaken hiervan is dat de doelen van behandeling betrekking hebben op verschillende domeinen, bijvoorbeeld verder kunnen lopen of beter kunnen accepteren dat activiteiten minder snel kunnen worden uitgevoerd; voor elk van deze domeinen kan de patiënt dus in een ander stadium van gedragsverandering verkeren. Daarom wordt voor patiënten die pijnrevalidatie krijgen aangeboden, ook een nadere uitwerking van de veranderbereidheid geadviseerd. Het model kan echter heel goed dienen als handvat bij het inventariseren van de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt, in samenhang met de mogelijke doelen van de pijnrevalidatie.

Naast analyse van beïnvloedende factoren is het zinvol om, samen met de patiënt, ook de hulpvraag en eventuele behandeldoelen al verder te verhelderen. Diverse methoden kunnen hiervoor worden ingezet, van een open interview tot gestandaardiseerde meetinstrumenten. Instrumenten die het proces van het formuleren van concrete behandel doelstellingen kunnen faciliteren en het behalen van doelen kunnen monitoren, zijn onder andere de Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Nieuwenhuizen 2014) of de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK; Beurskens 1999). Voor een compleet overzicht van patiëntspecifieke meetinstrumenten op dit vlak verwijzen we naar Stevens et al. (2013).

Aan de hand van de analyse beschrijft het behandelteam het potentiële verklaringsmechanisme voor de ervaren beperkingen van de individuele patiënt. Vervolgens bespreken arts en patiënt dit veronderstelde mechanisme, dat meteen als basis dient voor het behandelplan. Eventueel worden bij deze uitleg ook andere leden van het behandelteam betrokken, zodat er meteen een combinatie kan worden gemaakt met educatie (zie ►H. 3). Het gebruik van een *shared decision making*-concept, waarbij revalidatiearts en patiënt daadwerkelijk samen komen tot de uiteindelijke behandel doelstellingen, kan het beloop in de daaropvolgende behandeling faciliteren. Het is van groot belang dat de behandel doelstellingen specifiek, meetbaar, aansprekend, realistisch en tijdsgebonden zijn. Onrealistische doelen kunnen leiden tot motivatievermindering en het gevoel van falen. Een voorbeeld van een onrealistische doelstelling bij pijnrevalidatie is pijnvrij worden. Het terugkeren naar werk, inclusief concrete doelstellingen om dit te bewerkstelligen, is daarentegen vaak juist wel een belangrijk aandachtsgebied binnen het behandelplan. Patiënten met een hoge mate van zelfeffectiviteit zullen uitdagender doelstellingen kiezen en zichzelf uitdagen deze doelstellingen ook te behalen. Wanneer er sprake is van bewegingsangst, zal de persoonlijke angsthiërarchie, opgesteld op basis van de relevante PHODA-foto's, ook een leidraad bieden voor de insteek van de behandeling.

Is de hulpvraag concreet geformuleerd, de patiënt voldoende gemotiveerd voor behandeling en zijn de beïnvloedbare belemmerende factoren goed in kaart gebracht, dan kan na het verkrijgen van instemming van de patiënt met de revalidatiebehandeling worden begonnen.

2.4 Ten slotte

In Nederland maken de meeste pijnrevalidatieteams ook gebruik van een nationale set vragenlijsten. de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (Köke et al. 2016). Hiermee kunnen de eerdergenoemde factoren deels in kaart worden gebracht en kunnen behandelresultaten worden geëvalueerd. De dataset sluit aan bij internationale richtlijnen voor *outcome assessment* (volgens de IMMPACT-criteria (Dworkin 2005) en meet onder andere de vier hierin aangegeven hoofd-domeinen: pijnintensiteit, fysiek functioneren, emotioneel functioneren en zelf ervaren vooruitgang. Zie voor een overzicht van mogelijke meetinstrumenten per ICF-domein **tab. 2.1**.

De Pain Disability Index (PDI ; Tait et al. 1990) wordt landelijk gebruikt als verplichte prestatie-indicator om effecten van pijnrevalidatie te meten. In **tab. 2.1** is per domein een aantal meetinstrumenten genoemd die kunnen worden ingezet voor de screening en/of evaluatie van behandel-effect. Daarbij is aangegeven welke meetinstrumenten specifiek kunnen/moeten worden ingezet voor graded exposure.

Literatuur

- Beurskens AJ1, de Vet HC, Köke AJ, Lindeman E, van der Heijden GJ, Regtop W, Knipschild PG. A patient-specific approach for measuring functional status in low back pain. *J Manipulative Physiol Ther.* 1999 Mar-Apr;22(3):144-8.
- Dubbers AT, Vikström MH. The Photograph Series of Daily Activities (PHODA): Cervical Spine and Shoulder. CD-rom Version 1.2. The Netherlands: Hogeschool Zuyd, University Maastricht and Institute for Rehabilitation Research (iRv); 2003.
- Dworkin RH1, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, Kerns RD et al. IMMPACT. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain.* 2005 Jan;113(1-2):9-19.
- Jelinek S, Germes D, Leyckes N. The Photograph Series of Daily Activities (PHODA): Low Extremities. CD-rom Version 1.2. The Netherlands: Hogeschool Zuyd, University Maastricht and Institute for Rehabilitation Research (iRv); 2003.
- Köke AJA, Smeets RJEM, Schreurs KM, van Baalen B, de Haan P, Remerie SC et al. Dutch Dataset Pain Rehabilitation in daily practice. Content, patient characteristics and reference data. *European Journal of Pain* 2016; ►doi:[10.1002/ejp.937](https://doi.org/10.1002/ejp.937)
- Kugler K, Wijn J, Geilen M, Jong J de, Vlaeyen JWS: The Photograph series of Daily Activities (PHODA). CD-rom version 1.0. Institute for Rehabilitation Research and School for Physiotherapy Heerlen, The Netherlands, 1999
- Leeuw M, Goossens MEJB, Breukelen GJPv, Boersma K, Vlaeyen JWS. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: The photograph series of daily activities—short electronic version. *J Pain.* 2007;8(11):840-849.
- Maurischat C, Harter M, Kerns RD, Bengel J. Further support for the pain stages of change model: suggestions for improved measurement. (Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies). *Eur J Pain.* 2006;10(1):41-9.
- Nieuwenhuizen MG1, Groot S de, Janssen TW, Maas LC van der, Beckerman H. Canadian Occupational Performance Measure performance scale: validity and responsiveness in chronic pain. *J Rehabil Res Dev.* 2014;51(5):727-46. ►doi:[10.1682/JRRD.2012.12.0221](https://doi.org/10.1682/JRRD.2012.12.0221) .
- Reneman MF, Beemster TT, Edelaar MJ, Velzen JM van, Bennekom C van, Escorpizo R. Towards an ICF- and IMMPACT-based pain vocational rehabilitation core set in the Netherlands. *J Occup Rehab.* 2013;23(4):576-84.
- Stevens A, Beurskens A, Köke A, Weijden T van der. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. (Research Support, Non-U.S. Gov't Review). *Clin Rehab.* 2013;27(11):1005-19.
- Tait RC, Chibnall JT, Krause S. The pain disability index: psychometric properties. *Pain.* 1990;40(2):171-82.
- Turk DC, Robinson JP, Sherman JJ, Burwinkle T, Swanson K. Assessing fear in patients with cervical pain: Development and validation of the Pictorial Fear of Activity Scale-Cervical (PFACT5-C). *Pain.* 2008;139:55-62.

Graded Exposure

Een cognitief gedragsmatige aanpak van chronische pijn

Verbunt, J.; Smeets, R.J.E.M. (Eds.)

2017, XVI, 208 p. 32 illus., Softcover

ISBN: 978-90-368-1105-7