

Chronische pijnpatiënten in revalidatiecentrum het Roessingh

Bewegingsagogische behandeling versus PMT

**Scriptie van Evelien Kerklaau
4^e-jaars studente
Bewegingsagogie en
Psychomotorische Therapie**

Naam begeleider: Ad van de Ven
Naam beoordelaar: Dienneke Jol
School: School of Human Movements
and Sport
Datum: Mei 2008

Voorwoord

Deze afstudeeropdracht in de vorm van een casestudy is geschreven door Evelien Kerklaau, vierdejaars studente Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan de Calo, Christelijke Hogeschool Windesheim in Zwolle.

Ik heb deze casestudy geschreven aan de hand van een casus op mijn eindstage bij Revalidatiecentrum het Roessingh in Enschede.

Bij deze wil ik graag de mensen bedanken die mij de nodige informatie hebben verstrekt en die mij verder geholpen hebben bij het schrijven van deze afstudeeropdracht.

Inleiding

Voor deze casestudy heb ik een vraagstelling opgesteld die betrekking heeft op psychomotorische therapie in de revalidatie. Een thema waarin ik erg geïnteresseerd ben. Zoals gezegd, heb ik een casus gekozen uit mijn eindstage op het Roessingh.

Mijn vraagstelling luidde als volgt:

Hoe is de bewegingsagogische behandeling bij chronische pijnpatiënten op het Roessingh en wat zou PMT kunnen betekenen?

In de verschillende hoofdstukken heb ik meerdere aspecten beschreven die betrekking hebben op mijn vraagstelling.

Hoofdstuk 1 begint met een verantwoording van bovengenoemde vraagstelling.

In hoofdstuk 2 zal ik wat vertellen over mijn stageplek, het Roessingh. Dit bestaat uit een gedeelte over het Roessingh in het algemeen en een gedeelte over de afdeling bewegingsagogie waar ik mijn eindstage heb gelopen.

Vervolgens beschrijf ik in hoofdstuk 3 de doelgroep en de individuele casus. Hierbij zal ik eerst wat vertellen over chronische pijn. Daarna beschrijf ik de door mij gekozen casus en benader ik deze vanuit de classificerende, hermeneutische en kritische invalshoek.

Dan komt er in hoofdstuk 4 aan de orde hoe de bewegingsagogische behandeling bij chronische pijn is op het Roessingh. Hierin heb ik het niet alleen over de praktische hulp, maar ook over methodische kant.

Na de bewegingsagogische behandeling vertel ik in hoofdstuk 5 wat over de psychomotorische therapie bij chronische pijn. Ten eerste wat dit inhoudt en ten tweede wat de mogelijkheden zijn op het Roessingh.

Tot slot staat in hoofdstuk 6 de conclusie. Hierin beschrijf ik mijn antwoord op de vraagstelling. Ik heb hierbij informatie gevraagd aan een bewegingsagoog en twee fysiotherapeuten van het Roessingh die met PMT hebben gewerkt en/ of nog steeds werken.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inleiding met vraagstelling

1.	Verantwoording van de vraagstelling	pag. 5
2.	Het Roessingh	
2.1	Het Roessingh algemeen	pag. 6
2.2	Diagnosegroepen	pag. 6
2.3	Behandelaars	pag. 6
2.4	Divisies en teams	pag. 6
2.5	Afdeling Bewegingsagogie	pag. 8
3.	Doelgroep en casus	
3.1	Wat is chronische pijn	pag. 9
3.2	Omschrijving van de problematiek van een individuele cliënt	pag. 10
3.3	Diagnostiek vanuit de classificerende, hermeneutische en kritische invalshoek	pag. 10
4.	Behandeling op het Roessingh	
4.1	Behandeling van chronische pijn op het Roessingh	pag. 15
4.2	Beschrijving van het methodisch werken van de bewegingsagogie op het Roessingh	pag. 15
5.	PMT bij chronische pijn	
5.1	Wat houdt PMT bij chronische pijn in?	pag. 17
5.2	Wat zijn de eventuele mogelijkheden op het Roessingh	pag. 18
6.	Conclusie met de beantwoording van de probleemstelling	pag. 20

Literatuurlijst

Bijlagen: ICF classificatie-items in relatie tot indicatie, doelen en behandelplan voor PMT

1. Verantwoording van de vraagstelling

Vanaf het begin van de opleiding ben ik erg geïnteresseerd in de revalidatie. Door de vakken op school en door mijn stage van vorig jaar in de psychiatrie, ben ik me ook gaan interesseren in de psychomotorische therapie.

Ik wilde mijn eindstage dan ook graag lopen in een revalidatiecentrum, waar ze ook PMT aanboden.

Mijn eindstage werd revalidatiecentrum het Roessingh. Hier heb ik meteen geïnformeerd naar de positie van de PMT. Helaas waren er geen PMT'ers op de afdeling Bewegingsagogie waar ik stage ging lopen.

Ik vond dit verrassend. Het Roessingh is toch een groot revalidatiecentrum met een goede naam en ik had het dan ook wel verwacht hier PMT aan te zullen treffen.

Ik nam me voor me hier verder in te verdiepen en mijn scriptie hierover te schrijven.

Tijdens mijn stage liep ik veel mee met pijnpatiënten. De behandeling hiervan richt zich vooral op het cognitief-gedragmatige. Ik maakte binnen deze doelgroep regelmatig revalidanten mee waar ik mogelijkheden voor PMT zag.

Ik heb toen op school de profileringscursus PMT in de revalidatie gevolgd. Dit was vooral gericht op chronische pijnpatiënten, de doelgroep waar ik dus veel mee werkte.

Hierdoor zag ik nog meer aanknopingspunten.

Waar ik me uiteindelijk binnen deze scriptie op wil gaan richten, is hoe PMT een plek kan krijgen in de behandeling van chronische pijnpatiënten. Op het Roessingh gebeurt dit nu dus (nog) niet en ik wil graag kijken hoe dit eventueel vorm zou kunnen krijgen.

Ik heb besloten een individuele casus als uitgangspunt te nemen en niet de doelgroep chronische pijnpatiënten, omdat het dan te breed beschreven moet worden en het waarschijnlijk onoverzichtelijk wordt.

2. Het Roessingh

2.1 Het Roessingh algemeen

Ik loop mijn eindstage bij Revalidatiecentrum het Roessingh in Enschede.

Het Roessingh is een gespecialiseerd ziekenhuis waar volwassenen en kinderen met lichamelijke beperkingen revalideren.

De beperkingen zijn het gevolg van een ongeval, een ziekte of een aangeboren afwijking en variëren van licht tot zwaar, van zichtbaar tot onzichtbaar.

Afhankelijk van de problematiek wordt voor iedere revalidant een individueel revalidatieprogramma opgesteld. Het doel van de revalidatie is echter voor iedereen gelijk: (weer) zo zelfstandig mogelijk functioneren in de samenleving zowel lichamelijk, psychisch als sociaal.

Naast het behandelen van patiënten is het Roessingh ook actief op het gebied van revalidatievoorzieningen, -dienstverlening en innovatie.

2.2 Diagnosegroepen

Op het Roessingh worden mensen behandeld met verschillende aandoeningen die kunnen zijn ontstaan door een aangeboren afwijking, een ziekte of een ongeval. Voorbeelden zijn:

- Amputaties
- Cerebro Vasculaire Accidenten (CVA), een beroerte, als gevolg van een hersenbloeding of infarct
- Congenitale afwijkingen, aangeboren afwijkingen zoals spina bifida en spierziekten
- Dwarslaesies, veelal als gevolg van een ongeval
- Developmental Coordination Disorder (DCD), motorische ontwikkelstoornissen zonder aantoonbare neurologische aandoeningen
- Neurologische aandoeningen, bijvoorbeeld MS en Parkinson
- Neuro-musculaire aandoeningen, bijvoorbeeld ALS
- Traumatologische aandoeningen, zoals ernstige hersenletsels (NAH) en ernstige botbreuken

2.3 Behandelaars

Naast problemen op het gebied van zelfverzorging kunnen er problemen ontstaan op het werk, op school en in het psychisch en sociaal functioneren. Daarom zijn bij de behandeling meerdere behandelaars betrokken die allen deskundig zijn op een bepaald gebied. Onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts werken zij samen in zogenaamde diagnosegebonden, multidisciplinaire behandelteams.

De volgende disciplines kunnen bij de behandeling worden betrokken:

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Revalidatiearts | - Psycholoog | - Activiteitentherapeut |
| - Verpleging | - Maatschappelijk werker | - Orthopedagoog |
| - Fysiotherapeut | - Logopedist | - Creatieve therapie |
| - Bewegingsagoog | - Arbeidsrevalidatie | - Pedagogisch medewerker |
| - Ergotherapeut | - Diëtist | - Geestelijk verzorger |

2.4 Divisies en teams

Binnen het Roessingh heb je verschillende divisies; een volwassen-, kinder- en pijndivisie. Ik zal nu kort wat vertellen over elke divisie.

Divisie volwassenrevalidatie

Revalideren wil zeggen dat de revalidant samen met de behandelaars van het Roessingh gaat werken aan het zo volledig mogelijk opheffen van de lichamelijke beperkingen en de gevolgen daarvan. Naast aandacht voor bewegen en mobiel zijn, wordt tijdens de revalidatie

veel aandacht geschonken aan zelfverzorging en andere activiteiten van het dagelijkse leven, zoals werk en vrije tijd, verwerking en relatie en communicatie. Ook wordt gekeken of er eventueel hulpmiddelen en voorzieningen nodig zijn, voor nu of later, bijvoorbeeld een rolstoel, woningaanpassingen of thuishulp.

Het is mogelijk om klinisch of poliklinisch te revalideren.

Klinisch houdt in dat de revalidant door de week in het Roessingh verblijft en, als dit mogelijk is, in het weekend naar huis gaat.

Poliklinisch revalideren houdt in dat mensen enkele dagen of dagdelen per week naar het Roessingh komen voor revalidatiedagbehandeling.

De volwassendivisie kent verschillende teams:

- | | |
|---------------------------|--------------|
| - Dwarslaesie en MS | - CVA en NAH |
| - Amputatie en orthopedie | - CVA en NMA |

Divisie kinderrevalidatie

Deze vorm van revalidatie is erop gericht om de mogelijkheden van het kind maximaal te benutten. Dat vraagt om specifieke begeleiding, waarin het Roessingh gespecialiseerd is.

De afdeling kinder- en jongerenrevalidatie onderscheidt verschillende diagnosegroepen die alle zijn ingedeeld bij een bepaald behandelteam:

- | | |
|---|---------------------|
| - Kliniek kinderen en jongeren (diverse aandoeningen) | - 0-4 jarigen |
| - DCD team (Developmental Coordination Disorder) | - CP-team |
| - NMA- team | - overige diagnoses |

Daarnaast bestaan er meerdere expertiseteams zoals het spina-bifida-team, het eetteam en het team ondersteunende communicatie.

Ook binnen deze divisie is er een onderscheid in klinische en poliklinische revalidatie.

De kliniek kinderen en jongeren is gespecialiseerd in het behandelen van problemen op het gebied van houding en beweging. Deze kliniek kent een afdeling somatische revalidatie (intensieve medische en verpleegkundige zorg aan kinderen/jongeren van 0 tot 20 jaar met heel diverse problematiek) en een afdeling sociale revalidatie (jongeren van 12 tot 21 jaar leren hoe ze in het sociale leven zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren en zelf hun grenzen kunnen bewaken).

Als het mogelijk is, gaat tijdens de revalidatie de school gewoon door. Het revalidatiecentrum werkt nauw samen met Onderwijscentrum het Roessingh, een school voor speciaal onderwijs.

Het niveau van onderwijs loopt van kleuteronderwijs tot en met havo. Ook wordt er praktijkonderwijs gegeven, evenals enkele administratieve en ict-opleidingen op mbo-niveau.

Divisie pijnrevalidatie

Bij de behandelvormen binnen de pijnrevalidatie programma's ligt het accent op een cognitief-gedragsmatige aanpak. Ze zijn toegesneden op mensen met specifieke problemen waarvoor geen verdere medische behandeling meer mogelijk of geïndiceerd is, zoals:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| - chronische rugklachten | - gevolgen van een whiplashtrauma |
| - chronische nek-/ schouderklachten | - complexe pijnproblemen |
| - vermoeidheidsproblematiek zoals CVS | |

Het doel van de behandeling is het zoveel mogelijk terugdringen van de klachten en/of leren omgaan met de resterende klachten waardoor de kwaliteit van leven wordt verhoogd.

Ook binnen de pijnrevalidatie wordt er onderscheid gemaakt tussen klinische en poliklinische behandeling. Poliklinische behandeling houdt in dat men twee of drie maal per week een dag naar het Roessingh komt voor revalidatiedagbehandeling. De behandeling vindt in groepen en/ of individueel plaats. Het groepsprogramma duurt acht weken. De duur en frequentie van een individuele poliklinische behandeling zijn afhankelijk van de problematiek.

De klinische behandeling kent twee varianten:

1. Het drie-dagen-programma, waarbij men acht weken in groepsbehandeling komt. Dit is van maandag t/m woensdag of van woensdag t/m vrijdag. De rest van de week wordt het geleerde toegepast in de thuis- en werksituatie.
2. Het vijf-dagen-programma, waarbij men veertien weken in groepsbehandeling komt van maandag t/m vrijdag, steeds afgewisseld met een week thuis. Dit programma kent ook een individuele variant.

2.5 Afdeling Bewegingsagogie

Het Roessingh heeft een afdeling bewegingsagogie. Hier heb ik mijn eindstage gelopen. Binnen onze afdeling doen we eigenlijk weinig tot niets met psychomotorische therapie. De psychomotorische therapie die er op het Roessingh wordt aangeboden, wordt gedaan door twee fysiotherapeuten die de VO-PMT hebben gedaan.

Zoals ik hierboven al vertelde is het doel van behandeling op het Roessingh (weer) zo zelfstandig mogelijk functioneren in de samenleving, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. De bijdrage vanuit de bewegingsagogie (BA) is om mensen weer daadwerkelijk uitbreiding en inzicht te geven van hun bewegende mogelijkheden.

Onder BA wordt dan verstaan het bewust en systematisch beïnvloeden van het bewegen en het gedrag hierbij, in relatie tot de omgeving. Er is namelijk in de opvatting van de BA sprake van een verstoorde relatie van mens en omgeving.

De doelstelling van de BA is dan ook het positief beïnvloeden van dit bewegen en gedrag, zodat er een verbetering bereikt wordt van de verstoorde relatie van de revalidant en zijn bewegingswereld en dat (her)integratie in de (sport)bewegingswereld mogelijk is.

Uitgangspunten hierbij zijn:

- iedere revalidant moet op zijn/ haar eigen manier kunnen deelnemen, dat wil zeggen, met waardering voor het persoonlijke van elke revalidant daarin
- binnen de BA wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de revalidanten. Niet alleen in fysieke zin, maar ook wat betreft het nemen van verantwoordelijkheid en initiatieven.
- Het verschillende niveau van kunnen, vraagt om differentiatie; dus je moet als BA'er arrangementen zo neerzetten dat iedereen mee kan doen, ook de 'zwakkeren'.
- De leerhulp van de BA'er richt zich op die revalidanten waarbij het bewegen op het niveau van de beperking (nog) niet tot stand komt.
- De BA streeft ernaar dat de revalidanten elkaar ondersteunen in bewegingssituaties. Gedrag van de één mag dus niet de reden zijn dat een ander niet kan deelnemen.

Bewegen wordt door ons geïnterpreteerd als zinvol gedrag en als zodanig verwijst het ergens naar. Het bewegen heeft betekenis.

Binnen de BA ligt het accent op motorische betekenissen. Dat wil zeggen betekenissen die voor het verplaatsen van personen en/ of hanteren van materialen relevant zijn. Het gaat er daarbij om, om aangeleerde basisvaardigheden te onderhouden en uit te bouwen.

Het activiteitenaanbod van de BA ziet er als volgt uit:

- | | | |
|---------------------------------|-------------|---------------------|
| - Rolstoeltraining | - Sport | - Bewegen op muziek |
| - Valtraining | - Zwemmen | - Nordic Walking |
| - Functionele trainingstherapie | - Spinbiken | - Judo (kinderen) |
| - Conditie training | | |

Aan het eind van de revalidatie wordt de revalidant voorzien van informatie op het gebied van bewegen, waarmee hij/zij in de thuissituatie de opgedane bewegingservaringen van het Roessingh een vervolg kan geven.

Doelstelling is hierbij te komen tot (sport-) maatschappelijke integratie.

3. Doelgroep en casus

3.1 Wat is chronische pijn

Volgens het IASP (International Association for the Study of Pain) is pijn een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijk of mogelijk weefselbeschadiging, of die beschreven kan worden in termen van een dergelijke weefselbeschadiging.

Er zijn twee soorten pijn:

- Acute pijn: dit wordt veroorzaakt door weefselbeschadigingen en wordt gekenmerkt door een relatief duidelijke relatie tussen de schadelijke prikkel en de pijn. De diagnose is vaak eenvoudig te stellen en reageert goed op somatische behandeling.
- Chronische pijn: dit wordt vaak geduid als pijn die langer duurt dan zes maanden of wanneer de pijn langer bestaat dan de verwachte hersteltijd van de oorspronkelijke weefselbeschadiging. De patiënten lijden vaak meer dan op grond van hun lichamelijke afwijking verwacht mag worden. Doordat de pijn langer duurt, krijgen psychologische en sociale mechanismen de kans hun invloed uit te oefenen om de pijn te onderhouden of zelfs te veroorzaken.

Pijn is een signaal dat aangeeft dat er iets aan de hand is. Dit kan heel duidelijk een lichamelijke verstoring zijn in de vorm van een structuur die beschadigd is. Er kunnen ook functionele verstoringen plaatsvinden in het lichaam, waardoor interne processen niet goed verlopen.

Pijn is daarnaast een subjectieve beleving waar, als men er zich bewust van wordt, emotionele reacties aan gekoppeld zijn. Deze emotionele reacties verschillen per individu en maken dat het omgaan met pijn op zeer uiteenlopende wijzen kan plaatsvinden.

Pijn is ieder geval voor iedereen een verstoring van de vanzelfsprekendheid waarmee met gewend is te leven. Er gebeurt iets met en aan het lichaam waardoor de persoon sterk geconfronteerd wordt met zijn lijfelijke bestaanswijze. Er is sprake van: ontregeling, fragmentatie en/ of desintegratie. De pijn veroorzaakt arousal (spanning en soms ook angst) op basis waarvan men actie onderneemt om van de pijn af te komen en met pijn om te gaan. Daarbij zijn verschillende typische, persoonlijke wijzen van reageren te onderscheiden: copingstijlen. Naar een hulpverlener gaan is één strategie. De persoon legt daarmee verantwoordelijkheid bij de hulpverlener en de copingstijl is te typeren als oplossingsgericht. Een andere copingstijl is dat men de pijn negeert, er niet met anderen over communiceert en geen hulp of steun vraagt.

Als de pijn echter niet weggenomen kan worden, neemt de spanning toe. De arousal zet fysiologische processen in gang. De hypothalamus-hypofyse-bijnier stress-as wordt geactiveerd, adrenaline en cortisol worden aangemaakt en het lichaam komt in een verhoogde arousal-staat. Andere functionele evenwichten worden ook verstoord. Als dit te lang duurt, kan dit het lichamelijke functioneren zelfs beschadigen. Uiteindelijk moet geconstateerd worden dat er geen medische oplossing voor het verminderen van de pijn te vinden is. De pijn is chronisch geworden. Dit is voor cliënten meestal moeilijk te accepteren.

Pijn werkt ontregelend en maakt dat het functioneren als geïntegreerd persoon verstoord raakt. Uitgaande van een biopsychosociaal model, zal de pijn op alle gebieden verstoringen tot gevolg hebben.

De pijn heeft direct invloed op het lichamelijke in het veranderen van lichaamshouding en bewegen en de confrontatie met de eigen lichamelijkeheid. Te hoge stress en een verkeerde houding kan het bewegingssysteem beschadigen. Maar ook hormonaal en neurologisch kan door de voortdurende stress schade ontstaan. Het uit evenwicht geraken van de lichamelijke systemen kan op zichzelf weer pijn veroorzaken.

Psychisch gezien zullen de stemming en het denken van de persoon beïnvloed worden door de pijn. Depressiviteit, catastroferend denken en angst (om te bewegen) zijn een gevolg van pijn en kunnen pijn versterken.

Sociaal gezien heeft de pijn invloed op de interactie van de persoon met anderen en het andere. Ook hier kan het zich afzonderen van de sociale omgeving tot gevolg hebben dat pijn sterker ervaren wordt.

(Bron: Bosscher, B en Meijden, H. van der. *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.)

3.2 Omschrijving van de problematiek van een individuele revalidant.

Voor deze casus heb ik gekozen voor een revalidant uit het drie-dagen-programma. Dit heb ik gedaan, omdat ik deze groep vanaf het begin gezien heb en hen zag bij het sporten in de zaal, het zwemmen en het fitnessen. Daarnaast heb ik van deze groep steeds het overleg meegemaakt, zodat ik ook informatie van andere disciplines heb ontvangen.

Ik zal nu wat vertellen over de revalidant. Ik noem haar voor het gemak even Kim.

Kim is een vrouw van 23 jaar.

Ze heeft sinds de zomer van 2005 last van chronische rugklachten, waar geen verklarende somatische oorzaak voor is gevonden. Haar klachten leiden tot beperkingen op het gebied van huishoudelijk werk, opleiding en sociale activiteiten. De klachtenbeleving is intens.

Tegelijkertijd zijn er depressieve klachten. Er lijkt sprake van een vicieuze cirkel, waarbij de klachten leiden tot verlies van functioneren met consequenties voor keuzes. Frustratie en onzekerheid leiden vervolgens tot depressieve gevoelens en uitzichtloosheid, waardoor de spanning kan toenemen en pijnklachten erger kunnen worden.

De pijn die ze heeft is vrij uitgebreid; vanaf het midden van de rug uitstralend naar stuitje en bekken en ook naar de voorzijde (liezen en benen). De pijn is altijd aanwezig, wisselend in intensiteit en door de dag toenemend tot aan de avond. Bij druk gedrag neemt de pijn toe. Ze heeft vaak kramp in beide voeten (sinds kort elke nacht). Wat kracht betreft voelt het linkerbeen minder sterk dan het rechter.

Overige klachten die Kim heeft:

- In 2003 heeft Kim een aantal malen een hyperventilatieaanval gehad. Zij herkende dat dit een emotionele reactie was op gebeurtenissen. Ongeveer drie weken geleden heeft ze weer een aanval gehad, die met valium gecoupeerd is.
- Kim heeft angstdromen. Met Efexor zijn deze sinds twee maanden minder intens en slaapt ze beter.

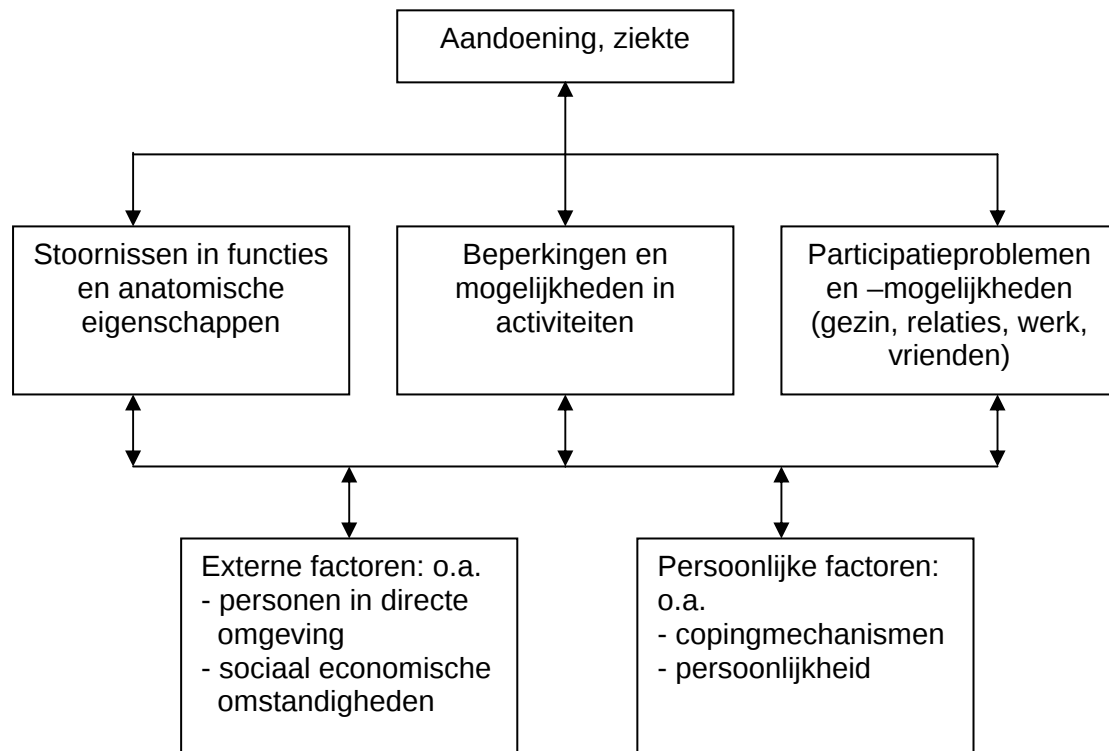
3.3 Diagnostiek vanuit de classificerende, hermeneutische en kritische invalshoek Classificerend

Bij het Roessingh werkt men vanuit een biopsychosociaal concept. Naast het feit dat er gekeken wordt naar de invloed van psychische en sociale factoren, komt er ook meer oog voor de interacties tussen biologische, psychische en sociale factoren. Deze visie is ook terug te vinden in de ontwikkeling van de International Classification of Functioning (ICF).

Om het functioneren van mensen te beschrijven heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2001 de ICF (International Classification of Functioning) gepubliceerd. De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

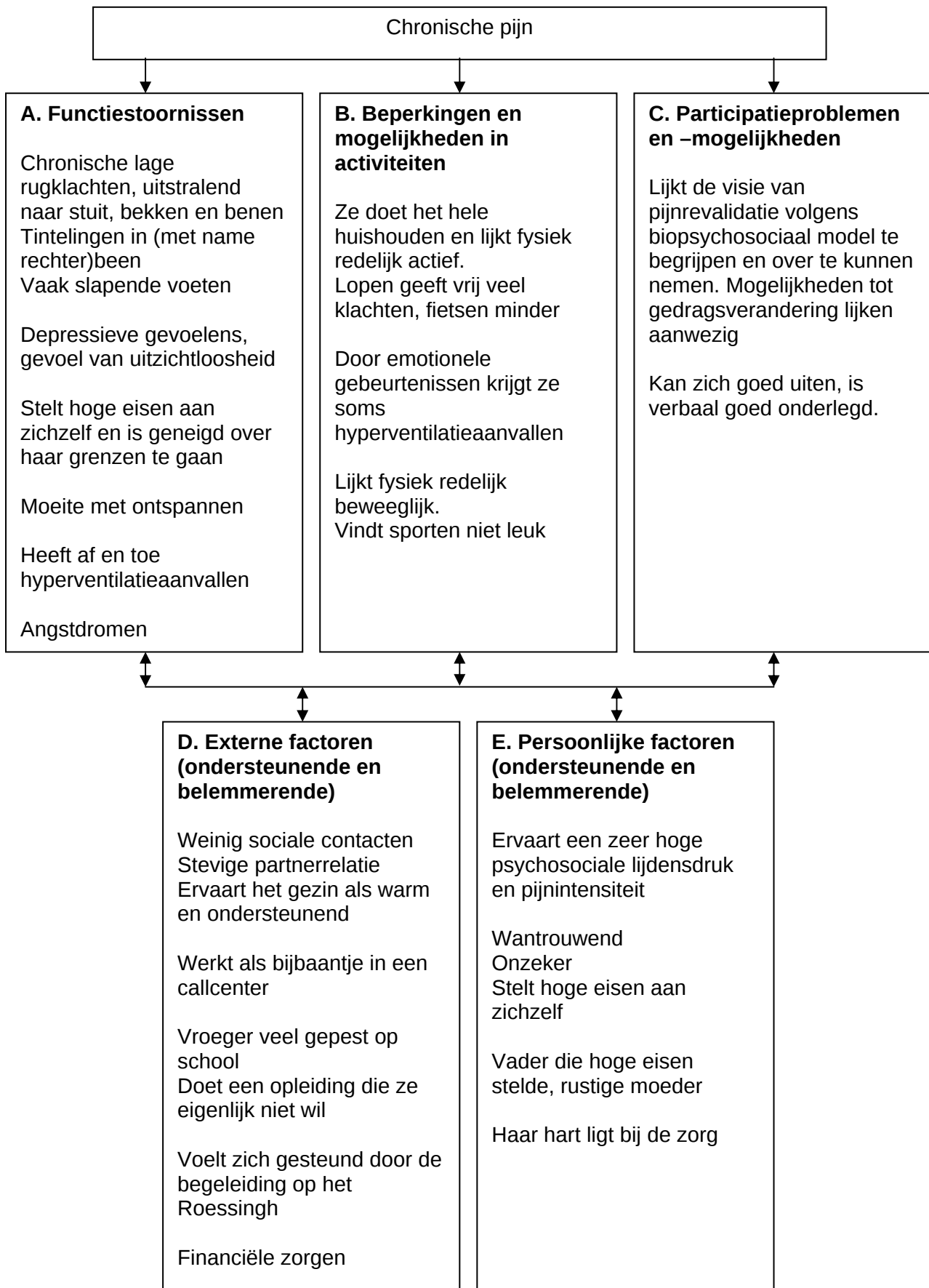
(Bron: Kleijn, M.W. de, Napel, H. ten, Heerkens, Y.F., Ravensberg, C.D. van en Stallinga, G. *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. RIVM. <http://64.233.183.104/search?q=cache:PT0MyxuJrPkJ:www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf+RIVM,+ICF&hl=nl&ct=clnk&cd=2&gl=nl> (26 april 2008))

Het model bestaat uit vijf met de gezondheid verband houdende domeinen:



Dit ICF model kun je ook invullen aan de hand van de casus van Kim.
Dat is te zien op de volgende pagina.

ICF model ingevuld aan de hand van de casus van Kim.



Hermeneutische invalshoek

Vanuit de hermeneutische invalshoek probeert de diagnosticus zicht te krijgen op de aard van de verstoring van de interactie, de dialoog van de deelnemer met zijn omgeving. Die omgeving kan zowel sociaal (medemensen) als materieel (dingen) van aard zijn. De wijze waarop de deelnemer en de omgeving met elkaar omgaan is niet meer adequaat. Vanuit deze invalshoek ziet men in een probleemsituatie niet alleen de deelnemer. De diagnosticus probeert het mislukte interactiepatroon van de deelnemer te begrijpen vanuit de wijze waarop de deelnemer zich verhoudt tot de hem omringende wereld als ook omgekeerd; wat betekent dit mislukken voor de wijze waarop de deelnemer zijn omgeving en zichzelf begrijpt? De diagnosticus probeert de deelnemer te begrijpen in zijn verstoorde dialoog.

Een centraal begrip van de hermeneutiek is het interpreteren van gedrag van de deelnemer. Dit gaat echter niet om 'Fingerspitzengefühl', maar gebeurt regelgeleid (actief, intentioneel, selectief en niet zonder meer vertelbaar).

De hermeneutische invalshoek speelt een belangrijke rol in de diagnostiek, vooral daar waar er duidelijkheid dient te ontstaan over het gedrag t.o.v. het probleemgedrag van de deelnemer. Vanuit de hermeneutische invalshoek worden het mislukken, de klacht van de deelnemer gezien in de context van de deelnemer. Je probeert dus als diagnosticus het verhaal van de deelnemer te begrijpen.

Het diagnosticeren vanuit een hermeneutisch kader gebeurt vanuit een diagnostisch team, waarvan de leden elkaar kritisch bevragen over hun 'interpretaties'.

De hermeneutische invalshoek is een procesgeoriënteerde benadering. In feite vallen de diagnostische fase en de behandelfase (voor een deel) samen. Al diagnosticerende is de diagnosticus tevens behandelaar.

(Bron: Sietsma, L.W. (2001). Kader voor diagnostiek: een aanzet. *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, G041, pp. 4-8. Verbeeten, S en Knegtering, H, interne publicatie BPT/Calo, Zwolle)

Vanuit deze invalshoek kan ik zeggen dat meerdere disciplines met Kim een soort van intakegesprek hebben gehad. We hebben haar daarbij haar verhaal laten doen. Zo heeft ze zelf aangegeven dat ze haar schooltijd als emotioneel belastend heeft ervaren en dat er op dit moment financiële klachten spelen. Ze volgt een opleiding tot secretaresse, maar dit wil ze eigenlijk niet. Haar hart ligt bij de zorg. Ze deed ook een opleiding tot ziekenverzorger, maar de opleiding en de bedrijfsarts hebben haar aangeraden iets anders te zoeken. Deze situatie levert haar veel spanningen op.

Ze geeft aan nauwelijks een sociaal netwerk te hebben. Wel heeft ze een goede, stevige partnerrelatie.

Tot slot heeft Kim aangegeven dat ze hoge eisen aan zichzelf stelt en (snel) geneigd is over haar grenzen te gaan.

Kritische invalshoek

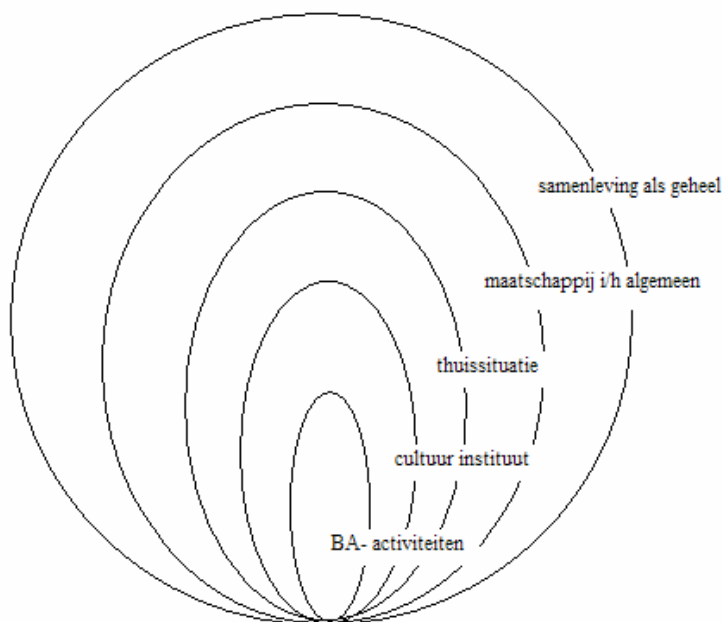
De kritische invalshoek is ontleend aan de emancipatorische pedagogiek. In feite betreft het een meer sociologische benadering van mensen met een probleem. Vanuit deze visie is men kritisch ten aanzien van omgevingsvariabelen die ontwikkelingsmogelijkheden van mensen blokkeren, die hen onmondig en volgzaam maken. In de sociologie is deze benaderingswijze ook bekend als de etiketteringtheorie of het sociale systeemmodel. Iemand die zich geruime tijd anders gedraagt dan de omgeving van hem verwacht, krijgt van die omgeving een stempel, een etiket opgeplakt. Vervolgens verinnerlijkt hij de codes en leefregels die hij krijgt opgelegd.

Mensen kunnen stuklopen op te hoge verwachtingen van de omgeving, te hoge eisen. Zij internaliseren deze verwachtingen en eisen en schieten tekort deze te realiseren. Vanuit deze visie op het ontstaan van problemen worden we scherp en kritisch gemaakt ten aanzien van ziekmakende factoren in de omgeving, zowel wat betreft het individu als wat betreft de mensheid in het algemeen. We dienen ook scherp en kritisch te zijn ten aanzien van ons eigen verwachtingspatroon ten aanzien van een deelnemer. In hoeverre produceren

wij zelf, als component van de samenleving, de problemen die wij vervolgens aan de deelnemer die mislukt toeschrijven?

De diagnosticus dient te beseffen dat mensen ziek kunnen worden van te hoge verwachtingen en eisen van het milieu van de deelnemer, of door een niet adequaat hanteren van begrippen als tijd en ruimte. Het milieu is onderscheidbaar in vijf samenhangende schillen.

(Bron: Sietsma, L.W. (2001). Kader voor diagnostiek: een aanzet. *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, G041, pp. 4-8. Verbeeten, S en Knegtering, H, interne publicatie BPT/Calo, Zwolle)



(Bron: de hier getekende schillen worden genoemd in het artikel: Sietsma, L.W. (2001). Kader voor diagnostiek: een aanzet. *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, G041, pp. 4-8. Verbeeten, S en Knegtering, H, interne publicatie BPT/Calo, Zwolle)

In de situatie van Kim spelen meerdere van deze schillen een rol. Zo heeft Kim verteld nooit aan sport te hebben gedaan, omdat ze dit niet leuk vond. Daarnaast is Kim op school veel gepest, vooral met sporten. Bij het aanbieden van bewegingsactiviteiten is het dus voor ons van belang hier rekening mee te houden.

Kim heeft ook aangegeven dat in het ouderlijke gezin vader hoge eisen stelde. Haar moeder was wat rustiger. Het gezin heeft ze wel als warm ervaren. Ze heeft ook nog een zes jaar jongere zus en twaalf jaar oudere broer. Haar belangstelling voor de zorg is ook wel ingegeven door wat thuis verteld werd.

Kim vertelde dat andere mensen haar druk vinden.

Tot slot wat betreft haar huidige omgeving: ze is de laatste jaren enkele malen verhuisd in verband met het switchen van opleiding of werk. Op het moment woont ze bij haar vriend op de Campus. Ze heeft verder niet veel contacten.

4. Behandeling van chronische pijn

4.1 Behandeling van chronische pijn op het Roessingh

Zoals ik net al verteld heb in hoofdstuk 2, is er een divisie pijnrevalidatie op het Roessingh. Het gaat hierbij om cognitief-gedragsmatige behandelingen. Deze behandelprogramma's zijn bestemd voor mensen met chronische pijnproblemen waarvoor geen verdere medische behandeling meer mogelijk of geïndiceerd is.

Het doel van de behandelingen in de pijnrevalidatie is herstel. Dit houdt in dat revalidanten hun mogelijkheden vergroten of nieuwe mogelijkheden ontwikkelen in harmonie met hun omgeving. Zo wordt het mogelijk om optimaal te functioneren in maatschappelijke processen die passen bij het leven van de revalidant, zoals werken, de huishouding doen, studeren of het opvoeden van kinderen.

Met herstel wordt niet bedoeld: herstellen van 'schade' of weer 'de oude' worden. Het doel van de behandeling is dus niet het opsporen van de oorzaak van de pijnklachten of het direct verminderen van de klachten. De behandeling richt zich niet op pijnbestrijding, het gaat om het herstellen van capaciteiten; het weer kunnen, waardoor de klachten afnemen.

De behandeling wordt uitgevoerd door een behandelteam bestaande uit verschillende disciplines. Allen werken ze aan het gemeenschappelijke behandelgoal dat samen met de revalidant is bepaald. Het behandelteam bestaat uit; de revalidatiearts, maatschappelijk werk, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, activiteitentherapie, arbeids(re)integratie, groepsleiding en bewegingsagoog.

De behandeling vindt poliklinisch (dagbehandeling) of klinisch (opname) plaats en kan zowel individueel als in groepsverband worden uitgevoerd. Dit laatste is afhankelijk van een combinatie van factoren die door de revalidatiearts en een opnameteam bij de intake beoordeeld wordt. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de mate van psychische en fysieke belastbaarheid en/ of er specifieke problemen zijn die niet groepsgewijs behandeld kunnen worden. Bij alle behandelvormen gaat de revalidant tussentijds naar huis om het geleerde in praktijk toe te passen.

4.2 Beschrijving van het methodisch werken van de bewegingsagogie op het Roessingh

Het uitgangspunt van de behandeling is het zogeheten biopsychosociale model. Dat wil zeggen dat behandeling zich richt op lichamelijk, psychologische en sociale factoren die een rol spelen in het ontstaan, het in stand houden of verergeren van pijn en vermoeidheid.

De behandelonderdelen zijn gericht op het beïnvloeden van deze factoren.

Het vergroten van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de revalidant zijn belangrijk. Hulp moet niet steeds weer van (medische) deskundigen worden verwacht. Voor een succesvolle behandeling is het nodig dat de revalidant zelf keuzes maakt en gemotiveerd is zijn/ haar gedrag te veranderen. Zo leert de revalidant zichzelf te helpen. Dit gebeurt door te experimenteren met nieuwe of andere methoden en deze vervolgens toe te passen in het dagelijkse leven. Instructies, oefeningen binnen de behandeling en thuiswerkopdrachten bieden hierbij ondersteuning.

Een juiste balans tussen inspannen en ontspannen is de rode draad die door de behandelingen loopt; zowel teveel als te weinig inspanning heeft negatieve gevolgen (overbelasting versus onderbelasting).

De revalidant ontwikkelt in de behandeling een basisniveau van functioneren waarin er ruimte is om capaciteiten te benutten en op te bouwen. Daarbij leert hij keuzes maken, te doseren en op een verstandige manier met grenzen en pijn om te gaan.

De bewegingsagoog begeleidt bij bewegingsactiviteiten. Hij kijkt hoe de revalidant bepaalde activiteiten het beste kan doen, zodat mee blijven dien mogelijk is. Punten waarop gelet wordt zijn bewegingsvaardigheid, houding en dosering.

De bewegingsagoog heeft dus vooral een begeleidende attitude. In het begin zal er meer

sturing nodig zijn. Deze moet steeds iets meer worden afgebouwd zodat de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de revalidant ook daadwerkelijk vergroot worden. (Bron: protocol pijnrevalidatie het Roessingh).

Op het Roessingh wordt gewerkt met het boek 'De pijn de baas' van Frits Winter. De rode draad in deze benadering is dat iedere pijnpatiënt zijn eigen therapeut kan worden. Dat hij door een heel nieuwe en andere aanpak vat kan krijgen op de pijn. Essentieel daarbij is dat de pijnpatiënt zelf het heft in handen neemt. Want hij is de enige die kennis heeft van zijn pijn, maar ook van de omstandigheden die een invloed op de pijn hebben. De doelstelling van de aanpak in dit boek is dan ook 'Hoe kan ik ondanks mijn pijn toch een waardevol leven leiden?' Pijnvermindering is in dit geval geen doel, maar het automatische gevolg van de verandering die men doorvoert.

Bij chronische pijnpatiënten kan er een soort pijnafhankelijkheid ontstaan. Dit betekent dat de pijn je leven gaat beheersen, dat de mate van de pijn die je hebt, bepaalt wat je doet. Heb je minder pijn doe je veel, heb je veel pijn doe je weinig. Je leven wordt als het ware gestuurd door de mate van pijn.

Als pijn chronisch wordt dan los je deze niet meer op met flink zijn en toch maar door te gaan. Hoe harder je vecht, hoe meer pijn je krijgt. Dit heet 'achteruit vechten': met meer inzet bereik je steeds minder. Er moet blijkbaar iets anders gebeuren; een meer effectiever, meer lichaamsvriendelijke aanpak zodat er een stukje herstel kan optreden. In dit verband is het interessant om na te gaan hoe we gevoelens kunnen beïnvloeden en onder controle kan krijgen, omdat pijn tenslotte ook een gevoel is.

Het is heel erg moeilijk om, als je je ergens goed bij voelt, dat niet als richtlijn van handelen te nemen maar om dan juist je grenzen, je basisniveau in de gaten te houden en daarnaar te handelen. Het is dus belangrijk om niet de vraag te stellen waar voel ik mij goed bij maar waar wil ik mij goed bij voelen?

Je moet een evenwicht vinden tussen wat je graag wilt en wat er, gezien je pijn, mogelijk is. Wat je wilt en wat je kan, moeten opnieuw op elkaar afgestemd worden. Je kan het gerust vergelijken met een sporter. Om tot een bepaalde prestatie te komen zal deze een goed overwogen trainingsprogramma volgen en zijn levensstijl daaraan voor een stuk ondergeschikt aan maken.

Als anderen niets meer voor je kunnen doen is het belangrijk de verantwoording weer naar jezelf te halen. Om zo je eigen therapeut te worden en op je eigen manier, in je eigen tempo de pijn aan te pakken. Je eigen therapeut zijn betekent dat je zelf de verantwoording naar je toe haalt. Het vraagt dus een stukje zorg voor jezelf, zodat jij een programma krijgt waarin herstel mogelijk is. Je moet heel bewust naar je eigen lichaam luisteren en de rooibouw of de angstige inactiviteit vervangen door rustige opbouw van de fysieke en mentale belastbaarheid. Zorgen voor een herstel van de harmonie tussen draagkracht en draaglast. Uiteindelijk moet je als pijnpatiënt komen tot een eigen basisniveau dat uit een dagprogramma bestaat met net zoveel activiteiten dat de pijn en de vermoeidheid niet de overhand kan krijgen.

Pijn heeft naast een medisch aspect ook, een psychologische en een sociale component. Daarom is het zo belangrijk dat bij de behandeling van pijnpatiënten deze drie elementen aandacht krijgen. Dat er dus gewerkt wordt aan je lichaam. Niet te hard maar lekker plezierig, zodat je wel weer leeft en beweegt. En dat er gelijktijdig in je omgeving support losgemaakt wordt zodat je mensen achter je krijgt, bij wie je je kwetsbaar mag opstellen en die je samen met jou je probleem willen aanpakken.

(Bron: Winter, F. (2000) *De pijn de baas*. Soest: Ruitenberg Boek.

(Bron: 't Lichtpuntje, vereniging van en voor chronische pijnpatiënten. *Je pijn de baas*.

<http://www.tlichtpuntje.be/>. (28 april 2008)

5. *PMT bij chronische pijn*

5.1 *Wat houdt PMT bij chronische pijn in?*

Als de ICF gebruikt wordt voor het indiceren van PMT voor mensen met chronische pijn, zullen die items gekozen moeten worden die aansluiten bij de te behandelen hulpvragen met PMT. Er wordt hierbij uitgegaan van de definitie van PMT dat het een behandelvorm is voor mensen met psychische en/ of psychosociale problematiek door middel van interventies die gericht zijn op lichaamservaring en/ of het handelen in bewegingssituaties. Door het aanbieden van lichaamservaringen en bewegingssituaties heeft de PMT een experiëntieel karakter gericht op veranderingen in en integratie van gedrag, cognitie en emoties. De ICF classificatie PMT voor mensen met chronische pijn (zie bijlage 1) toont per domein welke factoren van belang zijn voor het stellen van een indicatie, het formuleren van behandoelen en het vervolgens opstellen van een behandelplan.

Domein A Functiestoornissen

Op het stoornisniveau van de ICF is er voor PMT geen indicatie voor stoornissen van de anatomische eigenschappen. PMT richt zich immers niet op het verhelpen van deze aandoeningen. Wel richt de PMT zich op het niveau van functies. Met name door langdurige stress, passend bij het vermijden van pijn en/ of het maar doorgaan ondanks de pijn, zijn functies uit evenwicht geraakt. De ontstane functiestoornissen kunnen bij aanhoudende pijn op zichzelf komen te staan en vervolgens onderhoudende factoren voor de pijn zijn geworden.

Domein B Beperkingen en mogelijkheden in activiteiten

Voor PMT is het van cruciaal belang zich te hebben op beperkingen en mogelijkheden van het ondernemen van activiteiten. PMT grijpt immers aan bij beweging en lichamelijkeheid. Zicht op beperkingen en ook mogelijkheden is noodzakelijk om bij de persoon te kunnen aansluiten met bewegings- en lichaamsgeoriënteerde ervaringsvormen. De PMT'er gebruikt deze activiteiten om de cliënt ervaringen op te laten doen die ver-, her- en erkennend zijn voor zijn psychosociale problematiek.

Domein C Participatieproblemen en –mogelijkheden

Hier wordt beschreven waar de cliënt in participeert, zowel in zijn privéleven als de revalidatieomgeving. De participatiegebieden geven richting aan de transfer van nieuwe ervaringen. Het moet duidelijk zijn of worden welke veranderingen de cliënt wil nastreven. Om te participeren is het belangrijk te classificeren hoe de cliënt verbaal en non-verbaal communiceert en met wie. Hierdoor kunnen bepaalde gedragspatronen duidelijk worden ten aanzien van specifieke personen of situaties.

Domein D Externe factoren (ondersteunend en belemmerend)

De externe factoren geven een beeld van de realiteit rond de cliënt. De classificatie van deze factoren geeft een beeld van de mogelijkheden en beperkingen voor het kunnen gebruiken van nieuwe ervaringen buiten de therapie.

Domein E Persoonlijke factoren (ondersteunend en belemmerend)

Deze factoren geven zicht op de socialisatie van de cliënt en op zijn relatief vaststaande persoonlijke aspecten. Classificeringen op dit gebied geven een beeld van de cliënt als persoon en zorgen ervoor dat de hulpverlener de cliënt en zijn gedrag beter kan begrijpen. Voor PMT is specifiek van belang wat de cliënt heeft ervaren op het gebied van sport en bewegen en wat hij eventueel nog steeds doet op dit gebied. Het geeft de PMT'er handvatten om wel of niet aan te sluiten bij deze ervaringen.

De eigenheid van de PMT wordt ontleend aan de combinatie van de volgende factoren:

- Hulpverlening gericht op psychosociale problematiek
- Aangrijpingspunten zijn bewegen en lichamelijkeheid

- Experiëntele (ervaringsgerichte) therapievorm
- Verbaliseren n.a.v. de concrete lichamelijke ervaringen
- Het methodisch inzetten van de therapeutische relatie als therapeutisch instrument

Om duidelijk te krijgen waar de PMT zich concreet op gaat richten bij chronische pijn, worden vier probleemgebieden onderscheiden. Deze zijn afgeleid van de PMT classificatie-items bij chronische pijn in de ICF-domeinen activiteiten en participatie. Hier worden immers de aangrijpingspunten voor de relationele lichaamsbeleving en het interactionele bewegen beschreven. Deze probleemgebieden zijn voor de behandeling met PMT te vertalen naar vier aandachtsgebieden voor PMT. Het zijn de volgende:

- Ondernemen van activiteiten
- Spanning en stress
- Lichaamsbeleving
- Interactie en communicatie

Voor elk van de gebieden kunnen behandeldoelen opgesteld worden. De doelstellingen zullen afgestemd moeten worden op andere disciplines om overlap te voorkomen. Per aandachtsgebied zijn opeenvolgende fasen te onderscheiden in termen van thema's die een relatie hebben met de genoemde ICF-items. Per cliënt kan gekeken worden of hier doelen op geformuleerd kunnen worden en worden vervolgens passende activiteiten aangeboden.

Naar de cliënt toe dient een PMT'er empathisch te kunnen zijn wat betreft het waarnemen van pijn. Tegelijkertijd moet hij in staat zijn om met een zekere distantie in te gaan op pijn cognities en moet hij inadequaat pijngedrag kunnen begrenzen. Transparant zijn, inadequate copingsmechanismen en overdracht en tegenoverdracht kunnen herkennen is van belang. Evenals een non-directieve houding en activiteiten aanbieden op een zodanige manier dat gedrag niet normatief als 'goed' of 'fout' gelabeld kan worden.

(Bron: Bosscher, B en Meijden, H. van der. *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.)

5.2 Wat zijn de eventuele mogelijkheden op het Roessingh

Zoals ik al eerder heb aangegeven, wordt er op de afdeling Bewegingsagogie van het Roessingh weinig met PMT gedaan.

Wel zijn er twee fysiotherapeuten die PMT geven. Zij hebben beide de VO-PMT gedaan.

Omdat ik het wat vreemd vond dat zij wel PMT gaven, maar wij als BPT'ers niet, ben ik me hier verder in gaan verdiepen.

Ik heb de beide desbetreffende fysiotherapeuten benaderd en daarnaast gesproken met een bewegingsagoog van de afdeling bewegingsagogie die een paar jaar geleden heeft geprobeerd PMT op te zetten op de afdeling.

De ene fysiotherapeut, Joosje, werkt als PMT'er voor de volwassendivisie en als fysiotherapeut voor team 1a (dwarslaesie en MS). Ze heeft aangegeven geen vaste uren verdeling te hebben, maar op vraag en aanbod te werken qua fysiotherapie en PMT. Gemiddeld geeft ze acht uur PMT per week. Soms loopt dit op tot twaalf uur, soms is het minder dan acht uur.

De indicatie voor PMT is onafhankelijk van medische indicatie, maar wordt geïndiceerd op basis van verloop of stagnatie van het revalidatieproces.

De reacties zijn over het algemeen positief, zowel van revalidanten als collega behandelaars. Hierbij moet wel gezegd worden dat niet alle artsen wat met PMT hebben en zodoende ook duidelijk minder/ niet verwijzen.

Joosje heeft de VO-PMT kunnen doen met een studiecontract van het Roessingh. Dit hield in dat financieel gezien 75% werd vergoed en 100% tijd.

Ze geeft aan dat het implementeren van PMT op de volwassen divisie veel tijd en energie heeft gekost. Ze moest aan de hand van praten en demo's de PMT behoorlijk motiveren en verdedigen, omdat het toch een vrij onbekend gebied was/is. De resultaten uit het verleden waren niet al te hoopgevend (voorgangers die de studie niet hadden afgemaakt of snel waren vertrokken). Kortom PMT had nog geen gezicht in de volwassendivisie en men was behoorlijk sceptisch met betrekking tot kosten, investering qua tijd en noodzaak.

De andere fysiotherapeut neemt de pijn divisie voor haar rekening. Dat is dus vooral het stukje waar ik in verband met mijn scriptie in geïnteresseerd ben. Helaas heb ik nog geen informatie van haar kunnen ontvangen. Dit hoop ik alsnog te krijgen.

Aan het gesprekje met Tom, bewegingsagoog, heb ik veel gehad. Ik heb daarbij informatie gekregen waar ik eigenlijk niks van wist.

Hij vertelde dat de afdeling bewegingsagogie wel degelijk PMT heeft. Een nieuwe collega van ons heeft hiervoor tijd in haar rooster gekregen om het aan de kant van de kinderrevalidatie op te zetten.

Zelf heeft Tom na zijn opleiding aan de VO vijf uren gekregen als opstart, met de mogelijkheid op uitbreiding indien het succesvol zou zijn.

Hij geeft aan veel te hebben moeten 'leuren' om verwijzingen te krijgen en dat hij voor een groot deel afhankelijk was van collega's die tijdens een PB/ochtendoverleg een mogelijke PMT-indicatie zouden moeten onderkennen. Enkele teams vonden het prima, mits Tom zelf alle PB's, visites en ochtendoverleggen zou kunnen bijwonen. Gezien zijn rooster kon hij aan die eis niet voldoen. Daarbij komt nog dat hij in die tijd ook voor 50% is gaan werken voor een andere stichting binnen het Roessingh.

Tom geeft aan dat in die tijd de waarde van PMT wel als positief en bijdragend is gewaardeerd.

Om te realiseren dat er toch iets van PMT kwam is Joosje de opleiding gaan volgen. De andere fysiotherapeute heeft jaren geleden op eigen initiatief en kosten de opleiding gedaan.

Als vaste therapeute van een team kan je er voor een groot deel bovenop zitten en verwijzen naar jezelf (als discipline).

Tom zegt dat hij dit zelf wat verwarrend vindt in de rolvervulling naar de revalidant toe. Kom je nu voor fysiotherapie en is diegene je fysiotherapeut of ben je nu bij PMT?

Kortom het is niet zo dat PMT geen kans van slagen heeft op de afdeling bewegingsagogie, zoals ik in eerste instantie dacht.

Er zijn wel degelijk mogelijkheden, het ligt er alleen aan hoe je hier als therapeut zelf en als team mee omgaat. Je zult er echt voor moeten vechten.

Ik ben nog erg benieuwd naar het stukje PMT voor chronische pijnpatiënten. Daar wil ik mijn tenslotte op richten en heb ik mij in mijn scriptie op gericht.

Ik hoop hier dan binnenkort ook nog antwoord op te krijgen. (Hopelijk voordat ik mijn referaat houd).

6. *Conclusie met de beantwoording van de probleemstelling.*

In deze scriptie heb ik geprobeerd antwoord te vinden op de vraag:

Hoe is de bewegingsagogische behandeling bij chronische pijnpatiënten op het Roessingh en wat zou PMT kunnen betekenen?

Het eerste gedeelte hoe de bewegingsagogische behandeling is, heb ik zelf kunnen ervaren bij mijn eindstage op het Roessingh.

Samengevat zou je kunnen zeggen dat het hierbij gaat om een cognitief-gedragsmatige aanpak, gebaseerd op het biopsychosociaal model, waarbij de revalidant leert om zijn/ haar capaciteiten te hervatten.

Voor het tweede gedeelte van mijn probleemstelling, wat PMT zou kunnen betekenen, heb ik mij verdiept in wat PMT bij chronische pijn is en hoe je dit vorm zou kunnen geven. Ik ben hierbij uitgegaan van het ICF model, omdat dit op het Roessingh het model is waarmee wordt gewerkt en het zo gemakkelijker toepasbaar zou zijn in de praktijk.

Ik ging er in eerste instantie van uit dat PMT niet echt te realiseren zou zijn op de afdeling bewegingsagogie. Dit komt omdat ik in mijn eindstage te horen kreeg dat onze afdeling niet over PMT'ers beschikte en er alleen twee fysiotherapeuten op het Roessingh PMT gaven. Nu ik mij hier wat meer in verdiept heb, zie ik wel degelijk mogelijkheden. Het is nog steeds een vrij onbekend terrein, maar als je jezelf hier hard voor maakt, kun je in mijn ogen zeker wat bereiken en opzetten qua PMT.

Ik ben nog erg benieuwd naar de reactie van de andere fysiotherapeute, omdat zij PMT geeft aan de pijndivisie.

Ik hoop deze informatie te krijgen voor de tweede inleverdatum, zodat ik dit nog kan verwerken in mijn scriptie.

Zelf ga ik vanaf 1 juli aan het werk op het Roessingh. Helaas niet binnen de pijndivisie. Hopelijk liggen hier in de toekomst nog mogelijkheden voor mij als bewegingsagoog én als psychomotorisch therapeut!

Literatuurlijst

Boeken

- Bosscher, B en Meijden, H. van der. *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.
- Winter, F. (2000) *De pijn de baas*. Soest: Ruitenberg Boek.

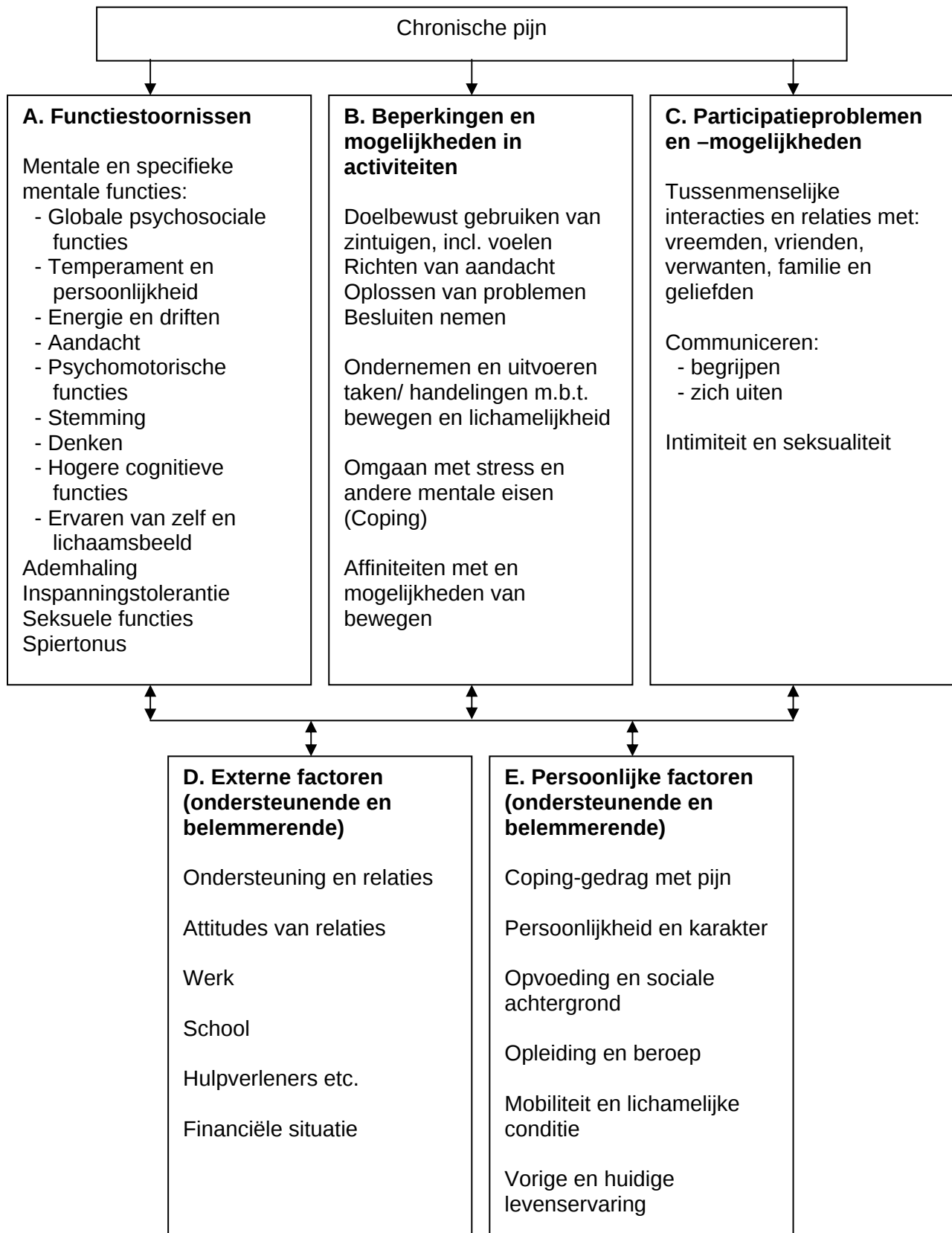
Artikel

- Sietsma, L.W. (2001). Kader voor diagnostiek: een aanzet. *Diagnostiek, indicatie en behandeling*, G041, pp. 4-8. Verbeeten, S en Knegtering, H, interne publicatie BPT/Calo, Zwolle)
- Protocol pijnrevalidatie van het Roessingh

Internet:

- www.roessingh.nl
- Kleijn, M.W. de, Napel, H. ten, Heerkens, Y.F., Ravensberg, C.D. van en Stallinga, G. *Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. RIVM.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:PT0MyxuJrPkJ:www.rivm.nl/who-fic/in/ICFwebuitgave.pdf+RIVM,+ICF&hl=nl&ct=clnk&cd=2&gl=nl>. (26 april 2008)
- 't Lichtpuntje, vereniging van en voor chronische pijnpatiënten. *Je pijn de baas*.
<http://www.tlichtpuntje.be/>. (28 april 2008)

Bijlage 1 ICF classificatie-items in relatie tot indicatie, doelen en behandelplan voor PMT



Bron: Bosscher, B en Meijden, H. van der. *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.