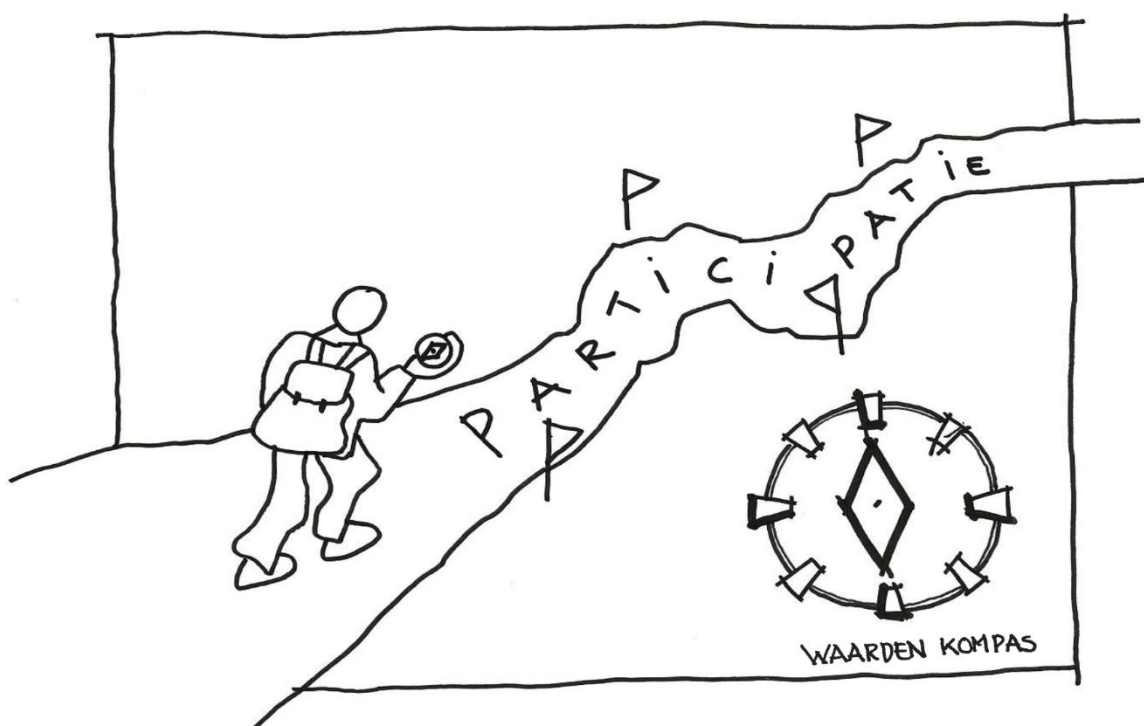


Handreiking Ergotherapie bij Chronische Pijn

Versie 1.0 november 2025



ergotherapie
nederland

Colofon ©2025

©2024 Ergotherapie Nederland

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750

3528 BB Utrecht

T 030-262 83 56

E en@ergotherapie.nl

W www.ergotherapie.nl

Onder redactie van

Van Melick, Margot

Kieboom, Inge

De Haan, Patrick

Schaap, Justy

Vink – van Klooster, Linda

Van de Ven - Stevens Lucelle

Bij verwijzing in de literatuur; van Melick, M., Kieboom, I., de Haan, P., Schaap, Justy.,(2025)
Handreiking Ergotherapie bij Chronische Pijn. Ergotherapie Nederland Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Na verkregen schriftelijke toestemming mogen teksten uit deze uitgave worden overgenomen, verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming voor gebruik van teksten kunt u uitsluitend schriftelijk of per e-mail vragen bij Ergotherapie Nederland.

Doel document

Het doel van dit document is het bieden van een handreiking voor ergotherapeuten die in hun behandeling (gaan) werken met patiënten met chronisch pijn. Doel is ergotherapeuten zoveel mogelijk te kunnen ondersteunen in de dagelijkse behandelpraktijk. De informatie is bruikbaar in de eerste en tweede lijn. De kern is dat er samen met de patiënt een traject doorlopen wordt, gericht op het (weer naar wens) kunnen functioneren in dagelijkse activiteiten en de rollen die de patiënt vervult. Een tweede doel beoogt het zichtbaar maken van de waardevolle rol van ergotherapeuten binnen de populatie mensen met Chronische Pijnklachten. Het document is waar mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en is daarnaast practice based.

Totstandkoming

In de periode 2017-2019 hebben de leden van overleggroep chronisch pijn van Ergotherapie Nederland acties ondernomen met als doel te komen tot een richtlijn Ergotherapie en Chronische Pijn. De werkgroep ergotherapie en Chronische Pijn, bestond al vele jaren en heeft de 'Fundamenten Ergotherapie en Chronische Pijn' (Landelijke werkgroep 'ergotherapie en Chronische Pijn', 2015) geschreven. Ergotherapie Nederland heeft de suggestie gedaan om volgend op dat document, de ergotherapeutische interventies bij chronisch pijn te gaan beschrijven. De overleggroep heeft dit onder de vlag van Ergotherapie Nederland opgepakt.

In de periode 2017-2019 is samengewerkt met studenten die onderzoek hebben gedaan naar de visie en werkwijze van ergotherapeuten werkzaam voor mensen met Chronische Pijn. Doel was om een evidence based basis te leggen voor de richtlijn. Dit bleek in de praktijk echter een te arbeids- en tijdsintensief traject. Daarom is gekozen om een handreiking te schrijven die gebaseerd is op de ervaringen van de werkgroep leden en zoveel mogelijk is onderbouwd met literatuurbronnen. De eerste versie van deze handreiking is becommentarieerd door een aantal deskundigen. Dit waren zowel ergotherapeuten als andere professionals gespecialiseerd in Chronische Pijn. De feedback van hen is verwerkt tot de huidige handreiking die nu voor u ligt.

Leeswijzer

- Hoofdstuk 1 beschrijft algemene informatie over Chronische Pijn en revalidatie. Hierin komen onder andere aan bod: Definitie, prevalentie en ontstaan van Chronische Pijn, patiëntenpopulatie, bio psychosociale benadering en gedragstherapie. Ook is er aandacht voor de organisatie van de zorg rondom Chronische Pijn zoals deze op dit moment georganiseerd is in Nederland.
- Hoofdstuk 2 beschrijft de belangrijke ergotherapeutische uitgangspunten behorende bij de behandeling van Chronische Pijn. Aan bod komen visie op belasting belastbaarheid en ergonomie, veel voorkomende handelingspatronen bij patiënten met Chronische Pijn, benaderingswijzen en grenzen aan de behandeling.
- In hoofdstuk 3 komt het inventariseren, analyseren en evalueren aan bod. Beschreven worden methoden en (meet)instrumenten die ingezet kunnen worden om de patiënt met Chronische Pijn in kaart te brengen. Deze zijn onderverdeeld in participatie, activiteiten, functies, persoonlijke factoren en omgeving. Samen met het verhaal van de patiënt geven de uitkomsten van de methoden en (meet) instrumenten voldoende informatie om tot een probleemanalyse en kernprobleem te komen.
- In hoofdstuk 4 wordt de brug tussen de inventarisatie en de behandeling beschreven: pijneducatie en het belang van samen beslissen.
- In hoofdstuk 5 worden de interventies beschreven waarover in de overleggroep consensus is. Bij elk behandellement zijn doel, beschrijving en tips voor in de praktijk beschreven. De interventies zijn onderverdeeld in algemene en specifiek ergotherapeutische interventies.

Inhoud

Colofon ©2025	2
Doel document	3
Totstandkoming	3
Hoofdstuk 1 Chronische Pijn en revalidatie	9
Beschrijving van de 4 niveaus:	10
WPN-niveau 1	10
WPN-niveau 2	10
WPN-niveau 3	10
WPN-niveau 4	10
1.4.1 Associatieve leerprocessen	11
Operante conditionering	11
Klassieke conditionering	12
1.4.2 De invloed van psychosociale factoren	12
1.4.3 Centrale Sensitisatie	13
1.5.1 Biopsychosociale benadering	13
1.5.2 Gedragstherapie	14
Producten	15
Netwerk Pijnrevalidatie Nederland	16
Sterke-kanten-benadering	24
Motivational Interviewing (MI)	24
Hoofdstuk 3 Inventariseren, analyseren en evalueren	26
User-P: USER-Participatie	27
PRO-Ergo: Patient Reported Outcome voor Ergotherapie	27
VAR-2: Vragenlijst Arbeid Re-integratie	27
COPM: Canadian Occupational Performance Measure	27
ACS: De Activity Card Sort	28
De Activiteitenweger	28
OBQ: Occupational Balance Questionnaire	28
PRPP: Perceive Recall Plan Perform	28
ISI: Insomnia Severity Index	29
3.3.1. Pijn	29
VAS: Visual Analogue Scale	29

NRS: Numeric Rating Scale	29
CSI: Central Sensitization Inventory	29
3.4.1. Zelfmanagement	30
SeMaS: Selfmanagement Screening.....	30
3.4.2. Angst.....	30
PHODA Photographic Series of Daily Activities	30
PCS: Pain Catastrophizing Scale.....	30
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.....	31
3.4.3. Psychologische flexibiliteit	31
PIPS: Psychological Inflexibility in Pain Scale.....	31
FIT-60: Flexibiliteits Index Test	31
3.4.4. Persoonlijke waarden	32
ELS: Engaged Living Scale	32
VLQ-2: Valued Living Questionnaire.....	32
CSI: Caregiver Strain Index	32
Hoofdstuk 4 Pijneducatie en samen beslissen	37
Hoofdstuk 5 Interventies.....	41
Beschrijving	42
Doel	42
Graded Activity	42
Theoretische achtergrond	42
Methode.....	42
Theoretische achtergrond	46
Waarden:.....	47
Methode.....	48
Do's en Dont's	48
Beschrijving	49
Doelen	49
Doel ergotherapie bij pijneducatie.....	49
Theoretische achtergrond	50
Methode.....	50
Do's en dont's.....	50
Beschrijving	51

Doelen	51
Theoretische achtergrond	51
Methode	52
Do's:	52
Dont's:	53
Beschrijving	53
Doel	53
Theoretische achtergrond	53
Methode	53
Do's & Dont's	54
Beschrijving	54
Doel	54
Theoretische achtergrond	55
Methode	55
Do's en Don'ts	55
Beschrijving	56
Doel	56
Theoretische achtergrond	56
Methode	57
Do's en Don'ts	57
Beschrijving	57
Doelen	57
Theoretische achtergrond	58
Methode	58
Do's en dont's	59
Beschrijving	59
Doel	59
Theoretische achtergrond	59
Methode	60
Do's en dont's	61
Beschrijving	61
Doel	62
Theoretische achtergrond	62

Methode.....	62
Do's en dont's.....	62
Beschrijving	63
Doel	63
Theoretische achtergrond	63
Kenmerken van hoog-intensief:	64
Kenmerken van laag-intensief:.....	64
Methode.....	64
Do's en dont's.....	65
Meegewerkt aan de handreiking	71
Externe feedbackronde	71
Bijlage 1: Scholing.....	72
Bijlage 2 Educatie middelen	74

Hoofdstuk 1 Chronische Pijn en revalidatie

Een op de vijf mensen heeft Chronische Pijn. In Nederland lijden meer dan 3 miljoen mensen in meer of mindere mate aan Chronische Pijn. Chronische Pijn is een persisterend, multifactorieel gezondheidsprobleem met een grote impact op het functioneren van de mens. (Zorgstandaard Chronische Pijn (2017). et kan leiden tot vermindering van kwaliteit van leven, beperkingen in functioneren, stemmingsproblemen, verminderde eetlust, slechte slaap, afhankelijkheid van medicatie en zorg, verminderde arbeidsprestaties, sociale isolatie en zelfs tot een kortere levensverwachting. Sinds 2019 heeft WHO Chronische Pijn als aparte ziekte-entiteit opgenomen in de 'International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11)', de internationale classificatielijst van ziekten.

1.1 Definitie Chronische Pijn

In deze handreiking gaan we uit van de definitie, zoals deze in 2019 is opgesteld door de International Association for the Study of Pain (IASP). Deze definitie komt grotendeels overeen met die van het ICD-11 (2020):

Pijn wordt gedefinieerd als een onaangename sensorische en emotionele ervaring geassocieerd met, of lijkend geassocieerd te zijn met, actuele of potentiële weefselschade. Chronische Pijn is pijn die langer dan drie maanden aanhoudt of terugkomt en is multifactorieel: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan het pijnsyndroom.

De IASP heeft deze definitie aangevuld met een aantal opmerkingen die gezien kunnen worden als fundamenteel in de behandeling van Chronische Pijn. De overleggroep heeft deze als volgt vertaald:

- Pijn is altijd een persoonlijke ervaring en wordt in wisselende mate beïnvloed door biologische, psychosociale en sociale factoren.
- Pijn en nociceptie zijn verschillende verschijnselen. Pijn kan niet exclusief verklaard worden door activiteit van sensorische neuronen.
- Mensen leren het concept van pijn door de ervaringen die zij opdoen in hun leven.
- Wanneer een persoon aangeeft dat hij pijn heeft, dient dit gerespecteerd te worden.
- Alhoewel pijn op korte termijn wellicht leidt tot positief adaptief gedrag, kan het op lange termijn negatieve effecten op het functioneren hebben (op het sociaal en psychologisch welbevinden).
- Verbale weergave is slechts één van de vele gedragsvormen om pijn te uiten; het onvermogen om te communiceren betekent niet dat een mens of dier geen pijn ervaart.

1.2 Complexiteit en niveaus van pijn

De pijnervaring is een complexe respons die voortkomt uit het samenspel van onderling afhankelijke neurologische, endocriene, immunologische en psychologische subsystemen (Chapman 2008). De complexiteit wordt bepaald door het aantal en de ernst van de negatieve gevolgen op fysiek, psychologisch en sociaal gebied. Sinds 1997 worden in de pijnrevalidatie in Nederland de WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland) coderingen gebruikt om de complexiteit van het pijnprobleem aan te duiden. Het is een classificatiesysteem van vier niveaus. De WPN-niveaus geven richting aan de keuze voor een behandeltraject en de inhoud van een behandelprogramma, waarbij er met name bij

de niveaus 3 en 4 een indicatie kan zijn voor medisch specialistische revalidatie, vooral ook wanneer in lagere lijnen geen verbetering van functioneren kan worden bereikt.

Beschrijving van de 4 niveaus:

WPN-niveau 1

Patiënten met pijn en (dreigende) beperking in activiteiten zonder invloed op participatie, geen of minimale psychosociale problematiek. Deze patiënten kunnen bij een vraag om behandeling behandeld worden in de eerste lijn en daarbij worden begeleid door de huisarts.

WPN-niveau 2

Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie, zonder of met minimale psychosociale problematiek. Patiënten met problematiek op WPN-2 niveau worden behandeld in de eerste lijn, al of niet met begeleiding van de revalidatiearts. Bij voorkeur wordt de behandeling uitgevoerd door paramedici zoals een fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut, die specifiek zijn geschoold in het begeleiden van patiënten met Chronische Pijn.

WPN-niveau 3

Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie. Er is sprake van onderhoudende psychosociale factoren met een matige tot ernstige impact op het niveau van functioneren. Specialistische revalidatiezorg is nodig (poliklinisch) waarbij specifieke deskundigheidseisen aan het behandelteam worden gesteld.

WPN-niveau 4

Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie. Er is sprake van onderhoudende psychosociale factoren met een zeer ernstige impact op het niveau van functioneren. Specialistische revalidatiezorg is nodig waarbij specifieke deskundigheidseisen aan het behandelteam worden gesteld. Behandeling zal onder beschreven voorwaarden klinisch plaats dienen te vinden.

1.3 Patiëntenpopulatie

Binnen de groep patiënten met Chronische Pijnklachten kunnen diverse diagnoses onderscheiden worden. Zonder volledigheid te betrachten, kunnen de volgende diagnoses onderscheiden worden:

- Chronische lage rugpijn, CLBP (Chronic Low Back Pain)
- Laat whiplash syndroom, WAD (Whiplash Associated Disorders)
- Fibromyalgie
- Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (CRPS1)
- Chronische arm-, nek- en schouderpijn, CANS (Complaints of Arm, Neck and/or Shoulder)
- Chronisch bekkenpijn syndroom, CPPS (Chronic Pelvic Pain Syndrome)
- Chronisch wijdverspreide pijn, CWP (Chronic Widespread Pain)
- Aanhoudende Lichamelijke Klachten, ALK

Hoewel binnen de medische wereld de diagnose nog steeds een belangrijk vertrekpunt van behandeling en administratieve indelingen zijn, gaat het binnen de ergotherapeutische behandeling van patiënten met Chronische Pijnklachten altijd om het verhaal achter de diagnose, de gevolgen hiervan voor het leven, om de mens 'achter het etiket'. De diagnose kan helpend zijn in het zoeken naar een benadering of interventie voor een specifieke patiënt, maar deze kan nooit ééndimensionaal voorschrijvend of sturend zijn. Het zal altijd gezien moeten worden in het licht van de individuele geschiedenis en de huidige situatie van een patiënt.

1.4 Ontstaan en voortbestaan van Chronische Pijn

Pijn hoort bij het leven. Het kan zelfs gevaarlijk zijn als men geen pijn zou voelen. Pijn is namelijk een signaal dat ons waarschuwt bij (dreigende) schade aan ons lichaam. Hierdoor reageren we snel en nemen maatregelen zodat ons lichaam op tijd kan herstellen. Meestal gaat pijn vanzelf weer over. De bij de verwerking van nociceptieve input betrokken hersengebieden coderen en interpreteren de binnenkomende signalen en beslissen uiteindelijk of er al dan niet een pijnervaring plaatsvindt. Of men pijn ervaart, zal onder meer afhangen van hoe belangrijk de hersenen het signaal op dat moment vinden. Bij acute pijn is meestal een directe relatie tussen weefselschade en pijn als alarmsignaal. Bij Chronische Pijn is deze relatie minder sterk. Pijn verliest dan vaak de belangrijke beschermende functie. De pijn wordt een stoorzender.

1.4.1 Associatieve leerprocessen

Bij het ontstaan van Chronische Pijn spelen 2 associatieve leerprocessen een belangrijke rol:

Operante conditionering

Operante conditionering is een actieve leervorm, waarbij een verband wordt geleerd tussen eigen gedrag en effect. De kans op bepaald gedrag wordt in een bepaalde context vergroot of verkleind door de daaropvolgende bekrachtigende gebeurtenis of prikkel, in de vorm van een beloning of een straf. Operante conditionering is begonnen met het werk van Fordyce (1976). Hij benadrukte vooral het uitwendige, zichtbare gedrag. Wanneer het gevolg van bepaald gedrag positief is, neemt het gedrag waarschijnlijk toe. Deze bekrachtigers vergroten dus de kans op herhaling van het gedrag. Bekrachtigers kunnen zowel positief zijn (iets krijgen wat gewenst is) als negatief (iets niet krijgen dat ongewenst is). Het krijgen van aandacht bij pijn is een positieve bekrachtiger, het wegnemen van pijn is een negatieve bekrachtiger. Het vermijden of stoppen van iets dat gevreesd wordt, zoals pijn, heeft een belonend effect. Een belangrijk principe bij operante conditionering is generalisatie. Aangeleerd pijngedrag wordt vertaald naar situaties die een gelijkenis hebben met de oorspronkelijke situatie. Tevens wordt er een groot belang gehecht aan de omgeving bij het in stand houden van pijngedrag. Graded Activity is gebaseerd op operante conditionering. (Zie hoofdstuk 4, interventie 'Graded Activity'.)

Klassieke conditionering

Klassieke conditionering betreft het leren van een associatie tussen twee stimuli. Als gevolg van deze associatie kan de betekenis van één van beide stimuli veranderen met mogelijk een verandering in het gedrag van het individu tot gevolg (Vlaeyen et al. 2012). Wanneer een voorheen neutrale stimulus (bijvoorbeeld het buigen van de rug bij tillen) wordt geassocieerd met een negatieve ervaring (pijn; signaal voor schade) krijgt deze neutrale stimulus de mogelijkheid om zelf een angstige reactie op te roepen (Lissek et al. 2005). Dit is de geconditioneerde respons. Deze conditionering kan pathologisch worden wanneer de angstige reactiviteit voor een neutrale stimulus aanhoudt in afwezigheid van de koppeling aan de negatieve ervaring. Alleen de gedachte aan het buigen van de rug veroorzaakt al de vrees. Dit wordt dan pijn gerelateerde angst genoemd en veroorzaakt vermijdingsgedrag. Het is de kern van het vrees vermijdingsmodel (Lethem et al. 1983; Vlaeyen et al. 2012). Angst voor pijn kan zich ontwikkelen door een associatie met negatieve gevolgen. Deze associatie kan ontstaan door eigen ervaring maar ook door observatie bij anderen of op basis van informatie/instructie van anderen zoals artsen of therapeuten. Patiënten kunnen tevens angst ontwikkelen voor activiteiten die ze waardevol vinden en deze activiteiten dan niet meer uitvoeren. Dit kan weer aanleiding zijn tot (versterking van) deconditionering en sensitisatie. Een hoge mate van catastroferen en hypervigilantie zijn vaak aanwezig bij patiënten met aan pijn gerelateerde angst. Exposure in vivo is een geschikt aangrijpingspunt voor behandeling. (Zie hoofdstuk 'Exposure in vivo'.)

1.4.2 De invloed van psychosociale factoren

De invloed van emoties, cognities, aandacht en andere psychosociale factoren spelen een grote rol in de overgang van acute naar Chronische Pijn en bij het in stand houden van Chronische Pijn. Algemeen wordt aangenomen dat stress, angst, catastroferen, trauma en depressieve stemming een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van Chronische Pijn (Leeuw et al. 2007). Deze factoren kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen en sociale isolatie (Gatchel et al. 2014). Het stress-systeem, bestaande uit het sympathische zenuwstelsel en de hypothalamische-hypofysaire-adrenocorticale as (HPA-as), is een onderdeel van het pijnverwerkend systeem en is betrokken bij de reactie op stressoren (vlucht- of vechtgedrag).

Er kan een aantal factoren benoemd worden die de kans op Chronische Pijn verhogen en/of het herstel van Chronische Pijn belemmert:

- Het onbehandeld laten van acute pijn en het niet in acht nemen van normale principes van herstel bij acute pijn (tijdelijk rustiger aandoen, geleidelijk activiteiten oppakken).
- Niet oppakken of vermijden van lichamelijke of sociale activiteiten.
- Comorbiditeit met pijn elders in het lichaam.
- Chronische stress, zoals (dreigend) verlies van werk, financiële zorgen, problemen in gezin of relatie.
- Psychiatrische comorbiditeit, zoals angststoornis, depressie, posttraumatische stress.
- Dysfunctionele cognities en catastroferen (doemdenken).
- Een puur somatisch verklaringsmodel van de pijn hanteren (door patiënt of hulpverlener).
- Inadequate steun, onbegrip of juist overbezorgdheid in directe omgeving.

- Keuringsprocedures met eventueel negatieve financiële consequenties en juridische procedures met mogelijk positieve consequenties, zoals schadevergoeding.

1.4.3 Centrale Sensitisatie

Er bestaan verschillende definities van centrale sensitisatie. Overeenkomstig kenmerk is de toegenomen gevoeligheid van het centrale zenuwstelsel voor pijnprikkels. Er zijn vele meetinstrumenten om (de mate van) centrale sensitisatie te meten, bijvoorbeeld de *Central Sensitisation Inventory* (CSI). Zie voor uitwerking hoofdstuk klinimetrie.

Centrale sensitisatie kan uit zichzelf ontstaan, of geïnitieerd of onderhouden worden vanuit perifere sensitisatie die bij acute pijn optreedt. Het wordt beïnvloed door exciterende neuronale processen, die ervoor zorgen dat pijnsignalen makkelijker worden doorgegeven. Deze processen worden op hun beurt beïnvloed door lichamelijke, psychische en sociale factoren. Stress en angst bijvoorbeeld zorgen voor minder inhibitie terwijl geruststelling en afleiding het tegenovergestelde effect hebben (NHG standaard). Er vinden uiteindelijk structurele en functionele veranderingen plaats in het centrale zenuwstelsel (neuroplastische aanpassingen). Er is sprake van veranderde connectiviteit tussen hersengebieden, die ervoor zorgt dat de aanwezigheid, intensiteit en duur van pijnbeleving gedeeltelijk of zelfs volledig losgekoppeld wordt van de aanwezigheid, intensiteit, of duur van schadelijke perifere stimuli (Latremoliere en Woolf 2009)

Wanneer sensitisatieprocessen te sterk aanwezig blijven, of inhibitie van pijnsignalen onvoldoende blijkt, dan kan dat aanleiding geven tot het chronisch worden van pijn. Er blijken structurele veranderingen plaats te vinden binnen het centrale zenuwstelsel zoals afname van grijze massa en verandering in de concentraties neurotransmitters. Hierdoor wordt de pijn als het ware verankerd. Bij Chronische Pijn is er een aantoonbaar toegenomen activatie van de, bij pijn, betrokken hersengebieden. Ook zullen bij Chronische Pijn extra hersengebieden geactiveerd worden.

1.5 Chronische Pijn revalidatie

In de Chronische Pijnrevalidatie worden de biopsychosociale benadering en gedragstherapie beschouwd als de basis van de behandeling.

1.5.1 Biopsychosociale benadering

Chronische Pijn is multifactorieel: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan Chronische Pijn. De wederzijdse en dynamische interacties tussen deze factoren maken Chronische Pijn tot een complex fenomeen. (ICD-11)

Gegeven de complexiteit van de pijnrespons en de overgang naar chroniciteit is het van belang dat pijn wordt beschreven en behandeld op basis van het biopsychosociale model. (Standaard Nederlands Huisartsen Genootschap)

Het ontstaan, het verloop en de beleving van Chronische Pijn worden beïnvloed door omgeving, cognities, emoties, verwachtingen, fysieke gesteldheid en gedrag. Andersom beïnvloedt Chronische Pijn het psychologisch welzijn en de sociale relaties. Cognitieve, emotionele, gedragsmatige en contextuele factoren moeten in kaart gebracht worden om aangrijpingspunten voor behandeling te kunnen identificeren. Vooral een eenzijdig biomedische benadering van pijnklachten door de zorgprofessional draagt bij aan het in stand houden van de pijn. Dit leidt op korte of lange termijn tot

meer beperkingen (bijvoorbeeld het vermijden van activiteiten) en tot een nadelige beleving van de pijn (bijvoorbeeld het overschatten van ernst en invloed van pijn en het catastroferen. Het is daarom van belang dat een zorgprofessional die patiënten met Chronische Pijn behandelt het biopsychosociale model onderschrijft (Zorgstandaard Chronische Pijn (2017)).

1.5.2 Gedragstherapie

Binnen de behandeling van Chronische Pijn maken vele behandelaars gebruik van gedragstherapeutische principes. In de loop der jaren heeft er een ontwikkeling plaatsgevonden binnen de gedragstherapie die in de literatuur gedefinieerd wordt als eerste, tweede en derde generatie gedragstherapie.

1. De eerste generatie gedragstherapie betreft *de klassieke gedragstherapie*, uitgevoerd volgens de principes van de leertheorieën, de operante en klassiek conditionering. Graded Activity is hiervan een voorbeeld.
2. De tweede generatie gedragstherapie wordt *de cognitieve gedragstherapie* genoemd, gericht op het veranderen van de inhoud van irrationele of niet-werkzame gedachten (cognities). Het uitgangspunt van de cognitieve therapie is dat emoties en gedrag veranderd kunnen worden door het veranderen van onderliggende gedachten. Exposure in vivo is hiervan een voorbeeld.
3. De derde generatie gedragstherapie is een meer *aandachts- en acceptatiegerichte gedragstherapie* waarbij de relaties tussen gedrag, cognities, emoties en sensaties worden onderzocht. Er wordt niet geprobeerd om cognities te veranderen, zoals het omzetten van negatieve gedachten naar positieve gedachten, maar de relatie tussen deze elementen. Het is gebaseerd op de *relational frame theory*, een leertheorie waarin het leren door middel van taal centraal staat. Omdat mensen aangeboren verbale vermogens hebben, reageren zij op gedachten alsof deze de werkelijkheid letterlijk weergeven. Er worden verbanden gelegd tussen stimuli en woorden of symbolen waardoor een netwerk van associaties ontstaat (*relational frames*). Pijnsensaties bij patiënten met Chronische Pijn zijn onderdeel van deze frames en worden vaak en eenvoudig geactiveerd. Hierdoor is pijn uiteindelijk niet te vermijden. (Heuts & Kleen, 2015; Schreurs, 2018). Hardnekkige pogingen tot vermindering van de klachten hebben een averechts effect omdat daarmee de netwerken van alle associaties met negatieve sensaties blijven bestaan. Als negatieve gevoelens, gedachten en sensaties onderdeel uitmaken van *relational frames* en niet te vermijden zijn, dan zullen ze wel aanvaard moeten worden. En als iemand dat kan, kan hij/zij nieuwe koppelingen toevoegen, namelijk de aandacht verplaatsen naar de zaken die het leven de moeite waard maken. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) is hierop gebaseerd. Zie hoofdstuk 'ACT'.

De beschrijving van de generaties gedragstherapieën laat een ontwikkeling zien. In de praktijk worden de therapievormen behorende bij de verschillende generaties aanvullend aan elkaar gebruikt. Hieraan dient echter een weloverwogen proces door de zorgprofessionals vooraf te gaan. Behandelvormen moeten zijn afgestemd op de hulpvraag van de patiënt en op de grootste in standhoudende factor in het verlies van functioneren. Tegelijkertijd gebruik maken van verschillende generaties cognitieve gedragstherapie kan verwarrend werken voor therapeut en patiënt, en zo behandel-effect minimaliseren.

1.6 Organisatie van zorg

De zorg rondom patiënten met Chronische Pijn kenmerkt zich de laatste jaren door een grote behoefte aan samenwerking tussen betrokken instanties in de keten zoals verschillende behandelcentra, patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen en ziektekostenverzekeraars. Ook is er in toenemende mate sprake van professionele netwerkvorming op regionaal niveau. Belangrijkste drijfveer voor deze samenwerking en netwerkvorming is verbetering van de zorg en beheersbaarheid van de zorgkosten. Uit deze samenwerking is een aantal producten ontstaan. Hieronder zijn de belangrijkste producten en samenwerkingsverbanden op een rij gezet.

Producten

Zorgstandaard Chronische Pijn (2017))*

In Nederland is voor en door behandelaars en patiënten met Chronische Pijn een document opgesteld waarin beschreven staat hoe behandelaars en patiënten het beste kunnen samenwerken: De Zorgstandaard Chronische Pijn (2017). (<https://pijnalliantieinnederland.nl/voor-professionals/zorgstandaard-chronische-pijn2/>)

Het voornaamste doel van deze Zorgstandaard Chronische Pijn is het bevorderen van optimale zorg voor mensen met Chronische Pijn. De 'Zorgstandaard Chronische Pijn' beschrijft, vanuit het perspectief van een patiënt, waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het is een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar en patiënt.

Het doel van de Zorgstandaard Chronische Pijn is om een bijdrage te leveren aan:

- Tijdige herkenning van patiënten met (dreigende) Chronische Pijn.
- Een gelijkwaardige samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional.
- Optimale inrichting en uitvoering van preventie van, en zorg voor, mensen met Chronische Pijn.

De inhoud van de Zorgstandaard Chronische Pijn heeft betrekking op de gehele zorgketen en is gebaseerd op de huidige inzichten en actuele richtlijnen. Het principe van stepped care (getrapte zorg) wordt als uitgangspunt gehanteerd. Stepped care is het aanbieden van de meest passende en meest effectieve behandeling op grond van: de ernst van de klachten, de mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving, zijn wensen, behoeften en sociale steun, zijn ervaringen met eerdere behandelingen en het effect van deze behandelingen.

Stepped care start met de minst intensieve vorm van adequate behandeling en zet indien nodig steeds een stap verder (Bower 2005). Het instapniveau wordt bepaald aan de hand van de benodigde zorgzwaarte. Stappen terugzetten is ook mogelijk wanneer de geboden zorg te zwaar blijkt voor een patiënt. Het besluit hiertoe wordt in onderling overleg genomen. De stepped care benadering van Chronische Pijn volgt de volgende stappen:

- Stap 1: preventie en zelfzorg.
- Stap 2: monodisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn.
- Stap 3: multidisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de eerste lijn in samenwerking met de tweede lijn.
- Stap 4: interdisciplinaire diagnostiek, pijneducatie en behandeling in de tweede of derde lijn.

Leidraad Organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met Chronische Pijn*

In februari 2020 heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut, na advies van de Kwaliteitsraad, de Zorgstandaard Chronische Pijn opgenomen in het openbaar Register. Als gevolg hiervan is gestart met een implementatieagenda voor een multidisciplinaire leidraad. Deze multidisciplinaire leidraad is sinds 2022 in ontwikkeling. De leidraad geeft (concretere) aanbevelingen over hoe de organisatie en werkwijze van zorg voor patiënten met Chronische Pijn er uit zou moeten zien en bestaat uit 3 modules:

1. Organisatie van de Chronische Pijnzorg.
2. Versterking van de eerste lijn.
3. (De-)escalatie criteria (criteria voor op- en afschaling van zorg).

Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie*

Deze richtlijn, die in 2024 is uitgekomen, is bedoeld voor patiënten en alle zorgverleners die direct of indirect met de zorg in de tweede lijn rondom patiënten met chronische of aanhoudende musculoskeletale pijn te maken hebben. Deze richtlijn is ontwikkeld door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg rondom patiënten met Chronische Pijn.

1.6.2. Samenwerkingen

Netwerk Pijnrevalidatie Nederland

Ter bevordering van de kennis en afstemming op het gebied van Chronische Pijn zijn in 1994 vier academische ziekenhuizen en revalidatiecentra (Groningen, Nijmegen, Rotterdam, Enschede en Maastricht) aangewezen om te fungeren als Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn (Staatscourant 2004). Deze vijf centra beschikten destijds over een ontwikkel- en innovatiefunctie voor pijnrevalidatie. Ze waren bekend onder de naam Ontwikkel- en Innovatiecentra Pijnrevalidatie (OPR). In 2022 is het samenwerkingsverband hernieuwd en verstevigd, resulterend in het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN). Dit netwerk is een nieuw samenwerkingsverband van een aantal toonaangevende aanbieders van medisch specialistische revalidatie voor patiënten met hoge(re) mate van complexiteit van Chronische Pijn. De vier initiatiefnemers zijn: Adelante Zorggroep, Rijndam Revalidatie, Roessingh Centrum voor Revalidatie en UMCG – Centrum voor Revalidatie. Binnen de NPN werken zij samen met enkele collega-instellingen waardoor een brede geografische spreiding over Nederland ontstaat. Doel van NPN is om door samenwerking op het vlak van wetenschappelijk onderzoek, het delen van informatie en kennis te komen tot continue verbetering en standaardisering van behandelprogramma's van de aangesloten partners. Ook wordt gestreefd naar consensus in de gehanteerde terminologie en in het proces van behandeling dat de patiënt doorloopt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in intakefase, screeningsfase, behandelfase en nazorgfase.

NPN werkt samen met patiëntenverenigingen, aanbieders van pijnrevalidatie in de eerste en tweede lijn, verwijzers en zorgverzekeraars. NPN deelt zijn expertise om pijnrevalidatie te blijven verbeteren. Daarnaast werkt NPN aan het ontwikkelen van regionale zorgketens voor pijnrevalidatie. Deze zorgketens bieden patiënten een hoge kwaliteit van goed afgestemde zorg, zo dichtbij huis als mogelijk en zo specialistisch als noodzakelijk. Verwijzers worden geholpen met tools voor het stellen

van de juiste diagnose, transparantie en inzicht in verwijsmogelijkheden, consulten en bij- en nascholing.

PA!N Pijn Alliantie in Nederland

De Pijn Alliantie in Nederland (PA!N) is ontstaan vanuit de *Dutch Pain Society* en opgericht op 1 april 2017. PA!N is een samenwerkingsverband tussen 15 verenigingen en organisaties in Nederland die zich op welke manier dan ook met pijn en pijnbehandelingen bezighouden.

De Pijn Alliantie in Nederland (PA!N) heeft als doelen om in Nederland de prevalentie van Chronische Pijn te verminderen en de behandeling van mensen met Chronische Pijn te optimaliseren.

De Pijn Alliantie in Nederland wil de zware last van pijn voor individuele pijnpatiënten en voor de maatschappij terugdringen door het bevorderen van een integrale benadering van Chronische Pijn of het risico daarop, in een multi- of interdisciplinaire opzet. Daarbij hoort een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden waarin de patiënt centraal staat, met gebruikmaking van eigentijdse kennis en aanpak ten aanzien van de preventie, de diagnostiek en de behandeling van pijn en de gevolgen daarvan. Vanuit dit gedeelde doel spant de PA!N zich in voor een betere positionering van het thema pijn en zijn gevolgen in Nederland. Daarbij is de PA!N de spreekbuis naar de overheid, politiek, media en verzekeringswereld. Door interdisciplinaire samenwerking van patiënten en zorgprofessionals wint de PA!N aan invloed op verbetering van de pijnzorg, die bovendien is gestoeld op brede ervaringskennis.

Patiëntenverenigingen

Er is een aantal patiëntenverenigingen en informatieplatforms voor patiënten met Chronische Pijn, deze bieden o.a. informatie, steun, cursussen en ervaringsverhalen.

De belangrijkste zijn; Pijn Patiënten naar een Stem (een samenwerkingsverband van 15 patiëntenorganisaties), Stichting Pijn Hoop en Stichting Emovere.

IASP

De International Association on the Study of Pain (IASP) is de toonaangevende mondiale organisatie die de studie en praktijk van pijn en pijnverlichting ondersteunt. IASP brengt wetenschappers, artsen, zorgverleners en beleidsmakers van over de hele wereld samen bij het nastreven van hun missie: verlichting bieden aan degenen die pijn lijden.

De IASP ondersteunt onderzoek, onderwijs, klinische behandeling en betere patiëntresultaten voor alle pijnandoeningen. IASP is een toonaangevende mondiale autoriteit op het gebied van pijn en is de grootste multidisciplinaire vereniging op het gebied van pijn. Met meer dan 6.000 leden uit meer dan 125 landen, bevordert IASP de uitwisseling van ideeën en onderwijs om de studie met betrekking tot pijn te stimuleren en te ondersteunen en deze kennis te vertalen in verbeterde pijnverlichting wereldwijd.

Hoofdstuk 2 Chronische Pijn en ergotherapie

2.1 Ergotherapeutische uitgangspunten voor behandeling

Er is een aantal basisuitgangspunten voor ergotherapeuten die met patiënten met Chronische Pijnklachten (willen gaan) werken. De landelijke werkgroep Ergotherapie en Chronische Pijn, waaruit de huidige overleggroep Chronische Pijn EN is voortgekomen, heeft in 2015 ‘de fundamentele ergotherapeutische behandeling bij Chronische Pijn- en vermoeidheidsklachten’ opgesteld. Deze fundamentele bieden houvast voor de behandeling. Zij komen in meer of mindere mate bij alle hierna genoemde interventies aan de orde. Het zijn voor een deel uitgangspunten die ook door andere disciplines gehanteerd kunnen worden. Hieronder staan de belangrijkste fundamentele volgens de overleggroep.

Ieder gedrag heeft in essentie een ‘positieve’ intentie.

Een patiënt vertoont specifiek gedrag op basis van wat hij op dat moment voor mogelijkheden heeft en/of het meest haalbaar/wenselijk acht.

De patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen veranderproces.

In de behandeling wordt een sterk appèl gedaan op de zelfwerkzaamheid van de patiënt. Hij is verantwoordelijk voor zijn eigen probleem. De behandelaar faciliteert, structureert en sluit aan bij het veranderproces, zodat de patiënt eigen keuzes kan maken.

De behandeling grijpt aan op de gevolgen/de last van de pijn in het dagelijks leven en niet op de pijn zelf.

De pijn zelf wordt niet als uitgangspunt van de behandeling genomen. De pijn wordt met een zekere mildheid benaderd, die eerder gericht is op het gehele lichaam met al zijn mogelijke signalen, waaronder ook de pijn.

Het handelen is het vertrekpunt van behandeling.

Het handelen geeft betekenis aan het leven en is een persoonlijke ervaring. Het is het resultaat van de dynamische interactie van de mens, de activiteit en de context. Het handelen tijdens activiteiten is een middel tot gedragsverandering. Het handelen op zich kan echter ook doel van behandeling zijn. Gesprekken over het handelen zijn hierbij ondersteunend.

De mens is in principe bereid tot ervaren, zowel lichfelijk als mentaal.

In de behandeling worden personen uitgedaagd om te ervaren (door uitvoer van activiteiten). Het daadwerkelijk opdoen van handelingservaringen in het moment is een krachtig ergotherapeutisch middel om te komen tot bewustwording en/of verandering.

Gedragsverandering ontstaat met /begint door anders te doen.

Succesvol handelen en anders dóen leidt (op termijn) tot verandering in voelen en denken.

In de behandeling wordt getracht mensen (weer) contact te laten maken met plezierige en/of betekenisvolle ervaringen

Regelmatig activiteiten doen, die betekenisvol en waardevol zijn, en ervaren in een vertrouwde context geeft een ‘herstellend effect’. Zo snel als de behandelontwikkeling het toelaat dienen de (mogelijk gedoofde) passies opgespoord te worden en een plaats te krijgen in iemands dagelijks leven.

2.2 Visie op ergonomie

Van oudsher worden ‘ergonomische principes’, ofwel ergonomie, gebruikt binnen de ergotherapeutische behandeling van mensen met Chronische Pijnklachten. In de reguliere ergotherapiepraktijk wordt hiermee doorgaans bedoeld op het innemen en uitvoeren van adequate houdingen en bewegingen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. In de literatuur wordt ergonomie gezien als wetenschap, die zich vooral richt op het aanpassen van de omgeving aan de mens. Volgens het Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid is ergonomie de wetenschap die zich richt op het afstemmen van hulpmiddelen en omstandigheden op de eigenschappen van de mens waardoor mensen optimaal kunnen functioneren. De meest genoemde toepassingen hiervan zijn te vinden in de werksituatie. De interventie ‘ergonomie’ is niet opgenomen in deze handreiking. Het aanpassen van de omgeving is geen aangrijpingspunt binnen de behandeling van mensen met Chronische Pijnklachten. Het aangrijpingspunt is de patiënt zelf; vanuit eigen regie wordt gewerkt aan gedragsverandering om self-efficacy en waardegericht handelen te vergroten. Het specifiek richten op adequate houdingen en bewegingen is geen bewezen interventie bij de behandeling van Chronische Pijn. Hoewel het bij andere doelgroepen of in specifieke contexten helpend kan zijn om bewustwording te creëren ten aanzien van belastende houdingen en bewegingen, heeft het uitvoeren van activiteiten volgens voorschrijvende ergonomische regels bij mensen met Chronische Pijn juist een negatief effect op het handelen van de patiënt. Uitgaande van het vreesvermijdingsmodel vraagt het opvolgen van deze ergonomische regels een voortdurende aandacht waarmee er ook veel aandacht gaat naar (het voorkomen of verminderen van) de pijn. Deze hypervigilantie kan het vrees vermijgend gedrag van de patiënt versterken (zie vreesvermijdingsmodel paragraaf 2.4). Bezien vanuit Acceptance and Commitment Therapy zou het strikt vasthouden aan ergonomische principes tot versterking van regelgeleid gedrag en toename van inflexibiliteit in het handelen kunnen leiden (zie ACT paragraaf 5.3). Hiermee zou ergonomie in zichzelf een onderhoudende factor in het pijnprobleem kunnen worden. Bij mensen met langdurige Chronische Pijnklachten die vastgelopen zijn in het leven, zijn een belastende beweging of een niet-ergonomische houding zelden onderdeel van het kernprobleem en zullen zij dus ook geen specifieke aangrijpingspunten in de behandeling zijn. Wel zal ‘het aandacht hebben en zorgdragen voor het lichaam’ op diverse wijzen in verschillende andere interventies terug te vinden zijn.

2.3 Visie op belasting belastbaarheid

Hoewel binnen de ergotherapeutische behandeling van Chronische Pijn ‘belasting-belastbaarheid’ een bekend en veelgebruikte begrip is, is het als separate term of interventie niet terug te vinden in de Nederlandse literatuur. Slechts in ‘De pijn-toolkit’ van de patiëntenvereniging ‘Pijnpatientennaar1stem’ wordt de interventie belasting-belastbaarheid genoemd. Hierin worden met name adviezen gegeven gericht op het leren doseren van activiteiten. In de praktijk wordt door ergotherapeuten echter een veel breder scala aan aangrijpingspunten gebruikt.

“Pacing” is ook een begrip dat binnen de context van belasting-belastbaarheid benoemd moet worden. Het komt niet voor in Nederlandse standaarden m.b.t. Chronische Pijn zoals de Zorgstandaard Chronische Pijn (2017) en het Behandelkader Chronische Pijn. Wel is pacing een veel besproken interventie in de buitenlandse literatuur bij de behandeling van Chronische Pijn, ook binnen de ergotherapie. Er worden vele verschillende definities gehanteerd (Jamieson-Lega et al. 2013). De nadruk ligt hierbij hoofdzakelijk op het opdelen van activiteiten in taken, het spreiden van activiteiten over de dag of week en het afwisselen van activiteiten. Hier ligt echter vooral symptoomgericht werken aan ten grondslag (luisteren naar de pijn), wat niet-helpende vermijding in de hand kan werken. Er is weinig bekend over de effectiviteit van pacing.

De samenvoeging van de separate termen belasting en belastbaarheid tot het begrip belasting-belastbaarheid heeft geleid tot een containerbegrip dat geen recht doet aan de interventies die door ergotherapeuten worden gebruikt. Het wordt ook veelvuldig door verwijzers gebruikt, maar geeft weinig richting over de uit te voeren interventie(s). Bovendien heeft het, zoals hiervoor beschreven, een te grote associatie met het vermijden van activiteiten en pijncontingent handelen.

In de ergotherapeutische behandeling wordt getracht om een juiste balans te vinden tussen de belasting (wat men doet) en de belastbaarheid (wat men aan kan). Dit kan door op beide aspecten in te spelen. Dus zowel door het optimaliseren van de belasting als door het opbouwen van de belastbaarheid en hier bovendien op een flexibele wijze mee om te gaan. De ergotherapeutische inhoud achter de term belasting-belastbaarheid kan dan beschreven worden door drie hieronder te noemen afzonderlijke, maar samenhangende interventies:

1. Balans in activiteiten
2. Opbouw van activiteitsniveau
3. Flexibiliteit in activiteiten uitvoer

Aangezien deze handreiking bedoeld is om ergotherapeuten meer handvaten voor de invulling van de behandeling voor mensen met Chronische Pijn te geven en de term belasting-belastbaarheid hiertoe geen inhoudelijke meerwaarde heeft, heeft de overleggroep besloten om de term belasting-belastbaarheid verder niet te gebruiken in deze handreiking. De drie hierboven genoemde interventies, die samengevoegd kunnen worden tot het acroniem BOF (Balans, Opbouw, Flexibiliteit) worden beschreven in de paragrafen 5.10-5.12.

2.4 Veel voorkomende handelingspatronen

Patiënten met Chronische Pijn hebben te maken met een verstoorde balans in hun dagelijkse activiteiten. Dit brengt met zich mee dat zij op een (veel) lager niveau functioneren dan vóór de pijnklachten. Hieraan ligt een inadequate coping in het omgaan met pijn, ten grondslag. Meest voorkomende inadequate coping stijlen bij patiënten met Chronische Pijn zijn:

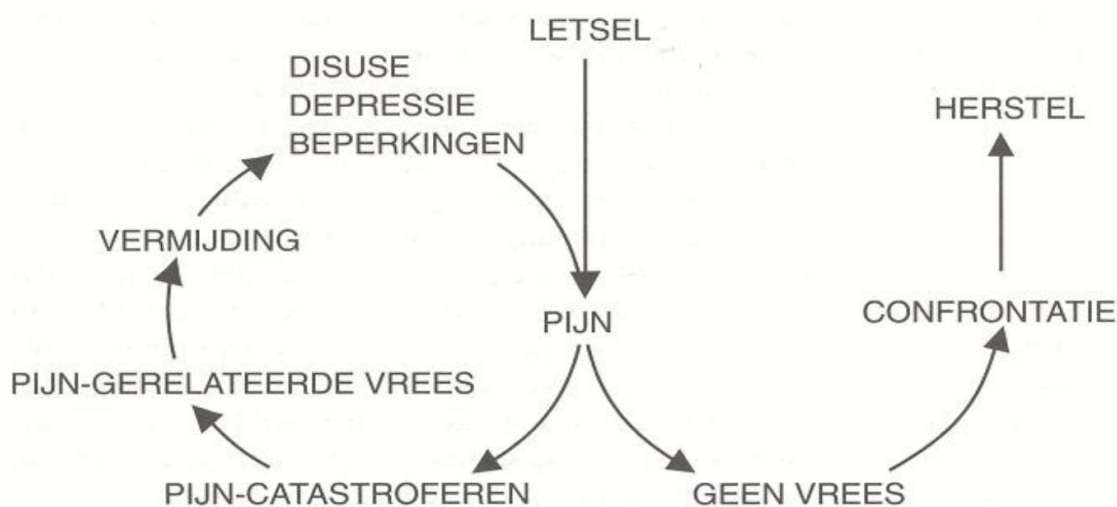
- Catastroferen met als gevolg vermijden (Vlaeyen & Linton, 2000).
- Negeren van lichaamssignalen met als gevolg doorgaan (Hasenbring et al. 2014).
- Een combinatie van beiden (Esteve et al. 2017).

Hieronder worden deze 3 coping stijlen en bijbehorende handelingspatronen met bijbehorend verklaringsmodel beschreven.

Vermijden van activiteiten en pijn

Mensen met deze coping stijl zijn sterk gericht het vermijden van pijn, het vermijden van activiteiten en/of aangepast gedrag om pijn of andere nare gevolgen te voorkomen. Dit activiteitenpatroon wordt sterk geassocieerd met een laag niveau van functioneren, pessimisme en een verhoogde pijnintensiteit (Esteve et al. 2017).

Een verklaring voor dit handelingspatroon wordt uitgelegd in het vreesvermijdingsmodel (VVM) zoals zichtbaar in figuur 1. Een pijnervaring wordt gevolgd door een catastroferende (overwaardering van de negatieve aspecten van pijn) of een adaptieve cognitie. Dit versterkt de angst met als gevolg een grotere kans op het ontwikkelen van Chronische Pijn. Wanneer iemand een plotselinge pijscheut ervaart en deze pijn neemt af na het vermijden van bewegingen of activiteiten, dan leidt deze positieve ervaring ertoe dat het vermijdingsgedrag versterkt wordt. (Vlaeyen & Linton, 2000). Dit vermijdingsgedrag leidt vervolgens tot *disuse*, toenemende depressiviteit en beperkingen in het dagelijks leven en kan leiden tot Chronische Pijnklachten.



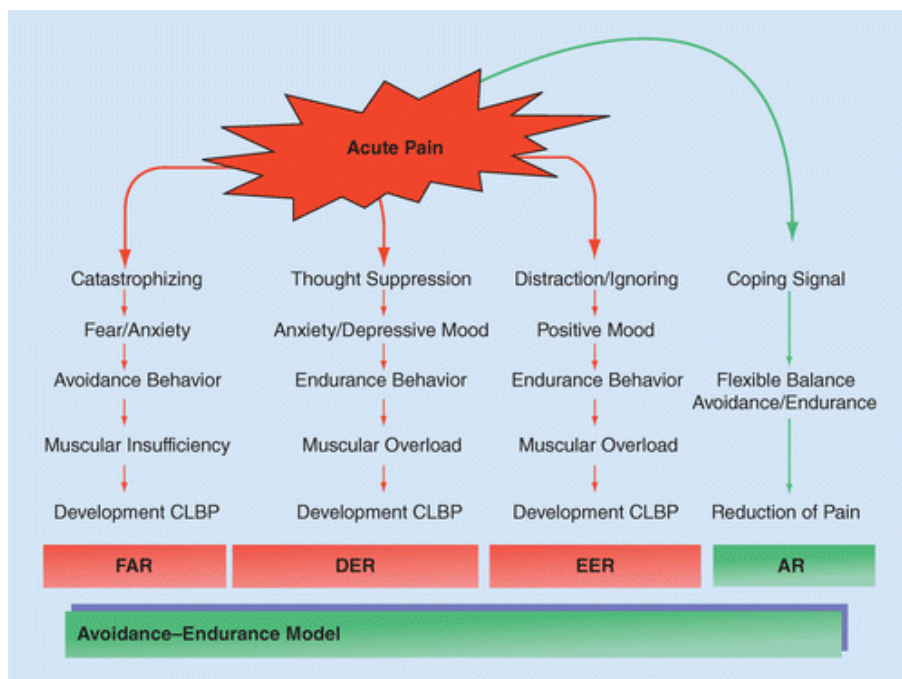
Figuur 1 Vlaeyen & Linton, 2000

Negeren/ontkennen van pijn en bijbehorende emoties

Mensen met deze coping stijl kunnen ook angstig zijn, maar het vermijden van deze groep uit zich juist in het voortdurend bezig blijven. Pijn en vertonen ook vermijdingsgedrag, echter het vermijden betreft niet het doen van activiteiten maar het negeren en het ontkennen van pijn en bijbehorende negatieve gedachten en gevoelens. Het doorgaan met activiteiten (persistance gedrag) is een manier om pijn en negatieve gedachten. Patiënten waarbij dit aan de orde is, hebben veelal een hoog niveau van functioneren. Dit in tegenstelling tot patiënten met catastroferende gedachten over schade en pijn, waarbij er zoals gesteld vaak een laag niveau van functioneren is.

Onderstaand verklarend model voor het ontstaan van Chronische Pijn (Hasenbring et al., 2014) laat de verschillen tussen deze twee coping stijlen en handelingspatronen zien.

De eerste kolom betreft handelingspatroon één (vermijden op basis van angst voor schade, disfunctioneren in de toekomst en/of toename pijn). In de tweede en derde kolom worden twee gedragingen beschreven die handelingspatroon twee betreffen (negeren/ontkennen). Er zijn mensen die de pijn en veelal angstige en bezorgde gedachten over de pijn onderdrukken. Hierbij verleggen zij hun aandacht van de pijn naar hun dagelijkse activiteiten. Zij blijven maar doorgaan in hun fysieke en sociale activiteiten waardoor er een disbalans ontstaat tussen in- en ontspannende activiteiten, met als gevolg overbelasting (Distress-endurance responders (DER)). Daarnaast is er een groep patiënten die vanuit een positieve stemming de pijn ontkent en de volledige aandacht richt op doorgaan in activiteiten (*Eustress-endurance responders (EER)*). Op korte termijn lijkt dit effectief, maar op lange termijn riskeren deze patiënten (toename van) Chronische Pijn. Beide gedragingen leiden uiteindelijk tot een ineffectieve pijncooping en een disbalans in activiteiten.



Figuur 2: Verklarend model voor het ontstaan Chronische Pijn (Hasenbring et al., 2014)

Combinatie van vermijden en doorgaan

Er is ook een groep mensen die een combinatie van vermijdingsgedrag én persistence gedrag laat zien. Meest waarschijnlijke aanname is dat dit gebeurt onder invloed van de intensiteit van de pijn. Ze hebben een laag niveau van functioneren en scoren hoog op beperkingen. (Esteve et al. 2017). Dit handelingspatroon is een patroon van pieken en dalen. Bij deze patiënten wisselen dagen met een hoog activiteitsniveau en met een laag activiteitsniveau elkaar af.

Bij het in kaart brengen van de copingstijl en het handelingspatroon van de patiënt moet rekening gehouden worden met het feit dat het beeld dat mensen van zichzelf hebben niet hoeft te stroken met de objectieve waarneming. Zo beschouwen de meeste mensen zichzelf als een overbelaster, maar wordt het eigen vermijdingsgedrag niet herkend en blijkt dat het gedrag vooral raakt aan onderbelasting. Daarbij kan het zo zijn, zoals hierboven beschreven in patroon 3, dat er binnen één persoon, op verschillende momenten in de tijd sprake is geweest van beide copingstrategieën. Het is van belang dat de juiste therapeutische interventie en attitude gekozen wordt, passend bij die persoon in zijn actuele situatie. De interventie dient gericht te zijn op datgene wat voor deze persoon helpend is en meer grip en vertrouwen geeft; op dit moment, in zijn huidige situatie, rekening houdend met zijn daadwerkelijke (belastings)patronen (Zie ook de eerdergenoemde Fundamenten).

2.5 Bekrachtigende benaderingswijzen

Als ergotherapeut kan, onafhankelijk van diagnosegroep, gebruik gemaakt worden van benaderingswijzen die ondersteunend en bekrachtigend zijn in de behandeling. Ook bij mensen met Chronische Pijn hebben deze benaderingswijzen een toegevoegde waarde. Hiermee kan de ergotherapeut de zelfwerkzaamheid van de patiënt verhogen en een therapeutische band opbouwen. Ook heeft de behandeling meer effect door het vergroten van inzicht en het uitlokken van gedragsverandering.

Onderstaande benaderingswijzen hebben enige overlap, maar hebben verschillende vertrekpunten. Oplossingsgericht werken Oplossingsgericht werken maakt gebruik van oplossingsgerichte vragen waarmee de ergotherapeut de patiënt coacht om vanuit zijn kwaliteiten te denken en te handelen. Oplossingsgerichte therapie is in de jaren tachtig ontwikkeld (Shazer, 1985) en is gaandeweg doorontwikkeld tot een oplossingsgerichte gespreksvoering. De oplossingsgerichte gespreksvoering onderscheidt zich van probleemgerichte gespreksvoering doordat de focus ligt op de mogelijkheden, (eerdere) successen en sterke kanten van een patiënt en zijn omgeving in plaats van op wat niet werkt, de onmogelijkheden en beperkingen. (Bannink, 2017). Door een oplossingsgerichte benadering kan de patiënt zelf ontdekken wat werkt en hoe hierin progressie te maken.

Oplossingsgerichte gespreksvoering is een diagnose overstijgende benadering en is geïndiceerd voor alle werksettings (Bannink, 2017).

Oplossingsgerichte gespreksvoering is zeer goed toepasbaar bij de ergotherapeutische behandeling van Chronische Pijn. In de oplossingsgerichte gespreksvoering is de samenwerkingsrelatie met de patiënt van groot belang. Oplossingsgericht werken betekent dat therapeuten aandacht hebben voor openingen in gesprekken die duiden op (mogelijke) oplossingen vanuit de patiënt. Bij het begeleiden van mensen met Chronische Pijn is de manier van benaderen/bevragen/laten nadenken over zijn eigen functioneren medebepalend voor het behandelresultaat. Oplossingsgerichte gespreksvoering of therapie is bij andere doelgroepen dan Chronische Pijn uitgebreid onderzocht. Franklin et al. (2012) toonde in een meta-analyse aan dat oplossingsgerichte therapie gelijkwaardig is aan andere

evidence-based therapieën maar minder tijd en geld kost. Onderzoek bij patiënten met Chronische Pijn toont aan dat oplossingsgericht werken mogelijk kan bijdragen aan verandering richting een meer zinvol leven (Dargan et al., 2014). Allereerst wordt de patiënt uitgenodigd zijn verhaal te vertellen en bevraagd over drijfveren en gemaakte keuzes. Het geven van adviezen vindt plaats wanneer de patiënt om adviezen vraagt of de therapeut ruimte voelt deze te geven. Oplossingsgerichte gespreksvoering is een manier omdat de patiënt kan ontdekken wat werkt en zo in stapjes progressie kan maken.

Sterke-kanten-benadering

Met de sterke-kanten-benadering wordt de patiënt gecoacht bij het herkennen van de eigen sterke kanten, het benutten hiervan bij het dagelijks handelen, het verder ontwikkelen van de sterke kanten en het maken van een persoonlijk veerkracht profiel. Sterke kanten zijn alle waarden, overtuigingen, kwaliteiten, vaardigheden, talenten, karaktereigenschappen van een persoon. Het zijn unieke en authentieke eigenschappen die iemand gebruikt zonder dat het al te veel moeite lijkt te kosten: het voelt natuurlijk om een sterke kant in te zetten. De sterke kanten benadering is onderdeel van de positieve psychologie (Hiemstra & Bohlmeijer, 2013), waarbij gecoacht wordt op sterke kanten zoals krachten en kernkwaliteiten.

De meeste ergotherapeuten zijn opgeleid in probleem-georiënteerd denken. Hiermee kan de professional antwoord geven op wat in de gegeven omstandigheden volgens de laatste evidentie de gewenste verandering zou zijn, maar de probleembenadering geeft weinig handvatten voor de betrokkene hoe die verandering te realiseren en vol te houden.

Motivational Interviewing (MI)

De kern van motivational interviewing (motiverende gespreksvoering) is dat mensen gaan inzien dat zij een (veranderbaar) probleem hebben en gemotiveerd raken om dit aan te pakken. Motivatie is afgeleid van het Latijnse werkwoord 'movere' wat vertaald kan worden met 'in beweging brengen'. Dat is ook precies wat hulpverleners met motiverende gespreksvoering proberen te bereiken. MI wordt gebruikt om de beweegredenen voor verandering in het dagelijks handelen te achterhalen (Sassen, 2016) en hen in beweging te brengen. MI respecteert en versterkt de eigen regie van de patiënt. Het zet aan tot zelfmanagement.

De eerste stap van MI is het kennen van de fasen van veranderen en het herkennen van de veranderfase waarin een patiënt zich bevindt. Het gaat om het weten-erkennen van ambivalentie in de praktijk. Door het kennen en toepassen van de basistechnieken en het herkennen van diverse vormen van verandertaal kan een aantal interventies worden toegepast om verandertaal bij de patiënt uit te lokken. Het is belangrijk om de patiënt op het juiste moment de passende informatie te geven en daarbij zijn/haar autonomie expliciet te respecteren.

Meta-analyses naar het gebruik van MI bij (chronische) aandoeningen hebben aangetoond dat MI effectief is voor het realiseren van gedragsveranderingen bij een variatie aan problemen in leefstijl en gedrag (Burke et al., 2003).

2.6 Gebruik van andere benaderingswijzen

Net als veel andere paramedische zorgverleners maken ergotherapeuten gebruik van methoden en interventies uit verschillende vakgebieden, die aansluiten bij de vraagstelling (en kenmerken) van de client. Een benadering zoals lichaamsgerichte of psychosomatische ergotherapie¹¹, waar op dit moment veel aandacht voor is, kan ondersteunend zijn in de ergotherapiebehandeling, maar vormt niet de basis van de ergotherapiebehandeling. Voor een psychosomatisch (ergo)therapeut is het wel een groot onderdeel van de behandeling. Lichaamsgericht werken is een therapeutische benadering die de verbinding tussen lichaam en geest centraal stelt om patiënten bewust te maken van hun lichamelijke, psychische en emotionele klachten. In de ergotherapie gaan we deze klachten niet behandelen, maar is de behandeling gericht op het verbeteren van het dagelijks functioneren in samenhang met deze factoren. Op moment van publicatie is de plaats van psychosomatisch werken binnen de ergotherapie nog onderwerp van gesprek. Psychosomatische ergotherapie is een benadering waarbij het lichaam centraal gesteld wordt in het bevorderen van welzijn en persoonlijke groei, om zo te werken aan het verbeteren van het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Bij psychosomatische ergotherapie speelt voelen een centrale rol bij de bewustwording van waarden, wensen, behoeftes en overtuigingen. Het ervaren en verwerken van 'het lijf' wordt gebruikt om meer bewustzijn te creëren van wat er in het lichaam gebeurt, hoe dit samenhangt met emoties en gedachten en hoe dit richting geeft aan het gedrag. Dit "voelen" gebeurt onder andere door beweging, ademhaling en aanraking. Het helpt de client bij het bewust worden, doorbreken en veranderen van handelingspatronen en waardegericht handelen. Psychosomatisch werken is gericht op het begeleiden van patiënten met multifactoriële gezondheidsproblemen. Dit is vaak het geval bij cliënten met chronische pijn, waarbij het omgaan met en mogelijk ook het in stand houden van de pijn wordt bepaald door complicerende omstandigheden zoals stress, verminderde acceptatie, niet-helpende overtuigingen of gewoontes. Door middel van lichaamsbewustwording, sensorische prikkelverwerking, arousal regulatie, beweging, ontspanning en grenshantering wordt gewerkt aan gedragsverandering en daardoor verbetering van het functioneren. Er zijn verschillende opleidingen en cursussen te volgen om hierin geschoold te raken.

2.7 Grenzen aan behandeling

De ergotherapeut dient zowel voorafgaand als tijdens de behandeling de grenzen van behandeling duidelijk in acht te nemen en aandacht te hebben voor eventuele rode vlaggen. Mogelijk zijn er acute fysieke problemen die de klachten verergeren of nieuwe klachten veroorzaken. Ook kan er sprake zijn van interfererende psychopathologische comorbiditeit of acute sociale stressoren of trauma. In alle gevallen dient contact opgenomen met de verwijzer om een goede verwijzing naar gespecialiseerde hulpverleners te initiëren (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017).

¹ Met de termen lichaamsgericht en psychosomatisch wordt dezelfde benadering bedoeld. In deze handreiking wordt de term psychosomatisch gehanteerd.

Hoofdstuk 3 Inventariseren, analyseren en evalueren

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke (meet)instrumenten een ergotherapeut kan gebruiken om bij mensen met Chronische Pijn (en hun naasten) het handelen en de ervaren problemen hierin te inventariseren, analyseren en te evalueren.

De ergotherapeut richt zich op de ervaren en geprioriteerde handelingsproblemen, de wensen van de patiënt, mogelijkheden en bereidheid tot (gedrags)verandering, de hulpbronnen en de sterke kanten van de patiënt. Daarnaast is het belangrijk inzicht te krijgen in de mate van pijn die de patiënt ervaart (pijnbeleving), de manier waarop de patiënt met zijn pijn omgaat in het dagelijks leven (pijngedrag) en welke ideeën en gedachten hij heeft over de pijn (pijncognities).

In deze handreiking staan de niet begrepen klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat centraal. Dit betekent dat er geen of slechts minimale specifieke lichamelijke beschadigingen (meer) zijn gevonden. Deze zijn echter geen verklarende oorzaak van de pijn. Doel van de diagnostische fase is dan ook te begrijpen welke factoren een rol spelen in het ontstaan en het blijven voortduren van de Chronische Pijnklachten. Hierbij kan er sprake zijn van rode en gele vlaggen:

Rode vlaggen zijn specifieke signalen die wijzen op een duidelijke oorzaak van pijn. Deze rode vlaggen kunnen duiden op (ernstige) pathologie die een andere aanpak vereist. Aanvullende diagnostiek is noodzakelijk. Dit zal in veel gevallen leiden tot uitstel van de behandeling.

Gele vlaggen zijn psychosociale factoren die kunnen wijzen op een verhoogde kans op voortbestaan of chroniciteit van pijn. Denk hierbij aan acute psychiatrische problematiek, ernstige psychopathologie, ernstige sociale problemen die niet direct samenhangen met de klachten en die prioriteit hebben, lopende juridische procedures, motivatie die uitsluitend extern is (partner, werkgever, arts verzekeraar).

Vanwege de complexiteit van Chronische Pijn wordt er in praktijk een groot en gevarieerd scala aan methoden en (meet)instrumenten ingezet, afhankelijk van de discipline, de organisatie en de persoonlijke voorkeur. De overleggroep heeft hierin afwegingen gemaakt om te komen tot een opsomming waarvan zij denkt dat deze het meest toepasbaar is bij de inventarisatie, analyse en evaluatie van het Chronische Pijnprobleem. Onderstaande aanbevelingen zijn dan ook niet volledig. Methoden en (meet)instrumenten zijn ingedeeld aan de hand van de ICF-indeling te weten participatie, activiteiten, functies, persoonlijke - en externe factoren. Beschreven methoden en (meet)instrumenten kunnen als doel hebben bij te dragen aan de diagnostiek, inventarisatie van de problemen, evaluatie van de behandeling of het meten van de effectiviteit van de behandeling, of een combinatie hiervan.

Ergotherapeuten gebruiken verschillende meetinstrumenten, maar de kern van ergotherapie ligt in het handelen. Vandaar dat het observeren van het handelen een van de belangrijkste onderdelen is van de diagnostische fase. Door te zien hoe iemand handelt en beweegt, en te vragen naar de gedachten die degene hierbij heeft, wordt inzicht verkregen in eerdergenoemde aspecten.

Binnen de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) is de Nederlandse Dataset Pijn (NDP) ontwikkeld met als doel de karakteristieken van de patiënt en zijn omgeving te inventariseren en de (effecten van) pijnbehandeling te evalueren. Ergotherapeuten werkzaam in de tweede lijn kunnen van de uitslagen van die klinimetrische instrumenten gebruik maken (zie Dataset Pijnrevalidatie paragraaf 3.6).

3.1. Participatie

User-P: USER-Participatie

User-P is een meetinstrument om het effect van poliklinische revalidatie voor volwassenen te evalueren. Met de USER-P worden enerzijds objectieve gegevens gemeten, bijvoorbeeld hoeveel uur iemand per week besteedt aan werk of huishouden. Anderzijds wordt ook naar de subjectieve beleving gevraagd, ofwel de ervaren beperking en de tevredenheid. De USER-P bestaat uit drie schalen voor respectievelijk de frequentie van participatie (Frequentieschaal), ervaren participatiebeperkingen (Beperkingenschaal) en tevredenheid met participatie (Tevredenheidschaal). Deze schalen tezamen geven een compleet beeld en kunnen tijdens een consult gebruikt worden om samen met patiënten te bespreken wat aandachtsgebieden en vraagstellingen zijn voor de revalidatie of specifiek ergotherapie.

PRO-Ergo: Patient Reported Outcome voor Ergotherapie

De PRO-Ergo is een betrouwbare en gevalideerde patiënt-gerapporteerde uitkomstmaat (PROM), specifiek ontwikkeld om de ergotherapeutische behandeling te evalueren gericht op de uitvoer van dagelijkse activiteiten, zelfmanagement en participatie (de Ven et al., 2022). Naast algemene ergotherapeutische items bevat de PRO-Ergo ook vragen over aspecten die vaak binnen de behandeling van Chronische Pijn aan bod komen zoals acceptatie en grenshantering.

VAR-2: Vragenlijst Arbeid Re-integratie

De Vragenlijst Arbeid Re-Integratie, de VAR-2, meet psychosociale risico's die een rol spelen bij langdurig verzuim. Het is een screeningsinstrument om de risicofactoren op het snijvlak van arbeid, gezondheid en welzijn in kaart te brengen om vervolgens de verzuimduur te kunnen voorspellen. In 2015 is de VAR herzien. Deze VAR-2 brengt in kaart hoe stressoren (problemen) zich verhouden tot de (sociale) steun die daartegenover staat. Daarnaast brengt de VAR-2 in kaart hoe de persoon daarmee omgaat en hoe een mogelijke disbalans in die stressoren en sociale steun leidt tot de ontwikkeling van bepaalde symptomen. Een hoge score op iedere schaal wijst op een verondersteld toenemend risico op langdurig of problematisch verzuim (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/vragenlijst-arbeid-en-re-integratie-work-and-wellbeing-inventory>).

3.2. Activiteiten

COPM: Canadian Occupational Performance Measure

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) is een meetinstrument in de vorm van een semigestructureerd interview, met als doel het in kaart te brengen van de mate waarin de patiënt problemen in het dagelijks handelen ervaart. Ook kunnen veranderingen hierin worden gemeten. De COPM is een praktisch hulpmiddel voor een patiëntgerichte benadering, doordat de (door de patiënt aangegeven en geprioriteerde) handelingsproblemen een aanzet kunnen geven voor het formuleren

van behandeldoelen. Alle dagelijkse handelingen in de gebieden zelfverzorging, productiviteit en ontspanning worden geëxploreerd.

COPM is een betrouwbaar en valide meetinstrument en studies rapporteren consequent dat de COPM responsief is voor echte veranderingen in het dagelijks handelen.

(<https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/COPM-form-1.pdf>).

ACS: De Activity Card Sort

De Activity Card Sort (ACS) is een instrument gericht op het inventariseren van het activiteitenpatroon van patiënten. De patiënt sorteert hierbij foto's waarop betekenisvolle activiteiten staan afgebeeld van dagelijkse handelingen met uitzondering van persoonlijke verzorging. De foto's kunnen zorgen voor herkenning en enthousiasme bij voor de patiënt betekenisvolle activiteiten. Ze kunnen ook worden ingezet bij patiënten met bijvoorbeeld communicatieve of cognitieve problemen. De Nederlandse versie, de ACS-NL, kan gebruikt worden voor het inventariseren van de huidige en de gewenste participatie. Dit kan behulpzaam zijn bij het bepalen van de doelen. Bij de ACS-NL worden twee leeftijdscategorieën onderscheiden: van 18 tot 65 jaar en ouderen vanaf 65 jaar. Onderzoeken naar de construct-validiteit en responsiviteit voor de versie van 18 tot 65 zijn gaande. Onderzoek toont een goede test-retest betrouwbaarheid bij mensen met een neuromusculaire aandoening (Leenders et al., 2023).

De Activiteitenweger

De Activiteitenweger is een specifieke ergotherapie interventie, ontwikkeld vanuit een behoefte aan concrete handvatten voor het in kaart brengen van de belastbaarheid, en daarmee **het leren hanteren van een gezonde balans**. De Activiteitenweger is een methode waarmee de belasting over een hele dag meetbaar gemaakt wordt met de volgende revalidatiedoelen: het vinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid, het opbouwen van de algemene belastbaarheid en het creëren van overzicht in de activiteiten die de patiënt wil gaan doen (Hulstein-van Gennep & Ten Hove-Moerdijk, 2008). Hoewel de Activiteitenweger ontwikkeld is als interventie, toont recent onderzoek aan dat er een hoge test-hertestbetrouwbaarheid is van de activiteitenweger als meetinstrument bij mensen met een neuromusculaire aandoening. (Leenders et al., 2023).

OBQ: Occupational Balance Questionnaire

De Occupational Balance Questionnaire (OBQ) gaat in op de verschillende dimensies van balans en de ervaren tevredenheid hiermee. Aan bod komen verschillende aspecten om Occupational Balance te meten; de variatie aan activiteiten, de hoeveelheid activiteiten en de betekenis van de activiteiten (Bakker et al., 2023). Onderzoek toont een hoge test-hertest betrouwbaarheid aan (Leenders et al., 2023).

PRPP: Perceive Recall Plan Perform

Het Perceive Recall Plan Perform (PRPP) is een gestandaardiseerd en ecologisch valide ergotherapeutisch instrument om problemen in de informatieverwerking te benoemen, te verklaren en te behandelen. De ergotherapeut observeert enkele dagelijkse handelingen en analyseert sterke en zwakke processen van informatieverwerking (<https://www.prpp.nl/het-prpp-systeem>). De letters

staan voor Perceive (waarnemen), Recall (herinneren), Plan (plannen) en Perform (uitvoeren). Aanname is dat patiënten met Chronische Pijn moeite hebben met het waarnemen van lichaam(signalen) en de interpretatie hiervan. Mogelijk worden op basis hiervan niet adequate keuzes in gedrag gemaakt.

ISI: Insomnia Severity Index

De Insomnia Severity Index (ISI), ook wel bekend als de slaapevaluatielijst, is een korte, gevalideerde lijst die de ernst van de slaapproblematiek in kaart brengt. De ISI bestaat uit 7 vragen. Er zijn afkapscores voor mogelijke behandeling zoals een reguliere slaapbehandeling of cognitieve gedragstherapie voor insomnia. (<https://leerslapen.nl/ondersteunend-materiaal/slaapevaluatielijst>).

3.3. Functies

3.3.1. Pijn

Pijn is eenvoudig en snel te meten met een pijnscore. Doel van het meten van pijn is een indruk te krijgen hoe de patiënt zijn pijn ervaart. Het kan ook als doel hebben de patiënt te valideren in zijn pijn. Met andere woorden hem te laten voelen dat de pijn serieus wordt genomen. Belangrijk is de boodschap dat de behandeling zich *niet* zal richten op het verminderen van de pijn. Het meten van pijn kan op verschillende manieren:

VAS: Visual Analogue Scale

De Visual Analogue Scale (VAS) is een specifieke meetschaal, bestaande uit een horizontale of een verticale lijn. De meest gebruikelijke lengte van de lijn is 10 cm. Aan de linker- of onderkant staat de minimumscore, aan de rechter- of bovenkant staat de maximumscore. De patiënt dient loodrecht op de lijn aan te strepen in welke mate hij de gevraagde sensatie beleeft. Het aantal millimeter tussen de door de patiënt aangegeven streep en de minimumscore is de score op de VAS (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/visual-analogue-scale>).

NRS: Numeric Rating Scale

Bij de Numeric Rating Scale (NRS) geeft de patiënt zonder visueel hulpmiddel aan hoe intens de pijn op dit moment is, waarbij een score van 0 staat voor 'geen pijn' en een score van 10 voor 'de ergst denkbare pijn'. Aan de linker kant staat de minimumscore, aan de rechterkant staat de maximumscore. De patiënt dient het getal te omcirkelen dat het best de ervaren ernst van zijn of haar pijn weergeeft in de afgelopen week. Naast de schriftelijke versie van de NRS wordt ook frequent gebruik gemaakt van de mondelinge versie. Deze mondelinge afname is ook telefonisch mogelijk. Bij de NRS kan alleen een geheel punt worden toegekend aan de sensatie. Om die reden is de NRS minder gevoelig om kleine veranderingen aan te tonen dan de VAS.

CSI: Central Sensitization Inventory

De Central Sensitization Inventory (CSI) meet de somatische en emotionele symptomen die vaak voorkomen bij een centraal sensitisatie syndroom (CSS). Deel A meet 25 symptomen met 5 antwoordmogelijkheden (0 tot 4). De totaalscore loopt van 0 tot 100. Deel B vraagt of patiënten al eerder zijn gediagnosticeerd ten aanzien van tien specifieke CSS-diagnoses.

3.4 Persoonlijke factoren

Het is belangrijk om persoonlijke factoren in kaart te brengen, omdat deze ook invloed hebben op het in stand houden van en/of het ontwikkelen van pijn. Hieronder lees je over een meetinstrument dat toegepast kan worden.

3.4.1. Zelfmanagement

SeMaS: Selfmanagement Screening

Het Selfmanagement Screening (*SeMaS*) toetst of een patiënt in staat is tot zelfmanagement en welke vorm ervan dan het meest geschikt is. Het is een screeningsinstrument dat bestaat uit 27 items over de volgende domeinen: belasting van de ziekte, beheersingsoriëntatie, eigen effectiviteit, sociale steun, copingstijl, angst, depressie en vaardigheden (t.a.v. computergebruik, groepsfunctioneren en zelfverzorging). De uitslag beschrijft een patiëntenprofiel. Het is gebaseerd op antwoorden van de patiënt zelf en is dus geen inschatting van de zorgverlener. Het wordt grafisch weergegeven in grotere of kleinere cirkels. Hoe groter de cirkel hoe meer de patiënt in staat zal zijn tot zelfmanagement. Het biedt aanknopingspunten voor gesprek (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/self-management-screening>).

3.4.2. Angst

Angst voor bewegen is een belangrijke voorspeller voor het ontwikkelen van Chronische Pijn (Vlaeyen et al., 2002). Om deze reden is het belangrijk aandacht te besteden aan mogelijk catastroferende gedachten van de patiënt. Drie geschikte instrumenten zijn:

PHODA Photographic Series of Daily Activities

De Photographic Series of Daily Activities (PHODA) inventariseert de dreigwaarde van dagelijkse activiteiten d.m.v. foto's waarop dagelijkse activiteiten worden uitgebeeld. Met behulp van een thermometer die oploopt tot 100 wordt geïnventariseerd welke activiteiten door de patiënt als meer of minder bedreigend worden ervaren. De foto's kunnen gebruikt worden als een gespreksmiddel om de verwachtingen in kaart te brengen die de patiënt heeft als hij de getoonde activiteiten zou uitvoeren. Vanuit de verwachtingen over pijn, schade en disfunctioneren in de toekomst kunnen irreële gedachten worden opgespoord.

PCS: Pain Catastrophizing Scale

De Pain Catastrophizing Scale (PCS) is een zelfbeoordelvragenlijst om catastroferen te onderzoeken in klinische en niet klinische populaties. Catastroferen wordt algemeen omschreven als een overdreven negatieve oriëntatie naar schadelijke stimuli en speelt een belangrijke rol in het ervaren van en de manier van omgaan met pijn. De PCS bestaat uit 13 uitspraken die een aantal gedachten en gevoelens bevatten die men kan ervaren bij het hebben van pijn. De items zijn verdeeld over de categorieën ruminatie (piekeren), magnificatie (uitvergroten) en hulpeloosheid, waarbij elk item gescoord wordt op een 5 puntsschaal (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/pain-catastrophizing-scale>). De PCS is ook opgenomen in de NDP (Paragraaf 3.6).

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

Bij een vermoeden van een verminderde stemming kan de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) worden gebruikt. Deze meet vooral de mate van angst in het algemeen en niet specifiek angst voor bewegen. Het meet kernklachten van angst en depressie zonder daarbij lichamelijke klachten te betrekken. Het is een korte vragenlijst, die gemakkelijk te gebruiken is. De schaal gaat in op gevoelens in de afgelopen vier weken en bestaat uit een angstschaal en een depressieschaal met beide 7 items. Hoe hoger een patiënt scoort des te meer klachten hij of zij ervaart. Naast het tijdsbestek van vier weken bestaat er ook een versie die ingaat op de laatste week (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/hospital-anxiety-and-depression-scale>).

3.4.3. Psychologische flexibiliteit

Psychologische flexibiliteit is een begrip uit ACT waarin het gaat om het flexibel om kunnen gaan met situaties, gedachten en gevoelens en tegelijkertijd betekenisvolle keuzes kunt maken. Hoe beter men zich volledig bewust kan zijn en zich kan op openstellen voor ervaringen, of deze nu pijnlijk zijn of niet, hoe groter de kwaliteit van leven zal zijn. Twee geschikte meetinstrumenten om psychologische flexibiliteit te meten, zijn:

PIPS: Psychological Inflexibility in Pain Scale

De Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) is een maat om de psychologische (in)flexibiliteit te meten bij mensen met Chronische Pijn. PIPS bestaat uit 16 items, onderverdeeld over de twee subschalen vermijding en cognitieve fusie. De items worden gescoord op een zeven puntschaal, oplopend van 'nooit waar' (1) tot 'altijd waar' (7). Hierbij geldt; hoe hoger de score, hoe groter de mate van psychologische inflexibiliteit. Een voorbeeldvraag: "Om te voorkomen dat ik pijn voel, doe ik niet de dingen die ik belangrijk vind. De PIPS blijkt over voldoende tot goede psychometrische eigenschappen te beschikken. Er is een hoge interne consistentie en hoge betrouwbaarheid op verschillende meetmomenten (Trompetter et al., 2014).

FIT-60: Flexibiliteits Index Test

De Flexibiliteits Index Test, de FIT-60, is een zelfrapportage-vragenlijst die zowel de psychologische flexibiliteit van een persoon, als ook zes verschillende ACT-processen (acceptatie, defusie, zelf als context, aandacht voor hier en nu, waarden en toegewijd handelen) in kaart kan brengen. De FIT-60 is goed te gebruiken als instrument waarmee de richting van een ACT-therapie kan worden bepaald en welke ACT-processen extra aandacht vereisen. Ook is het instrument goed inzetbaar om de vorderingen van een ACT-therapie of training te monitoren. De FIT-60 lijkt ook buiten de derde generatie gedragstherapie van meerwaarde te zijn als transdiagnostisch meetinstrument. Het kan namelijk ook worden gebruikt als een maat voor coping (afleiding, vermijding, piekeren) en als een maat voor kwaliteit van leven (waarden en toegewijd handelen) (<https://www.actinactie.nl/flexibiliteits-index-test-fit-60>). De FIT-60 beschikt over bemoedigende psychometrische eigenschappen (Batink et al., 2012).

3.4.4. Persoonlijke waarden

Twee meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden om persoonlijke waarden te achterhalen:

ELS: Engaged Living Scale

De Engaged Living Scale (ELS) is een instrument dat gebruikt kan worden om waarden te achterhalen en het maken van 'waardegerichte keuzes' (het ACT proces 'toegewijde actie') te kunnen meten. De ELS bestaat uit 16 items. De items worden gescoord op een vijfpuntschaal, oplopend van 'helemaal niet mee eens' (1) tot 'helemaal mee eens' (5). Hierbij geldt; hoe hoger de score, hoe meer iemand volgens zijn waardes leeft. De vragen die mensen zich hierbij stellen zijn: 'Wat wil ik van het leven?' 'Wat vind ik belangrijk en wat voor een persoon wil ik zijn?' De vragenlijst gaat over het kennen van dergelijke waarden en leven naar die waarden. Over de psychometrische eigenschappen van de ELS wordt in een studie bij patiënten met Chronische Pijn gesteld dat het een valide en betrouwbaar instrument is (Trompetter et al., 2013).

VLQ-2: Valued Living Questionnaire

De Valued Living Questionnaire (VLQ-2) is een exploratieve vragenlijst, die helpt met het helder krijgen wat belangrijk is in het leven (de waarden). Dit wordt gedaan door twaalf algemene levensgebieden te laten beoordelen op persoonlijke waarde en hoeveel tijd en energie wordt gestoken in deze gebieden (1-10). Voorbeelden van vragen zijn: Hoe belangrijk is dit levensgebied voor jou? Hoeveel tijd/energie stop jij in dit levensgebied? De psychometrische eigenschappen van de VLQ-2 zijn onderzocht en uit initiële resultaten is er steun gevonden voor de elementaire psychometrische kwaliteiten (Wilson e.a. 2010).

3.5 Sociale Omgeving: naaste(n)

Om de sociale omgeving in kaart te brengen kan dit meetinstrument gebruikt worden.

CSI: Caregiver Strain Index

De Caregiver Strain Index (CSI) brengt de belasting van zorgverlening bij de mantelzorger in kaart. Het heeft als doel snel in beeld te brengen of er sprake is van problemen bij de zorg voor een naaste. Nagegaan wordt wat de impact van het zorgen is voor werk, financiën, de fysieke, sociale en emotionele belasting en tijdsinvestering. Het geeft niet alleen de hulpverlener inzicht in de situatie van de mantelzorger, maar geeft de mantelzorger zelf ook inzicht in de (over)belasting. Het instrument meet zowel de objectieve impact van de zorgverlening (bijv. "we hebben onze plannen moeten wijzigen") als de subjectieve impact (bijv. "ik word geheel door deze situatie in beslag genomen"). Met het instrument kunnen families geïdentificeerd worden die zouden kunnen profiteren van diepgaander assessment en follow-up (meetinstrumenten.nl).

3.6 De Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie (NDP)

Ergotherapeuten die werkzaam zijn in een medisch specialistisch revalidatie (MSR) kunnen vaak gebruik maken van de Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie. Deze NDP-set is ontwikkeld vanuit de behoefte de pijnbehandeling binnen de revalidatiegeneeskunde te evalueren. De dataset is opgezet door de (voorheen) 4 samenwerkende Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR) in samenwerking met de

Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN).

Deze NDP-set brengt op 8 domeinen de ernst van het pijnprobleem en de behandelresultaten in kaart. De 8 domeinen zijn: pijn, fysiek en emotioneel functioneren, participatie, zorgconsumptie, persoonlijke hulpvraag, nadelige gevolgen en ervaren herstel en tevredenheid. De meetinstrumenten die standaard in de dataset zitten zijn om deze domeinen te evalueren zijn de CEQ, MPI-DLV, PCS, PDI, Pijnscore, PSK, RAND 36, Pijnscore.

Doordat het op verschillende momenten tijdens en na de behandeling wordt afgenomen, meet het tevens (de ontwikkeling van) het effect van de behandeling. De verkregen resultaten en inzichten kunnen gebruikt worden om pijnrevalidatieprogramma's verder te verbeteren.

Naast de vaste klinimetrie uit de vragenlijsten is het mogelijk om extra meetinstrumenten toe te voegen. Voor ergotherapeuten kan de Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK) interessant zijn. Het inventariseert eveneens problemen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en heeft in het selecteren en scoren veel weg van de COPM. De PSK kan echter afgenomen worden zonder interview. Dit kan invloed hebben op welke problemen genoemd worden. In een aantal centra is daarom bijvoorbeeld de COPM als een vast onderdeel aan de set toegevoegd.

In onderstaande tabel staan de beschikbare (meet)instrumenten die in dit hoofdstuk genoemd zijn. Ze zijn geordend met daarbij het doel, de vindplaats en de methodologische kwaliteiten. Deze instrumenten zijn hulpmiddelen om de patiënt beter te leren kennen en te begrijpen. Het uiteindelijke doel is het leren kennen (van het verhaal) van de patiënt.

3.7 Het verhaal van de patiënt

Naast bovengenoemde klinimetrie is het verhaal van de patiënt natuurlijk ook erg belangrijk.

Welke persoon was de persoon vóór de pijn en in welke mate heeft de pijn zijn leven en dat van zijn naaste betrokkenen veranderd? Hoe ziet hij zijn toekomst en welke rol speelt hij zelf daarin? Welke zingevingsvragen benoemt de patiënt?

Een narratieve benadering, vanaf de eerste ontmoeting met de patiënt, kan ergotherapeuten helpen een beter inzicht te krijgen in de ervaringen van de patiënt hoe ze met hun pijn omgaan (Satink et al., 20, Wever en Voogt, 2023). Voor mensen met Chronische Pijn kunnen ervaringsverhalen bijdragen aan (h)erkenning en een oriëntatie op hun eigen zingeving (Wever en Voogt, 2023). Naast het kennismakingsgesprek kan ook de COPM ruimte bieden voor een narratieve benadering. Naast een probleem inventariserend instrument is de COPM ook een manier om samen met patiënt een basis te creëren voor het opstellen van doelen (Eijssen et al., 2018). Het vragen naar waarden en huidige ervaren van zingeving in het uitvoeren van activiteiten mag hierbij niet ontbreken. Aan het begin van de behandeling ervaren patiënten nog chaos in hun leven. Mensen met Chronische Pijn ervaren vaak een verlies of verandering van rollen die voor hen betekenisvol zijn, bijvoorbeeld op het werk of in het gezin. Dat kan leiden tot gevoelens van hopeloosheid, kwetsbaarheid, angst en onzekerheid. Hier wordt zichtbaar dat Chronische Pijn raakt aan de zin van het bestaan: de vanzelfsprekendheid van het handelen verdwijnt (Voogt, 2009). In dit proces van zoeken vindt er ook een verandering plaats van persoonlijke waarden, overtuigingen, gevoelens en kennis, waardoor men in plaats van chaos weer een gevoel van betekenis en samenhang ervaart (Dubouloz et al., 2014). Zo worden mensen bewuster van wat belangrijk is in het leven, gaan zij dagelijkse activiteiten meer waarderen of

ontstaan nieuwe waarden. Mensen vinden bijvoorbeeld zelfzorg belangrijk of willen meer leven in het 'hier en nu' (Persson et al., 2010). Het bewust worden van persoonlijke waarden én hier ook meer naar handelen, maakt het voor mensen mogelijk om weer verder te gaan: zij ervaren betekenis en hoop voor de toekomst ondanks de pijn (Persson et al., 2010).

Voor behandelaren bieden de inzichten handvatten om zich te verplaatsen in de leefwereld van mensen met pijn (Wever en Voogt, 2023). Het samen met de patiënt zoeken en ontdekken van een nieuwe handelingswijze en bijbehorende nieuwe waarden en zingeving is de leidraad van de ergotherapeutische behandeling. Het start bij de kennismaking en loopt door het gehele behandelproces heen.

Figuur 3: Tabel met overzicht methoden en (meet)instrumenten

Afkorting	Naam	doel	Beschikbaar	Methodologische kwaliteit
User-P	Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation - Participation	Inventariserend - Evaluatief mobiliteit, zelfverzorging, communicatie, cognities, sensorische functies en pijn	https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/utrecht-scale-for-evaluation-of-rehabilitation-participation/	Valide ++ Betrouwbaar + Responsief +
Pro-ergo		Evaluatief meten ervaren resultaat van ergotherapie behandeling	https://info.ergotherapie.nl/ciots-instrumenten	betrouwbaar + validiteit + responsief ?
VAR 2	Vragenlijst Arbeid Re-integratie	Inventariseren van risicofactoren voor langdurig verzuim	Aanschaffen bij https://www.var-2.nl/prijzen/	Betrouwbaar + valide +
COPM	Canadian Occupational Performance Measure	Inventariseren, Doelbepaling en Evaluatie Gericht op door client ervaren problemen en meet verandering in uitvoering en tevredenheid	Aanschaffen bij https://www.thecopm.ca/buy/translations/	Betrouwbaar +/- Responsief ++ Valide ++
ACS	De Activity Card Sort	Inventarisatie en doelbepaling, evaluatief Inventariseert activiteitenpatroon en de veranderingen hierin	Eenmalige aanschaf bij kaartenset bij https://www.hva.nl/urban-vitality/gedeelde-content/contentgroep/meetinstrumenten-ergotherapie/acs-nl/acs-nl.html	Betrouwbaarheid + Valide ++ Responsiviteit +/-
Activiteiten weger		Inventariseren, doelbepaling, inzicht geven Meetbaar maken van belasting van alle dagelijkse activiteiten	Na scholing	Hoge test -hertest betrouwbaarheid
OBQ	Occupational Balance Questionnaire	Inventariseren, doelbepaling, inzicht geven, evalueren Meet tevredenheid met de balans in dagelijkse activiteiten	Via Radboud UMC, https://www.radboudumc.nl/getmedia/42176d27-8755-4667-b166-efae98d732a0/Activiteitenbalans-vragenlijst-(OBQ-NL)_met-scoresysteem_1.pdf	Valide + Betrouwbaar++ Responsief ? nog niet onderzocht
PRPP	Perceive Recall Plan Perform	Diagnostiek, interventie Bij cliënten waarvan het handelen beperkt is door problemen met de cognitie.	Na scholing	Valide + Betrouwbaar +/- Responsief +/-
ISI	Insomnia Severity Index	Evaluatief Zelfevaluatie van de ernst van het slaapprobleem	https://leerslapen.nl/ondersteunend-materiaal/	Betrouwbaarheid en validiteit vastgesteld

Pijn VAS	Visual Analogue Scale	Inventariserend/Evaluatief Ernst van pijn scoren op een lijn.	https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/VAS-lijn-meetinstr.pdf	Beschreven in reviews
Pijn NRS	Numeric Rating Scale	Inventariserend/Evaluatief Scoren middels cijfers van ernst van pijn in de afgelopen week.	https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/numeric-pain-rating-scale/	Beschreven in reviews
SeMaS	Selfmanagement screening	Inventariserend Toetst of cliënt in staat is tot zelfmanagement	https://www.doenenblijvend.nl/pdf/SeMaS_vragenlijst.pdf	Validiteit ++ betrouwbaarheid + responsiviteit nvt
PHODA	Photographic Series of Daily Activities	Diagnostiek, inventariserend, evaluatie Inventariseert de dreigwaarde van dagelijkse activiteiten d.m.v. foto's	?	Ja
PCS	Pain Catastrophizing Scale	Inventariseren Zelfbeoordelvragenlijst om catastroferen te onderzoeken	https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/197_3_N.pdf	Ja
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	Inventariseren Meet kernklachten van angst en depressie	https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/HADS-form.pdf	Beschreven in meerdere reviews
PIPS	Psychological Inflexibility in Pain Scale	Inventariseren	?	Valide
FIT-60	Flexibiliteits Index Test	Inventariseren Meten van flexibiliteit in omgaan met negatieve gedachten, gevoelens en ervaringen	https://www.actinactie.nl/WP/wp-content/uploads/2020/04/Flexibiliteits-Index-Test-FIT-60.pdf	stabiel, betrouwbaar en valide
ELS	Engaged Living Scale	Inventariseren In kaart brengen van waarden en toegewijd handelen	https://www.actinactie.nl/vragenlijst/index.php/91163?lang=nl	Valide en betrouwbaar
VLQ-2	Valued Living Questionnaire	Inventariseren Vragenlijst voor het exploreren van waarden	https://www.actinactie.nl/vragenlijst/index.php/32911?lang=nl	Betrouwbaar validiteit matig
CSI	Caregiver Strain Index	inventariseren/ prognostisch/ evaluatie In kaart brengen belasting van en problemen in de mantelzorg	https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/caregiver-strain-index/	Validiteit + Betrouwbaarheid + Responsiviteit +/-

Hoofdstuk 4 Pijneducatie en samen beslissen

Na het inventariseren en analyseren van de uitkomsten van de (meet)instrumenten heeft de ergotherapeut inzicht gekregen in het verhaal van de patiënt, in de pijnbeleving, de beperkingen en in de mogelijkheden en sterke kanten van de patiënt, zijn persoonlijk waarden en ook in de belangrijkste in standhoudende psychosociale factoren van de pijn en beperkingen. Mogelijk zijn er rode vlaggen gesignaleerd en is een medisch consult geïndiceerd voordat gestart kan worden met de behandeling.

Het is raadzaam aan het einde van de diagnostische fase een probleemanalyse te maken en een kernprobleem te formuleren:

- De probleemanalyse is de beschrijving van alle aanwezige (beïnvloedbare en niet beïnvloedbare) factoren en omvat de onderlinge relaties tussen de aanwezige factoren. Zoals in hoofdstuk 3 benoemd worden deze factoren omschreven met behulp van de indeling van het ICF te weten participatie, activiteiten, functies, persoonlijke en externe factoren. In de probleemanalyse is het ook belangrijk aandacht te hebben voor de sterke kanten van de patiënt.
- Het kernprobleem is een specifiek deel van de probleemanalyse en bevat de belangrijkste in standhoudende en beïnvloedbare factoren die richting geven aan de invulling van de behandeling.

De probleemanalyse en het kernprobleem worden omgezet naar een verhaal/uitleg aan de patiënt om tot een gezamenlijk inzicht in het probleem te komen en tot een besluit te komen om wel of niet te starten met behandeling.

Niet alleen de ergotherapeut maar ook de patiënt heeft tijdens dit proces van inventariseren indrukken en mogelijk nieuwe inzichten opgedaan. De vele vragen(lijsten) brengen vaak bij de patiënt een denkproces op gang dat uitnodigt tot reflecteren op hun gedrag en omgaan met de pijn tot nu toe.

Het samen delen van deze informatie in een op maat gemaakte pijneducatie is een essentieel onderdeel van de behandeling bij een patiënt met Chronische Pijn. De behandeling bij Chronische Pijn bestaat immers uit een gedragsverandering waarbij de patiënt gevraagd wordt de biomedische bril te verwisselen voor een biopsychosociale bril, of de bereidheid dit te willen proberen.

4.1 Pijneducatie

Er zijn twee vormen van pijneducatie te onderscheiden: pijneducatie in engere zin en pijneducatie in bredere zin. Pijneducatie in engere zin betreft vooral het verwerven van kennis door de patiënt over pijn, het lijf en het brein. Het is meer algemene kennis over de biologische werking van het lichaam, zowel anatomisch als neurologisch, het ontstaan van Chronische Pijn, stressmechanismen en factoren die de klachten beïnvloeden. De vorm is interactief voorlichten en er wordt een eerste aanzet tot gedragsverandering ingezet (voorbereidingsfase).

Pijneducatie in bredere zin gaat verder dan het vergroten van kennis. Het betreft gepersonaliseerde kennis ('hoe werkt dat nu bij mij?') en bevindt zich meer op het niveau van inzicht. Pijneducatie in bredere zin gaat ook over het aanleren van vaardigheden, het veranderen van gedrag en het consolideren van gedragsverandering. (Zorgstandaard Chronische Pijn 2017). Ervaringsgerichte oefeningen en activiteiten zijn belangrijke middelen.

Pijneducatie in engere zin wordt in de beginfase van de behandeling ingezet, pijneducatie in bredere zin zal een onderdeel zijn van de gehele verdere behandeling. Om deze reden wordt pijneducatie in bredere zin in hoofdstuk 5 besproken als afzonderlijk behandel-element.

Logischerwijs zijn beide vormen van educatie niet strikt te scheiden en zal er in de praktijk overlap plaatsvinden. Goede pijneducatie stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn klachten en zijn situatie te nemen en de kwaliteit van zijn leven zo goed mogelijk te houden. Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaker herstellen en minder pijn ervaren als ze begrijpen hoe de complexe biologie van pijn werkt. Het vergroten van kennis van de neurofysiologische mechanismen van pijn, centrale sensitisatie en de rol van het stress-systeem bij de patiënt en diens omgeving is maatwerk. Dit kan per patiënt en per therapeut verschillend zijn.

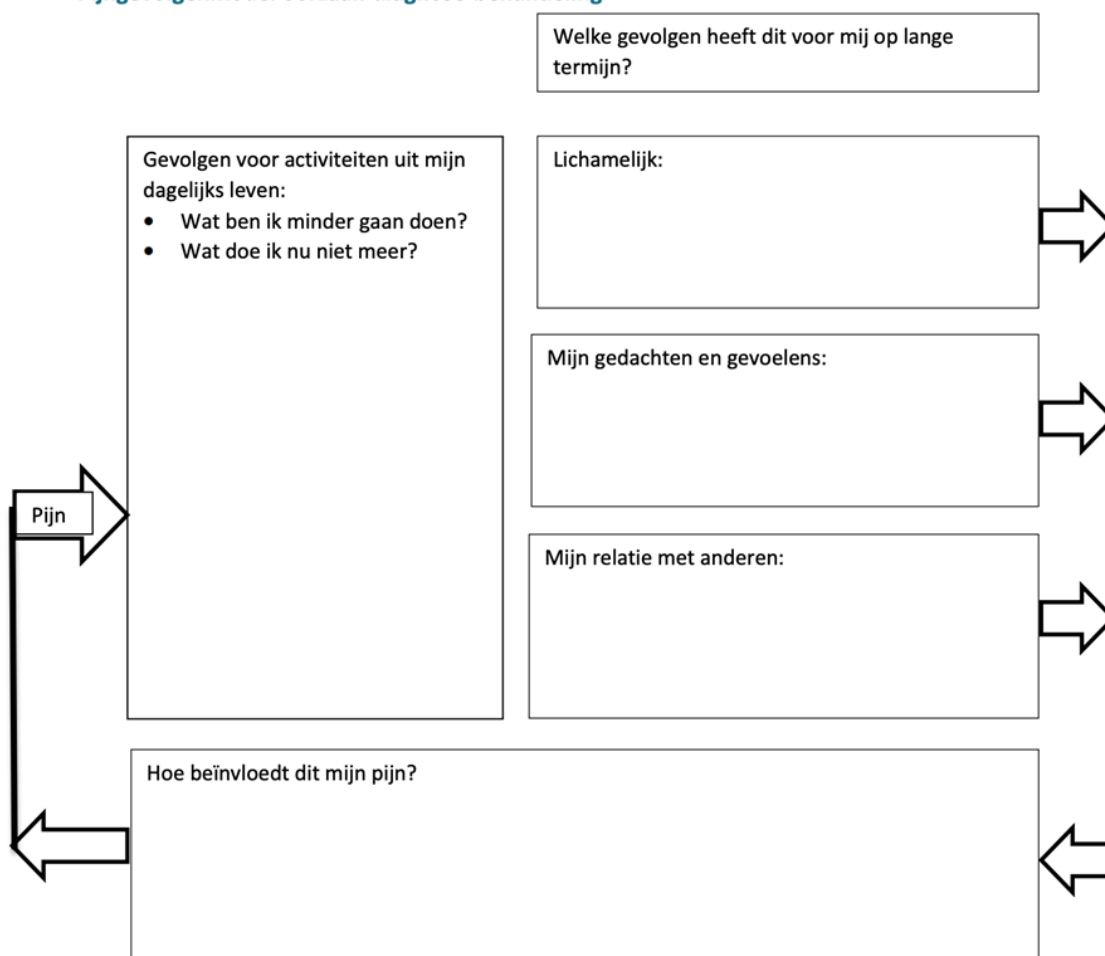
Het is belangrijk om de ziekte-cognities van de patiënt uit te vragen zodat inadequate cognities vroegtijdig kunnen worden bijgesteld. Educatie dient in te gaan op aandoening-gerelateerde aspecten en psychosociale factoren als onderdelen van het biopsychosociale model. Het is daarom belangrijk dat de patiënt zich al in een vroege fase van het ontstaan van Chronische Pijn bewust wordt van het belang van psychische en sociale factoren in de omgang met zijn aandoening. In plaats van de nadruk te leggen op de pijn, moet het belang van functioneren met pijn in het dagelijks leven worden benadrukt, (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017).

Pijneducatie wordt op maat en stapsgewijs aangeboden, afgestemd op de capaciteiten en behoeften van de patiënt (Van Wilgen 2010). Vertrekpunt van de educatie is de hulpvraag van de patiënt. Wanneer pijnvermindering onderdeel van de hulpvraag is, wordt hier begripvol bij stilgestaan. Het is vaak moeilijk voor patiënten zich een zinvol leven ondanks de klachten voor te stellen en validatie van dit gevoel draagt bij aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen ergotherapeut en patiënt. Tegelijkertijd is het essentieel duidelijkheid te bieden over het doel van de behandeling die zich niet op pijnvermindering, maar op een beter functioneren zal richten. Deze duidelijkheid voorkomt verkeerde verwachtingen bij de patiënt (Zorgstandaard Chronische Pijn, 2017).

Nadat de patiënt kennis heeft gekregen over hoe Chronische Pijn biologisch verklaard kan worden is een volgende stap het bespreekbaar maken van de psychosociale factoren die bij deze persoon een rol spelen bij het in stand houden van de pijnklachten. Hierbij kan naast het biopsychosociale model ook gebruik worden gemaakt van een pijngevolgenmodel. Er bestaan in de literatuur verschillende pijngevolgenmodellen. Keuze van een pijngevolgenmodel is afgestemd op het verhaal van de patiënt en is afhankelijk van de persoonlijke voorkeur van de therapeut en de behandelvisie van het multidisciplinaire team. Wanneer bijvoorbeeld catastroferende gedachten als grootste onderhoudende factor wordt gezien dan is het vreesvermijdingsmodel meer voor de hand liggend (Zie hoofdstuk 2).

Hieronder wordt een pijngevolgenmodel getoond dat algemeen de oorzaken en gevolgen van pijn in kaart brengt en hoe zij zich tot elkaar verhouden.

Pijngevolgenmodel oorzaak-diagnose-behandeling



Figuur 4: Pijn gevolgenmodel

Het pijngevolgenmodel wordt samen met de patiënt ingevuld waarbij het belangrijk is zoveel mogelijk de woorden van de patiënt te gebruiken. In bijlage 2 staat een overzicht van veel gebruikte informatiebronnen en metaforen die behulpzaam kunnen zijn tijdens de pijneducatie.

4.2 Samen beslissen (shared decision making)

Binnen de pijneducatie wordt samen met de patiënt onderzocht of de visie op pijn van de patiënt in overeenstemming kan worden gebracht met de visie binnen de pijnrevalidatie en aansluitend of het behandelvoorstel passend is bij de verwachtingen van de patiënt. Hierbij krijgt de patiënt de gelegenheid mee te denken en zelf te beslissen of de behandeling en de werkwijze in de visie van de patiënt past. Net als bij de pijneducatie is het ook bij shared decision making belangrijk om informatie op maat te geven. Dit houdt in dat de therapeut niet alleen die behandeling of aanpak voorstelt die volgens de therapeut het beste past bij deze patiënt. Idealiter stelt de therapeut meerdere behandelingen of aangrijpingspunten voor, zodat de patiënt een keuze heeft. Het op een rij zetten

van meerdere behandelopties met voor- en nadelen kan de patiënt meer inzicht geven in wat hij wel en niet kan verwachten. Dit brengt een denkproces op gang dat helpend kan zijn in het veranderproces van de patiënt.

Uit onderzoek is gebleken dat patiënten door samen te beslissen besluitvaardiger worden, zich meer bewust zijn van de voor- en nadelen van bepaalde keuze-opties, vaker tevreden zijn over het genomen besluit, minder twijfelen en minder vragen om een second opinion. De keuze die het beste bij de persoonlijke waarden van de patiënt past, lijkt dan ook vaak de beste keuze te zijn (Stiggelbout et al., 2012, uit Oosterhof B. & Wit. D., 2023).

Het samen beslissen lijkt vanzelfsprekend maar dit is het niet. Ervaringen uit de praktijk laten zien dat het betrekken van de patiënt in de besluitvorming rondom therapie een attitudeverandering vraagt van de ergotherapeut waarbij het leren van nieuwe vaardigheden een voorwaarde is. Een eerste stap is de patiënt mee te nemen in ons denkproces. Wat voor de ergotherapeut vanzelfsprekend is, is voor de patiënt vaak nieuwe informatie (Oosterhof B. & Wit. D., 2023).

Gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar/behandelaren en de patiënt is een voortdurend bevragen, toetsen, en bijsturen van bevindingen en uitkomsten om te komen tot een zo passend mogelijke behandeling en interventies voor de patiënt, op elk moment in het proces. Uiteindelijk is er altijd sprake van eigenaarschap van de patiënt ten aanzien van de keuzes binnen zijn proces.

Indien de patiënt en therapeut overeenkomen een behandeling te starten zijn de persoonlijke doelen van de patiënt uitgangspunt van de behandeling. Doelen zijn betekenisvol en komen voort uit de waarden van de patiënt. Doelen zijn veelal op activiteiten – of participatie niveau geformuleerd. Het COPM is een geschikt instrument om als vertrekpunt bij het opstellen van doelen te nemen.

Hoofdstuk 5 Interventies

In dit hoofdstuk worden de interventies beschreven die bij de behandeling van patiënten met Chronische Pijn gehanteerd worden. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen basis interventies en aanvullende interventies waarvan een aantal specifiek ergotherapeutisch is.

Basis interventies zijn (gedragsmatige) interventies die veelvuldig binnen de pijnbehandeling en vaak door verschillende disciplines worden toegepast. Dit zijn: Graded Activity (GA), Exposure, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), pijneducatie en terugvalpreventie (5.1 tot en met 5.5).

Aanvullende interventies zijn interventies die frequent door ergotherapeuten worden ingezet. Hierbij behoren specifiek ergotherapeutische interventies zoals Waardekaarten en de Mini-activiteiten aanpak. Andere interventies betreffen thema's waaraan ook door andere disciplines aandacht wordt besteed zoals slaap en arbeid (5.6 tot en met 5.12).

Het kiezen van de interventie(s) is het resultaat van een intensief proces van klinisch redeneren waarbij de hulpvraag van de patiënt en de grootste in standhoudende factor belangrijke pijlers zijn. De grootste in standhoudende factor bepaalt de keuze voor gedragstherapeutische interventie; bij angst is dit Exposure in vivo, bij klachtencontingent functioneren is Graded Activity meer geschikt en wanneer het niet kunnen accepteren en het ontbreken van een levensinvulling op de voorgrond staan is ACT meer geïndiceerd. Het is raadzaam om te starten met één gedragstherapeutisch interventie. Tegelijkertijd gebruik maken van verschillende generaties cognitieve gedragstherapie kan ongewenste effecten veroorzaken zoals verwarring bij de patiënt en behandelings effect minimaliseren. De interventies pijneducatie en terugvalpreventie zijn interventies die, ongeacht de keuze van de gedragstherapeutische interventie, in elke pijnbehandeling (frequent) aan bod komen. De aanvullende interventies zijn sterk afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt. Zo heeft niet elke patiënt een hulpvraag gericht op beter slapen of arbeid. Sommige aanvullende interventies zijn aanvullend aan de basisinterventies bijvoorbeeld de interventie Waardekaarten is gebaseerd op de theorie van ACT en om deze reden heel geschikt te gebruiken binnen een op ACT gebaseerde behandeling.

De interventies worden hieronder kort beschreven, echter onvoldoende om ze in de praktijk te kunnen toepassen. Voor de meeste interventies is scholing beschikbaar. Zie hiervoor bijlage 1. De werkgroep raadt beginnende ergotherapeuten aan zich eerst te scholen in de basisinterventies en in het begin veel samen te werken met behandelaars die ervaring hebben met de behandeling van patiënten met Chronische Pijn.

5.1 Graded Activity (GA)

Beschrijving

Graded Activity (GA) is een gestructureerde effectieve behandeling, gericht op een tijdcontingente, stapsgewijze toename van het niveau van functioneren van de patiënt in de ICF-domeinen activiteiten en participatie door middel van uitvoeren van activiteiten. *Graded activity* is een onderdeel van een gedragsgeoriënteerde aanpak (Geilen et al. 2005).

Doel

Het doel van de GA behandeling is om patiënten te helpen hun functioneren te verbeteren in de verschillende levensgebieden, zoals zelfverzorging, werk, vrije tijd, huishouden en gezin, en daarmee met pijn een waardevol leven te kunnen leiden. Het doel van deze behandeling is het activiteitsniveau van een patiënt te verbeteren, ondanks de aanwezigheid van pijn of klachten.

Ergotherapie en Graded Activity

Graded Activity kan toegepast worden om aan de volgende ergotherapeutische doelen te werken:

- Inzicht krijgen in pijncontingent uitvoeren van activiteiten en hier op de juiste afgesproken wijze op reageren.
- Toename van uit kunnen voeren van betekenisvolle activiteiten voor de patiënt.
- Bevorderen van zelfmanagement (opbouwschema's geven gevoel van regie of houvast aan de patiënt) in het dagelijks leven.
- Succeservaringen opdoen in het dagelijks leven (door ervaren dat met tijdcontingent denken opbouw mogelijk is).
- Opbouw van fysieke en/of mentale belastbaarheid, mits deze meetbaar is in duur.

Theoretische achtergrond

Graded Activity is gebaseerd op de operante leertheorie en richt zich met name op de consequenties van het (pijn)gedrag. Belangrijke aspecten van de operante leertheorie zijn bekrachtigen en bestraffen, discriminatief leren en uitdoven. De gedragsmatige benadering van Chronische Pijn is begonnen met het werk van Fordyce (1976). GA is een interventie die zich richt op gedragsverandering middels bekrachtiging. Het betreft zowel het aanleren van nieuw gedrag als het afleren van oude gewoonten. Hierbij gaat het om het aanleren van een strategie, waarbij de patiënt deze zelf kan generaliseren. Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten die zelf hun opbouwschema maakten op lange termijn succesvoller waren dan patiënten voor wie de hulpverlener het opbouwschema samenstelde (Veenhof et al. 2006).

Methode

De volgende stappen dienen gevolgd te worden bij het toepassen van GA in de praktijk:

- Educatie: uitleg van de principes van GA (van pijncontingent naar tijdcontingent).
- Keuze van activiteit(en) voor de opbouw.

- Meten van het basisniveau (basislijn bepalen op basis van pijncontingent meten).
- Opstellen van het opbouwschema (tijdcontingent) en vaststellen 'spelregels'.
- Uitvoeren van het opbouwschema en evaluatie (bekrachten van gezond gedrag).
- Aandacht voor generalisatie/terugvalpreventie (tijdens het gehele proces).

Do's & Dont's

Do's:

Wees duidelijk in de uitleg dat het doel niet pijnreductie is en dat pijntoename op kan treden.

- Maak van tevoren afspraken voor de opbouw (de spelregels).
- Doorloop bij iedere activiteit samen met de patiënt opnieuw de stappen; basislijn bepalen, doel vaststellen en een opbouwschema maken.
- Maak duidelijk dat het, naast het opbouwen van het activiteitsniveau, ook gaat om het aanleren van een strategie, waarbij de patiënt deze zelf kan generaliseren, en ook later weer kan toepassen.
- Betrek relevante anderen bij de behandeling, bekrachten is een wezenlijk onderdeel van de behandeling.

Dont's:

- Pas het schema niet aan op basis van verergering van de klachten. Evaluatiemomenten worden aan de start vastgesteld.
- Sta niet te veel stil bij de kwaliteit van bewegen/handelen. Dat is niet het doel van de interventie.

5.2 Exposure in vivo

Beschrijving

Exposure in vivo is geschikt voor mensen met Chronische Pijn die dagelijkse activiteiten aangepast of niet meer uitvoeren op basis van angst/bezorgdheid voor (verergering van) de pijn, voor mogelijke schade en/of voor toekomstig disfunctioneren in de toekomst (Verbunt & Smeets, 2017). Exposure in vivo behandeling bestaat uit een screening (bij voorkeur door een multidisciplinair team), het identificeren van gevreesde activiteiten, pijneducatie op basis van het vrees-vermijdingsmodel, het opstellen van gedragsexperimenten en voortdurende aandacht voor generalisatie.

Het is gebleken dat Exposure een effectieve behandeling is in het verminderen van beperkingen bij patiënten met chronische rugklachten (Leeuw et al., 2008), Complex Regionaal Pijn Syndroom (den Hollander et al., 2016), KANS klachten (de Jong et al., 2012) en jongeren met Chronische Pijn (Meulenbroek et al., 2020).

Doel

Doel van *exposure in vivo* is het verhogen van het activiteiten- en participatieniveau. Centraal staat het reduceren van beperkingen door het uitdagen van catastroferende cognities waardoor pijn gerelateerde angst niet langer leidt tot vermijdings- of veiligheidsgedrag.

Ergotherapie en exposure in vivo

Mensen met Chronische Pijn worden blootgesteld aan gevreesde activiteiten/bewegingen waarbij de activiteit zowel als middel en als doel kan worden gezien. Het uitvoeren van zowel dagelijkse als betekenisvolle activiteiten zijn hierbij belangrijk. Exposure in vivo behandeling wordt met name aangeboden in de tweede lijn en gegeven door een interdisciplinair team, geschoold in Exposure. Ergotherapeuten in de eerste lijn kunnen een belangrijke rol spelen in het detecteren van angst tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Tijdens observatie en in een interview, zoals bijvoorbeeld de COPM, kan de ergotherapeut doorvragen op motieven waarom de patiënt sommige activiteiten niet meer uitvoert of heeft aangepast. Een hulpmiddel hierbij is het zinnetje “als....dan....” bijvoorbeeld “als u de boodschappen toch zelf zou tillen wat verwacht u dan/wat kan er dan gebeuren?” Als een patiënt vervolgens bezorgd beantwoordt dat hij zeker weet dat hij dan een blokkade in de rug zal krijgen of door de pijn een aantal dagen niet meer kan functioneren dan is dit voor de ergotherapeut een indicatie meer duidelijkheid te krijgen of hier sprake is van bewegingsangst of niet. De Photograph series of Daily Activities (PHODA) is ontwikkeld om pijn gerelateerde angst te achterhalen (Zie meetinstrumenten in hoofdstuk 3.) Een cursus hiervoor is in ontwikkeling.

Theoretische achtergrond

Exposure in vivo is gebaseerd op het principe van inhibitorisch-leren: iemand leert dat blootstelling aan een situatie die angst opwekt, niet leidt tot de gevreesde gevolgen, maar feitelijk ongevaarlijk is. Het gaat hierbij om het creëren van een nieuwe associatie. De oude associatie tussen een bepaalde situatie en gevaar verdwijnt namelijk niet, zoals eerder werd verondersteld. Het is de kunst om de nieuwe associatie te versterken, zodat die dominant wordt. Dit betekent dat bij verschillende activiteiten, in zoveel mogelijk verschillende contexten zoveel mogelijk verschillende catastrofale gedachten tijdens bewegingen en activiteiten moeten worden uitgelokt. Deze worden op waarheidsgehalte getoetst. Hiermee wordt er een nieuw geheugenspoor gecreëerd, die optimaal geconsolideerd wordt door direct na het gedragsexperiment stil te staan bij de ervaringen van de patiënt.

Methode

Exposure in vivo bestaat uit een aantal stappen:

- Een uitgebreide kennismaking waarin de gevreesde activiteiten/bewegingen worden geïdentificeerd met behulp van de PHODA.
- Een algemene pijneducatie (zie hoofdstuk 4), aangevuld met het vreesvermijdingsmodel.
- Het opstellen van gedragsexperimenten waarin de catastroferende gedachten worden getoetst (het veronderstelde gevolg komt niet uit).
- In het hele proces is er aandacht voor generalisatie naar het dagelijks leven bijvoorbeeld door de voortdurende uitnodiging aan de patiënt al het geleerde van die sessie toe te passen thuis. Hierop wordt ook elke sessie geëvalueerd.

Do's & Dont's

Do's:

- Neem de patiënt mee in het vrees-vermijdingsmodel en beschrijf zijn cognities met de woorden en voorbeelden die de patiënt zelf heeft gebruikt bijvoorbeeld "als ik een kratje til dan verschuift er een wervel in mijn rug en zak ik door mijn benen".
- Formuleer een toetsbaar gedragsexperiment. Het is belangrijk dat de zin achter "dan" een toetsbare activiteit is bijvoorbeeld "dan zak ik door mijn benen". Het gaat erom de patiënt te laten ervaren dat hetgeen hij verwacht niet uitkomt.
- Kies in het begin van de behandeling voor een activiteit waarbij een zo groot mogelijke "mismatch" optreedt tussen hetgeen wat de patiënt verwacht dat gaat gebeuren ("mijn wervel verschuift waardoor ik niet meer kan lopen") en de uitkomst na het uitvoeren van de activiteit (patiënt kan nog lopen).
- Laat de patiënt de gevreesde activiteit/beweging in zo divers mogelijke contexten uitvoeren. Dit versterkt het nieuw gelegde spoor.
- Werk altijd samen met een gedragstherapeut of psycholoog.

Dont's:

- Laat niet je eigen angst of onzekerheid zien.
- Gebruik het woord angst niet voordat de patiënt dit zelf heeft benoemd. Maak gebruik van de woorden die de patiënt zelf gebruikt zoals voorzichtigheid of bezorgdheid.
- Gebruik geen gradueel schema zoals dit gebruikelijk is binnen Graded Activity. Exposure in vivo richt zich niet op het opbouwen van activiteiten. Activiteiten worden gekozen omdat ze niet-reële verwachtingen oproepen waardoor deze activiteiten vermeden of aangepast worden.

5.3 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Beschrijving

ACT is een derde generatie cognitieve gedragstherapie, waarbij de relaties tussen gedrag, cognities, emoties en sensaties worden onderzocht en onderwerp van therapie zijn. (Zie uitleg hoofdstuk 1.) Gestreefd wordt naar het leiden van een waardevol leven, mét de negatieve gedachtes, mét de onzekere gevoelens, mét de klachten. Niet om deze gedachtes, gevoelens en klachten te veranderen.

Doel

Het doel van de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is het vergroten van de Psychologische flexibiliteit: het vermogen om gedrag vol te houden of juist te veranderen om waardevolle levensdoelen na te streven in de context van het eigen functioneren (Hayes et al., 2006). Een leiden van een rijk en zinvol leven terwijl je de pijn accepteert die daarbij hoort (Harris 2020).

Ergotherapie en ACT

In de overleggroep ergotherapie en Chronische Pijn is in 2020 afgesproken om binnen de ergotherapie te spreken van het vergroten van de handelingsflexibiliteit, geldend binnen de relevante context. De ergotherapie maakt binnen ACT de vertaalslag naar het handelen met als doel de flexibiliteit in het handelen te vergroten. Er wordt inzicht gecreëerd dat aan pijn gerelateerde frames (zoals vastomlijnde ideeën over de pijn of over bewegen), handelingspatronen en regels vaak negatieve invloed hebben op het functioneren. Uiteindelijk is het doel om het handelen niet (meer) te laten bepalen door de pijn maar door persoonlijke waarden waardoor het leven weer als zinvoller wordt ervaren.

Theoretische achtergrond

De meeste therapiemodellen zijn gericht op het bestrijden van symptomen. ACT gaat ervan uit dat kwaliteit van leven vooral afhangt van door waarden gedreven acties en dat dit mogelijk is ongeacht de symptomen die men heeft. Binnen ACT wordt verondersteld dat het meeste leed wordt veroorzaakt door twee psychische processen: cognitieve fusie en experiëntiele vermijding. Cognitieve fusie betekent volledig overtuigd zijn van, en één zijn met je gedachten, te handelen alsof deze de waarheid zijn. Experiëntiele vermijding betekent het vermijden van negatieve ervaringen, sensaties, gevoelens en gedachten. In het gevecht tegen de pijn verliest men het zicht op een waardevolle levensinvulling, terwijl de pijn niet afneemt. Mindfulness heeft een belangrijke rol in het richten van de focus op wat wel kan, ongeacht de pijn.

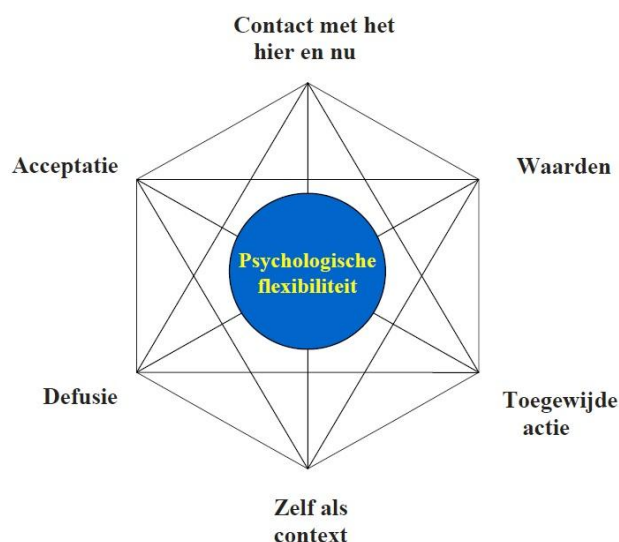
Middels zes therapeutische kernprocessen wordt aan de eerdergenoemde doelen gewerkt:

- Aanvaarding/acceptatie:
- Stoppen met vechten tegen onveranderbare zaken. Het ervaren van innerlijke stimuli zoals sensaties, gedachten en emoties, zonder deze te willen veranderen of te vermijden. De bereidheid het leven te nemen zoals het komt.
- Contact met het hier en nu:
- Het opmerken van ervaringen die men nu, in het moment heeft, op een open, niet defensieve of oordelende manier, Niet piekeren over de toekomst of het verleden.

Waarden:

- Stilstaan bij en echt contact maken met wat iemand waardevol vindt in het leven. Hierdoor krijgt iemand zicht op de zelfgekozen richtingen waarin hij wil dat zijn leven gaat.
- Toegewijde actie:
- Acties die bijdragen aan het realiseren van de levenswaarden. Het zetten van concrete stappen in de richting van de waardes. Dit leidt tot een toename van vitaliteit
- Cognitieve defusie:
- Gedachten leren beschouwen als gedachten, in plaats van deze te beschouwen als een letterlijke weergave van de werkelijkheid waarnaar gehandeld moet worden.
- Observerende zelf/zelf als context:
- Het psychologische proces waardoor mensen zelfkennis hebben. De mogelijkheid om jezelf en je ervaringen van een afstandje te kunnen bekijken, waardoor men loskomt van belemmerende zelfbeschrijvingen.

Het meest gebruikte model binnen ACT is de Hexaflex. Hierin zijn de zes kernprocessen onderling verbonden. Het figuur symboliseert een diamant; wanneer het figuur gedraaid wordt komen andere processen meer naar voren, zoals ook in de behandeling het geval zal zijn.



Figuur 6: Hexaflex

Methode

Allereerst zullen de prominente vermijdingsstrategieën geïdentificeerd moeten worden. Dit kan middels gesprekken, maar zullen vooral door het uitvoeren van (meer of minder alledaagse) activiteiten en ervaringsoefeningen inhoud krijgen (zie ook de interventies 'Flexibiliteit in activiteitenuitvoer' en 'Waardekaarten'). Op basis hiervan kan het vanuit vermijding beschreven kernprobleem geformuleerd worden. Binnen de ergotherapeutische behandeling kunnen vervolgens in principe alle ACT processen geadresseerd worden, maar logischerwijze zal de nadruk met name liggen op de processenaanvaarding, waardes en toegewijde acties, omdat deze het meest gelinkt zijn aan het ergotherapeutisch paradigma waarbij het betekenisvol handelen centraal staat. Een aantal aangrijpingspunten voor behandeling:

- Doorbreken van automatische gedachten, handelings- en gedragspatronen die gericht zijn op (klacht)vermijding.
- Doorbreken van regels bijvoorbeeld over bewegen, uitvoering van activiteiten, verdeling van activiteiten over de dag die zijn gericht op (klacht)vermijding.
- Bewustwording van lichaamssignalen in activiteiten om waardegerichte keuzes te kunnen maken i.p.v. gedrag automatisch te laten sturen door cognities en emoties.
- Identificeren van en helpen stappen leren zetten richting de waardes; verkleinen, concretiseren en in de handelingscontext plaatsen van waardegerichte acties.

Do's en Dont's

Do's

- Zorg dat je in contact staat met jezelf en je eigen kernwaarden. In andere woorden, ACT niet als gereedschap zien maar zelf ook volgens ACT leven.
- Geef educatie over vermijding, hoe dit bij deze patiënt eruitziet en hoe dit niet helpend is in herstel. Gebruik hierbij bijvoorbeeld het avoidance-endurance model van Hasenbring (2014).
- Maak gebruik van (geconstrueerde) activiteiten om inzicht in eigen patronen en mechanismes te creëren en als middel om concreet te oefenen met alternatief gedrag.
- Vertaal opgedane inzichten naar alledaagse activiteiten en situaties.
- Gebruik metaforen en praktische oefeningen.
- Creëer creatieve hopeloosheid als motor voor verandering. Creatieve hopeloosheid is het doorvoeld inzicht dat alles wat de patiënt tot nog toe heeft gedaan om van de klachten af te komen niet heeft geholpen, en tegelijkertijd het besef dat het anders moet.

Dont's

- Intervenier niet te snel; laat ruimte voor de ervaring die vastlopen of zelf ontdekken oplevert (ook al voelt dit soms ongemakkelijk bij jezelf).
- Versterk onbewust vermijdingsstrategieën niet door:
- Te snel met oplossingen of adviezen te komen voor een signaleerd probleem. Blijf zoveel mogelijk weg van de inhoud van het gedrag in een activiteit; het gaat om de functie van het gedrag.
- Het gebruiken van klacht- en controlegerichte taal. Wees alert op woorden als 'rust', 'goed', 'voelen', 'grenzen', 'ontspannen'.
- Te voorzichtig te zijn, de patiënt willen pleasen.

- Reageer niet inhoudelijk op de woorden van de patiënt. Dit herken je als er bijvoorbeeld een discussie ontstaat. Merk vooral op en bespreek hoe de patiënt zich verhoudt tot zijn klachten. Bespreek dus de patronen of de gedachten zodra ze weer opkomen bij de patiënt in de behandeling.
- Let op wanneer je ACT combineert met benaderingen die bij de patiënt mogelijk wat meer mechanistische/reductionistische gedragingen kunnen activeren zoals de activiteitenweger of Graded Activity. Deze gaan meer over punten of schema's. Dit kan controlegedrag versterken en verwarrend of conflicterend werken. Bespreek dit in ieder geval met de patiënt (en waar mogelijk het behandelteam) en indien er toch voor gekozen wordt bespreek hoe dit naast elkaar te gebruiken.

5.4 Pijneducatie (in bredere zin)

Beschrijving

Zoals al in hoofdstuk 4 genoemd gaat pijneducatie over het ontstaan van Chronische Pijn, factoren die de klachten beïnvloeden en over hoe om te gaan met de gevolgen van de klachten. Het omvat naast educatie over pijn ook educatie over stress, aangezien zij nauw verbonden zijn. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van diverse modellen en metaforen. Ook kan een variatie aan activiteiten worden aangeboden. De patiënt krijgt inzicht in patronen zoals vermijden (door dingen niet meer te doen) of juist doorgaan. Daarmee wordt de basis gelegd voor gedragsverandering, het geeft keuzemogelijkheden. De herhaalde confrontatie met niet helpende gedachten en vermijdende handelingspatronen tijdens het kiezen én uitvoeren van activiteiten tijdens de behandeling helpt de patiënt zijn gedrag te veranderen. Deze kennis die zowel rationeel (voorlichting) als voelbaar (ervaring) is, geeft meer inzicht en regie in het dagelijks handelen.

Doelen

- Het vergroten van kennis en inzicht bij de patiënt en diens omgeving van de neurofysiologische mechanismen van pijn en centrale sensitisatie; van uitlokkende en onderhoudende biopsychosociale factoren van pijn.
- Het verleggen van de focus: In plaats van de nadruk te leggen op de pijn, naar leren functioneren met pijn in het dagelijks leven
- Het realiseren en *consolideren* van gedragsverandering.
- Het realiseren van een gemeenschappelijke visie op pijn en herstel.

Doel ergotherapie bij pijneducatie

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven, is een belangrijk doel van pijneducatie in engere zin kennisoverdracht over de werking van pijn, het lichaam, deconditionering, vermijding etc. Deze (psycho-)educatie is een cognitief proces (*denken*). In het begin van de behandeling wordt hier uitgebreid bij stil gestaan en ook gedurende de behandeling is het belangrijk deze nieuwe kennis te blijven herhalen en op de patiënt toe te passen. Op deze manier ontwikkelt de patiënt inzicht in wat veranderbaar en toepasbaar is.

Bij pijneducatie in bredere zin staan het veranderen van gedrag en het toepassen van het geleerde in het dagelijks leven centraal. Dit komt gedurende het gehele verdere behandelproces aan bod. De

patiënt doet ervaringen op tijdens het uitvoeren van activiteiten en bewegingen waarbij hij de nieuwe kennis integreert in het *doen* van dagelijkse handelingen/taken en activiteiten. Hierbij wordt uitgebreid stil gestaan wat de patiënt ervaart en *voelt*. Daarmee kan de gedragsverandering vertaald worden naar het dagelijks handelen en gegeneraliseerd worden naar alle dagelijkse levensverrichtingen.

Theoretische achtergrond

Educatie aan patiënten met Chronische Pijn dient op maat en stapsgewijs te worden aangeboden, afgestemd op de capaciteiten en behoeften van de patiënt (Van Wilgen 2010, NHG Standaard Pijn 2015). De patiënt met Chronische Pijn laten ervaren hoe de nieuwe kennis over pijn te vertalen naar zijn dagelijks handelen, ondanks de pijnklachten, staat aan de basis van de werkwijze van de ergotherapeut. Zie ook hoofdstuk 2 dat begint met een aantal basisuitgangspunten voor ergotherapeuten die met patiënten met Chronische Pijnklachten (willen gaan) werken.

Methode

Het herhalen van de informatie uit de pijneducatie in engere zin (na het einde van de fase van diagnostiek) is een steeds terugkerend aandachtspunt binnen elke sessie. Bijna alle interventies beschreven in dit hoofdstuk zijn geschikt om de patiënt ervaringen op te laten doen middels het uitvoeren van activiteiten. Patronen worden geanalyseerd en geïdentificeerd en alternatieven worden uitgetoetst. Nieuwe kennis en inzichten worden hierdoor geïntegreerd in het uitvoeren van (waardevolle) dagelijkse handelingen/taken en activiteiten, in de relevante context.

Bij Graded Activity wordt de patiënt uitgenodigd de activiteit tijdcontingent te gaan uitvoeren, ongeacht de klachten. Bij Exposure in vivo wordt de patiënt uitgenodigd de angst aan te gaan en te ervaren of de catastroferende gedachte behorende bij de gekozen activiteit gaat uitkomen. Bij ACT ligt de nadruk op het kiezen en uitvoeren van lang verloren en/of nieuwe betekenisvolle, waardevolle activiteiten.

Het op een andere manier van uitvoeren van deze activiteiten, dus niet rekening houdend met de pijn, zullen weerstand, bezorgdheid en vragen bij de patiënt kunnen oproepen. Het is belangrijk veel aandacht aan deze vragen en gevoelens te besteden en deze te beantwoorden met het herhalen van informatie zoals gegeven in de pijn educatie in engere zin.

Educatie vindt plaats gedurende het gehele behandelproces.

Do's en dont's

Do's:

- Erken de patiënt en zijn klacht. De pijn is echt. Zorg voor een goede vertrouwensband.
- Geef als zorgprofessionals in de zorgketen zoveel mogelijk dezelfde informatie.
- Sluit goed aan bij de patiënt door vroegtijdig helderheid te verkrijgen over de verwachtingen over de behandeling.
- Stimuleer het vertrouwen in herstel, hoe dit er ook uit ziet, zonder dat er een nieuw gevecht tegen de pijn ontstaat.
- Ga zo spoedig mogelijk samen op zoek naar onderhoudende cognities (over pijn en schade)
- Stimuleer bewegen en ervaring opdoen met positieve lichaamssignalen in activiteiten.
- Geef duidelijke voorlichting over voor- en nadelen van pijnmedicatie

- Faciliteer positieve ervaringen ten aanzien van inspanning en beweging.

Dont's

- Ga niet overtuigen. Langdurige discussies over de oorzaak van de pijn zijn niet helpend. Het versterkt daarentegen vaak al aanwezige cognities
- Bepaal als therapeut niet hoe de patiënt moet bewegen of wat 'de beste houding is'.

5.5 Terugvalpreventie

Beschrijving

Het behoud van het effect van Chronische Pijnbehandeling op de lange termijn blijkt in de praktijk moeilijk. Onderzoek laat zien dat op de lange termijn 30-70% van de patiënten terugvalt naar het niveau van pijnbeleving, beperkingen, fysiek functioneren en medische consumptie van voor de behandeling (Morley 2008). Terugval betekent dat de patiënt weer terugvalt in zijn oude manier van omgaan met de pijn zoals weer gaan vermijden/aanpassen, pijncontingent handelen of weer inflexibele regels gaan hanteren.

In een traject gericht op gedragsverandering is terugval onvermijdelijk. Het dient gezien te worden als een leermoment in het proces van zelfmanagement.

Doelen

- De patiënt ervaart een keuze hoe om te gaan met de pijn, zowel op dagen met veel als met weinig pijn.
- De patiënt kent zijn sterke kanten, helpende strategieën en hulpbronnen en kan deze inzetten op momenten dat hij deze nodig heeft
- De patiënt kent de factoren die terugval kunnen veroorzaken.
- De patiënt kan signalen van terugval signaleren, kent geschikte maatregelen bij terugval en kan deze tijdig toepassen.

Theoretische achtergrond

Aandacht voor duiding en preventie van terugval tijdens de behandeling is van groot belang voor het behoud van het effect van de behandeling (het continueren van zelfmanagement) op lange termijn. Het is in iedere fase van de behandeling en in iedere fase van het stepped care model van belang. (Zorgstandaard Chronische Pijn (2017). Ook in de (concept) 'Leidraad organisatie en werkwijze zorg voor patiënten met Chronische Pijn' wordt expliciete aandacht voor terugvalpreventie tijdens de behandeling geadviseerd.

In breder verband kan terugvalpreventie worden gezien als een vorm van veerkracht. De positieve psychologie van Machteld Huber is gebaseerd op het concept veerkracht. Dit stelt mensen in staat om zich aan te passen en de eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Zodat men kan focussen op factoren die helpen gezond te blijven of helpen om in belastende situaties weer gezond te worden (Huber, 2013).

Het woord terugvalpreventie kan een negatieve associatie oproepen en bij therapeuten is discussie over deze benaming. De therapeut kan kiezen voor een andere benaming, bijvoorbeeld preventieplan of veerkrachtprofiel.

Methode

Een aantal mogelijkheden om te werken aan terugvalpreventie zijn:

- Opstellen en/of het gebruik van werkboeken of terugvalpreventieplannen die al tijdens de behandeling worden gevuld. (Bijvoorbeeld het werkboek en preventieplan binnen het SOLACE-project 'self management in chronic pain strategies'.)
- Boostersessies, bijvoorbeeld in de vorm van terugkomactiviteiten. Deze kunnen *face-to-face* of via *e-health* applicaties worden aangeboden. Van *e-health* interventies is de effectiviteit aangetoond (Van Beugen et al., 2015).
- Digitale patiënten portalen met standaard en/of op maat samengestelde inhoud, inclusief mogelijk contact met hulpverlener.
- De patiënt wijzen op mogelijkheden van patiëntenorganisaties en/of lotgenotencontact.
- Een gerichte verwijzing naar een zorg-/hulpverlener gespecialiseerd in vastgestelde kwetsbaarheden voor terugval.

Tijdens de behandeling kan samen met de cliënt een plan worden opgesteld met daarin opgenomen:

- Risicofactoren; wat zijn risico's die kunnen leiden tot terugval?
- Signalen; wat zijn de eerste tekenen dat oude patronen (weer) de overhand nemen, dat de balans verstoord raakt?
- Maatregelen; wat zijn helpende acties om terugval te voorkomen of te minimaliseren zodat tijdig kan worden bijgestuurd?
- Welke mogelijkheden, talenten en sterke kanten kunnen hierbij ingezet worden?

Do's:

- Heb vanaf het eerste behandelmoment aandacht voor terugvalpreventie. Wat zijn belangrijke inzichten, adviezen en succeservaringen gedurende de behandeling? Het expliciet stilstaan bij ervaringen maakt het beklijven krachtiger.
- Maak gebruik van de sterke kanten benadering en het waardegericht handelen uit ACT. Hierdoor is de patiënt beter in staat de lijn van zijn eigen leven op een positieve wijze vast te houden.
- Betrek de omgeving bij het opstellen van het plan.
- Laat de patiënt een concreet moment in de toekomst vastleggen in zijn agenda waarop hij expliciet zijn geformuleerde risicofactoren en signalen onder de loep neemt. Door dit tijdscontingent te doen en niet te wachten tot er daadwerkelijk een terugval wordt ervaren, kan er tijdig worden bijgestuurd. Vaak blijkt er op het bewuste reflectiemoment al een verschuiving gaande zonder dat men dit door had.

Dont's:

- Begin niet pas in de laatste behandelsessie met terugvalpreventie.
- Geef niet een standaard terugvalpreventieplan mee.
- Versterk niet de catastroferende cognities. Het gaat juist om het versterken van het eigen vertrouwen.

5.6 Slaapeducatie

Beschrijving

De World Federation of Occupational Therapists (WFOT) stelt dat ergotherapeuten zich bezighouden met het bevorderen van gezondheid en het welzijn van de mens met als doel het participeren in het dagelijks handelen. Via slaapeducatie kan de slaapkwaliteit van de cliënt verbeterd worden en hierdoor worden indirect ook leerprocessen, het geheugen, emotionele processen, gedrag en fysiek herstel verbeterd. Hierdoor kunnen doelen op activiteitsniveau efficiënter worden behaald.

Doel

De patiënt is via slaapeducatie in staat om zijn beïnvloedbare factoren t.a.v. slaap in zijn dagelijks leven te veranderen, zodat er een zo optimaal mogelijke slaapkwaliteit ontstaat.

Theoretische achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat slechte slaapkwaliteit en onvoldoende slaap zijn geassocieerd met verlaagde pijndrempels bij gezonde mensen en hyperalgesie bij mensen met Chronische Pijnklachten. Ook rapporteren mensen met Chronische Pijn veel vaker problemen met slapen; ongeveer 88% rapporteert minstens één slaapprobleem (Morita et al., 2017). Er is sprake van slapeloosheid wanneer de patiënt meer dan 2 keer per week slecht slaapt en daardoor overdag minder goed functioneert. Hierdoor is de patiënt overdag bijvoorbeeld moe, energieloos, slaperig en prikkelbaar. De patiënt kan minder aan en kan zich niet goed concentreren (Richtlijnen NHG, 2014). Pijn kan een oorzaak zijn van slechter gaan slapen. Omgekeerd kan slechter slapen ook pijn versterken. Naast de pijn speelt stress een grote rol. Door pijn zitten mensen minder lekker in hun vel en ervaren zij meer spanningen en zorgen. Ook dit zorgt ervoor dat het slaapprobleem zich verder ontwikkelt (Palermo et al., 2011).

Methode

Binnen de ergotherapeutische behandeling kan aandacht geschonken worden aan de volgende aspecten van slaap:

- Het geven van slaapeducatie en adviezen om bewustwording te creëren over de beïnvloedbare factoren van de slaap. Dit stimuleert gedragsverandering en verbetert de slaap.
- Het creëren van voldoende inspanning en ontspanning over de dag en avond, gecombineerd met een passende dag structuur. Hierdoor wordt de slaapkwaliteit bevordert.

Do's & Dont's

Do's:

- Sta in de behandeling expliciet stil bij de slaap; breng het slaapprobleem uitgebreid in kaart.
- Geef uitleg over slaapcyclus, slaap en waak hygiëne en de verdiensten van een goede nachtrust (zoals stofwisseling, geheugen, afvalverwerking) in combinatie met de in standhoudende factoren die slaap kunnen beïnvloeden.
- Creëer inzicht in het dag- en nachtritme, bijvoorbeeld middels tijdschrijven. Neem hierin de nacht expliciet mee. Bij het tijdschrijven staat balans in inspanning en ontspanning overdag en ontspanning in de avond centraal
- Normaliseer gedachten over slaap bijvoorbeeld normaliseer enkele keren kortdurend wakker worden gedurende de nacht.
- Ga na of er mogelijk sprake kan zijn van een slaapstoornis en bespreek met de huisarts of collega of de patiënt onderzocht kan/moet worden in een slaapkliniek.
- Vergroot vaardigheden ten aanzien van ontspanning.
- Breng de slaap middels doorvragen, uitgebreid in kaart.
- Verwijs door wanneer er vermoeden is van een slaapstoornis, zoals bijvoorbeeld slaapapneu, restless legs, narcolepsie of een vertraagd slaapfasesyndroom. Bij een slaapstoornis houden de klachten langer dan enkele weken, maanden of jaren aan (Hersenstichting, 16-05-2022)
- Benadruk dat medicatie niet de oplossing is voor slaapproblemen.

5.7 Waardekaarten

Beschrijving

De Waardekaarten-methodiek is een door en voor ergotherapeuten ontwikkelde methodiek die bestaat uit zeven concrete stappen met specifieke instructies om van vermijding naar toegewijde acties te komen. Er wordt gebruik gemaakt van twee soorten kaarten: Waarde- en Lastkaarten. De Waardekaarten hebben een groen kader met daaronder ruimte voor het noteren van de waardes op vijf verschillende waardengebieden. Op de achterzijde wordt de toegewijde actie geformuleerd. De Lastkaarten zijn rood omkaderd.

Doel

Het doel van de Waardekaarten-methodiek is om patiënten met chronische klachten te helpen (weer) activiteitenkeuzes te maken die richting hun waardes gaan zodat zij niet langer vastlopen in vermijding gedrag. Hierbij kunnen de volgende subdoelen onderscheiden worden:

- Vergroten van inzicht en bewustwording van het vruchteloze van experiëntiele vermijding,
- Vergroten van acceptatie/aanvaarding (van dingen die niet veranderd kunnen worden),
- Vergroten van inzicht en bewustwording t.a.v. de (levens)waardes,
- Het zetten van (ten minste) 1 concrete stap in de richting van die waardes (toegewijde actie).

Theoretische achtergrond

Theoretische onderlegger voor de Waardekaarten is Acceptance and Commitment Therapy (ACT, zie paragraaf 5.3). De kern van ACT is gelegen in het feit dat de mens in principe geen ongemakkelijke, vervelende ervaringen wil hebben en deze dus, meestal onbewust, te allen tijde wil vermijden (experientiele vermijding). Dit vechten tegen onvermijdelijke zaken (pijnlijke ervaringen en emoties) gaat uiteindelijk ten koste van een waardevol leven.

Methode

De patiënt wordt zich door het invullen van de Waardekaarten allereerst bewust van zijn meest waardevolle activiteiten. Hij maakt contact met de onderliggende levenswaarden. Vervolgens wordt hij zich bewust van de negatieve zaken in het leven zoals klachten of neigingen die de blik op de waardevolle activiteiten belemmeren (de lastkaarten). De patiënt krijgt inzicht in het niet-helpende karakter van zijn vermijdings-strategieën. Hierna wordt via een aantal sub-stappen een concrete actie geformuleerd (de toegewijde actie) die in de richting gaat van de door hem gekozen meest waardevolle activiteit die niet of niet meer naar tevredenheid wordt uitgevoerd. Hierdoor wordt niet alleen het probleem ten aanzien van de gekozen activiteit verkleind en de participatie vergroot, ook ervaart de patiënt daadwerkelijk het positieve effect van het opgeven van het gevecht tegen de klachten, wat het gevoel van eigenwaarde en eigen regie versterkt. Hiermee worden zijn competenties op het gebied van zelfmanagement vergroot. De patiënt leert ook ongemak en vervelende gevoelens verdragen die behoren bij het vertonen van nieuw gedrag. Ook dit is onderdeel van het vergroten van de handelingsflexibiliteit (zie doelstelling ACT).

Do's en Don'ts

Do's:

Houd je eerst redelijk strikt aan de instructie, maar zoek hier gaandeweg je eigen weg in.

Neem ruim de tijd voor het uitvragen en verdiepen van de waardes. Zorg dat er verbinding ontstaat!

Laat genoeg ruimte voor emoties en doorvoelen van het niet-helpende karakter van tot nog toe gebruikte vermijdings-strategieën.

Maak de patiënt zelf eigenaar van de Waardekaarten; laat het zelf noteren en meenemen naar huis.

Maak ook gebruik van de sterke kanten van een persoon. Met name bij het concretiseren van de toegewijde actie(s).

Veranker het behandelings-effect met andere ACT-oefeningen (zoals de 'handoefening')

Probeer de Waardekaarten-methodiek in te bedden in een totale ACT-behandeling.

Laat de patiënt alle stappen nog eens samen met zijn relevante andere(n) doornemen. Dit zorgt voor toename van de sociale steun en vergroot de verandermogelijkheden.

Gebruik de volgende vragen die helpend kunnen zijn:

Helpt het? Waartoe?

Ga je er naartoe of ervan af (van je waardes)?

Wat is het je waard?

Waardoor laat ik mij leiden?

Don'ts

- Gebruik de Waardekaarten-methodiek niet zonder kennis van en enige vaardigheid in ACT.
- Waak voor het te snel willen oplossen, het snel in willen vullen. Er mogen (lange) stiltes vallen, deze zijn vaak helpend.
- Gebruik de Waardekaarten-methodiek niet bij mensen die nog (vooral) herstel- en oplossingsgerichte benaderingen hanteren. Daarvoor moet, via andere interventies, eerst meer bereidheid voor een op acceptatiegerichte benadering worden gecreëerd.

5.8 Mini-activity approach (mini-activiteiten aanpak of MAA)

Beschrijving

Bij de mini-activiteiten aanpak wordt, door het frequent uitvoeren van kleine, niet doelgerichte activiteiten een positieve invloed uitgeoefend op de veerkracht van een persoon. Hierbij wordt veerkracht geformuleerd als het vermogen van een persoon om te herstellen, zich aan te passen, te veranderen of weerstand te bieden aan stressvolle situaties (Aegler et al 2019).

Vanuit ergotherapeutisch perspectief, onderscheiden we drie gebieden waarop veerkracht door het uitvoeren van bepaalde activiteiten actief versterkt kan worden:

Prettige sociale activiteiten

Een positieve instelling, gedachten en gevoelens

Een goed lichaamsgevoel

Veerkracht focust op factoren die mensen gezond houden. Concreet stelt men 'wat goed doet' voor iemand, dus de hulpbronnen, centraal komt te staan. De mini-activiteiten kunnen fysiek, mentaal of sociaal zijn. Een voorwaarde is dat de mini-activiteiten 'goed voelen' en hierdoor een geruststellend effect op het stress-systeem hebben. Mini-activiteiten zorgen ervoor dat oxytocine vrijkomt. Oxytocine is een stressregulator, waardoor het cortisol niveau wordt verlaagd. Hiervan is aangetoond dat dit vaak verhoogd is bij mensen met langdurige pijnklachten.

Doel

Het doel van de mini-activiteitenaanpak is dat de veerkracht van mensen met Chronische Pijn of ander letsel vergroot wordt. Zij krijgen (weer) energie om te werken aan revalidatie/herstel en stappen te zetten in gedragsverandering.

Theoretische achtergrond

Mensen met goede sociale contacten leven langer en zijn gezonder. De belangrijkste conclusie van een grootschalige meta-analyse is dat huisartsen primair zouden moeten navragen op welke manier hun cliënten goede sociale contacten onderhouden, alvorens ze hen tot meer activiteiten of sport aansporen.

Onder een positieve instelling wordt in samenhang met veerkracht verstaan, dat men problemen (tijdelijk) in een groter verband of in een ander perspectief kan zien. Dit helpt om bij een probleemsituatie niet in te storten, maar afstand te nemen en het grotere geheel te zien. Lang

geloofde men dat veerkracht een aangeboren eigenschap zou zijn. Recent onderzoek toonde aan dat het mogelijk is om dit gedurende het leven te ontwikkelen.

Methode

In eerste instantie is het belangrijk om educatie te geven over wat mini-activiteiten zijn en hoe de relatie tussen stress, pijn, gezondheid en veerkracht werkt. Vervolgens worden passende mini-activiteiten gezocht. Eerst wordt de patiënt zelf uitgedaagd om passende activiteiten te vinden. Als het nodig is, kan de kaartenset van de Mini-activity approach hiervoor gebruikt worden. Binnen de therapiesessie worden ervaringen opgedaan en vervolgens wordt dit vertaald naar de dagelijkse context. Er worden voorwaarden geschapen om de flexibiliteit te vergroten en hulpbronnen uit te breiden.

Do's en Don'ts

Do's:

- Geef educatie over relatie stress, pijn gezondheid en veerkracht vanuit bio-psychosociaal perspectief.
- Laat patiënten concreet ervaren wat het doet en vertaal naar de relevante context.
- Houd er rekening mee dat de mini-activiteiten uitvoerbaar zijn binnen 2 minuten, zonder veel moeite, materialen en middelen.
- Bij patiënten met een zeer laag activiteitsniveau kunnen mini-activiteiten een eerste stap in activering zijn.

Don'ts:

- Combineer het niet met een benadering waarbij er juist niet geappelleerd wordt aan 'een goed gevoel krijgen' zoals ACT of Exposure in vivo.

5.9 Begeleiding bij arbeid

Beschrijving

Bij de begeleiding bij arbeid ligt de nadruk op het nemen van de eigen regie door de patiënt en het generaliseren van de geleerde principes uit de behandeling naar de werksituatie. Bij patiënten met Chronische Pijn is het essentieel dat het opbouwschema van het werk aansluit bij de opbouw in de therapie. Hierbij dient de patiënt zelf af te stemmen met bedrijfsartsen of leidinggevende over het hervatten en opbouwen van het werk.

Doelen

- De patiënt weet wat de Wet Verbetering Poortwachter inhoudt.
- De patiënt heeft inzicht in de verschillende werktaken en weet welke capaciteiten en vaardigheden in de eigen functie nodig zijn.

- De patiënt weet wat zijn eigen basisniveau is met betrekking tot werk en beschikt over de benodigde vaardigheden voor de terugkeer naar werk en/of behoud van werk.
- De patiënt neemt eigen regie in de opbouw van werktaken en werkuren en communiceert met leidinggevende en/of bedrijfsarts over wat er nodig is voor het terugkeren naar werk.
- De patiënt heeft vertrouwen in het terugkeren naar werk.
- De patiënt weet hoe de geleerde principes in het omgaan met chronisch pijn gegeneraliseerd kunnen worden naar het werk.

Theoretische achtergrond

Mensen met Chronische Pijn hebben een verminderde arbeidsparticipatie in vergelijking met de gemiddelde Nederlandse beroepsbevolking (Verbunt et al., 2019). Uit onderzoek blijkt dat de motivatie om te werken, goede zelfmanagementvaardigheden en het belang dat wordt toegekend aan pijn, belangrijke factoren zijn die werken met Chronische Pijn faciliteren. Chronische Pijn op zichzelf is vaak niet de reden voor arbeidsverzuim, maar meestal spelen persoonlijke- en omgevingsfactoren daarin een beslissende rol. Deze factoren kunnen dienen als aangrijpingspunt voor het verhogen van duurzame inzetbaarheid en preventie van arbeidsverzuim van mensen met Chronische Pijn (Verbunt et al., 2019). Onderzoek toonde aan dat gedragsmatige activiteiten, verwachtingen ten aanzien van terugkeer naar het oorspronkelijke werk en sociale steun buiten de werksituatie belangrijke voorspellers waren ten aanzien van terugkeer naar werk (Rashid M et al., 2021).

Methode

Weer aan het Werk (WahW)

Het uitgangspunt van de methode 'Weer aan het werk' is het versterken van het zelfmanagement van de cliënt tijdens de werkhervatting. De methode biedt een tiental werkmaterialen gericht op behandelings- en wetgeving. Met behulp van deze werkmaterialen stimuleert en ondersteunt de ergotherapeut de cliënt om zelf de regie te nemen in zijn eigen werkhervatting. Om de methode 'Weer aan het Werk' te kunnen toepassen is een training nodig (Brocken, 2019).

In 2020 hebben ergotherapie studenten van de Hogeschool Amsterdam de bruikbaarheid van de methode "Weer aan het Werk" (WahW) onderzocht bij patiënten met Chronische Pijn. Dit hebben zij gedaan middels een kwalitatief onderzoek waarbij de ervaringen van ergotherapeuten met deze werkwijze in kaart zijn gebracht. Conclusie is dat de ondervraagde ergotherapeuten ervaren dat de methodiek WahW inzicht geeft en handvatten biedt aan de patiënt met Chronische Pijn, waardoor de eigen regie weer toeneemt. Een aanbeveling van de studenten is verder onderzoek te doen naar bruikbaarheid van de WahW bij patiënten met Chronische Pijn, waarbij specifiek het stoplichtenmodel kritisch zal moeten worden bekeken (Tsang et al., 2020). Deze aanbeveling wordt benadrukt door de werkgroep omdat het stoplichtmodel bij patiënten met Chronische Pijn mogelijk klachtengericht functioneren in stand houdt.

Do's en dont's

Do's:

- Begin al vroeg in het behandelproces met het bespreken van mogelijkheden voor re-integratie met patiënt (en indien nodig betrokkenen)
- Vraag bij gebrek aan ervaring in het geven van adviezen op het gebied van arbeid of re-integratie tijdig hulp aan ervaren ergotherapeuten of schakel een professional in (ergotherapeutische re-integratiecoach of een arbeidstherapeut).

Dont's

- Let op de boodschap die je als ergotherapeut uitstraalt. Het gevaar bestaat dat vrees- of pijnvermijdende overtuigingen ten aanzien van werk en het uitvoeren van werkgerelateerde activiteiten versterkt worden. Uit onderzoek blijkt dat dit een negatief effect heeft op verzuim.
- Let op het versterken van mogelijk irreële verwachtingen ten aanzien van activiteiten en werk.

5.10 Balans in activiteiten

Beschrijving

Deze interventie betreft de "B" van het drieluik Balans, Opbouw en Flexibiliteit (BOF, zie paragraaf 2.2). Patiënten met Chronische Pijn ervaren een verstoorde balans in hun dagelijkse activiteiten. Dit brengt met zich mee dat zij op een lager niveau van functioneren dan vóór de pijnklachten, maar ook een relatief hoog niveau van functioneren of een sterk wisselend activiteitenpatroon kunnen voorkomen. In alle gevallen komen mensen niet toe aan de door hen gewenste waardevolle activiteiten.

Doel

- Inzicht geven in eigen activiteitenpatronen
- Bewust leren plannen en keuzes maken
- Aanleren flexibiliteit aan te brengen in planningen
- Balans bereiken tussen wat iemand doet en wat iemand kan

Theoretische achtergrond

Aan de verstoorde balans in het activiteitenpatroon ligt een inadequate coping in het omgaan met pijn ten grondslag. Meest voorkomende inadequate copingstijlen bij patiënten met Chronische Pijn zijn vermijden (op basis van catastroferen) (Vlayen & Linton, 2000), negeren van lichaamssignalen met als gevolg doorgaan (Hasenbring et al., 2014) en een combinatie van beiden (Esteve et al., 2017). Hieronder (nogmaals) een korte beschrijving van de 3 meest voorkomende handelingspatronen bij patiënten met Chronische Pijn en bijbehorende interventies.

Vermijden van pijn en activiteiten: Patiënten hebben een laag activiteitsniveau doordat activiteiten worden vermeden of worden aangepast. Dit kan zijn om pijn(toename) of verwachte schade te

vermijden en ook om het functioneren in de toekomst veilig te stellen. Het is essentieel te achterhalen of dit vermijden gebaseerd is op catastroferende gedachten zoals bijvoorbeeld "als ik deze boodschappentas til, dan raken mijn zenuwen bekneld en raak ik verlamd". Bij angst voor toekomstig functioneren kan een catastroferende gedachte zijn: "als ik het huishouden in één dag doe dan lig ik de rest van de week in bed en kan ik niet meer voor mijn kinderen zorgen". In dit geval is Exposure in vivo de meest geschikte interventie. Als er geen sprake is van belemmerende bewegingsangst, maar wel van een hoge mate van vermijding, leidend tot inactiviteit, kan de ergotherapeut met de patiënt werken aan een (dag)structuur en een basisritme.

Negeren of ontkennen van pijn en bijbehorende emoties of lichaamssensaties: Patiënten waarbij dit aan de orde is, hebben continu een hoog activiteitsniveau. De oorzaak hiervan zit vaak in hoe iemand naar zichzelf en de wereld kijkt, en dit kunnen hardnekkige patronen zijn die ook inzet van bijvoorbeeld een psycholoog vragen. Ergotherapeuten kunnen patiënten helpen inzicht te krijgen in dit patroon. Het is essentieel om te achterhalen wat de reden is dat dit gebeurt: wat wil iemand vermijden door (letterlijk) niet stil te staan? Hierdoor kan aangegrepen worden op de oorzaak, zodat gedragsverandering op lange termijn plaats kan vinden en vastgehouden kan worden. Ergotherapeuten kunnen de patiënt helpen weer contact te maken met hun lichaam, de 'gezonde' lichaamssignalen te herkennen en daarnaar te handelen. Er wordt toegewerkt naar een meer gelijkmatige belasting. Bijvoorbeeld met behulp van de Activiteitenweger of dag- /weekplanningen.

Een afwisselend patroon van vermijden door activiteiten niet meer uit te voeren of vermijding door gewoon door te gaan (niet stil te staan bij de situatie) en (over)actief zijn. Er ontstaat een patroon van pieken en dalen. Bij deze patiënten wisselen dagen met een hoog activiteitsniveau elkaar af met dagen met een laag activiteitsniveau, op basis van hoe zij zich voelen ("goede en slechte dagen"). Ergotherapeuten kunnen de patiënt helpen inzicht te verkrijgen in dit patroon, bijvoorbeeld middels tijdschrijflijsten of Activiteitenweger, om daarna toe te werken naar een meer gelijkmatige belasting (balans). Zodra deze balans bereikt is, kan het activiteitsniveau verhoogd worden. (Graded Activity (5.1) en Opbouw Activiteitsniveau (5.11))

Methode

De eerste stap in het herstellen van de balans in activiteiten is inzicht krijgen in de (objectieve) verdeling van hoeveelheid en duur van soort activiteit gedurende de dag en week. Hiervoor kunnen verschillende middelen gebruikt worden, zoals tijdschrijflijsten, de Activiteitenweger of een activiteitenmonitor. Daarnaast is het belangrijk om tijdens het bespreken van de lijsten drijfveren en waarden van patiënt te achterhalen. Wat maakt dat de patiënt de activiteit niet of juist wel afmaakt? Waartoe dient de rust? Zowel inzicht in de relatief objectieve feiten als de subjectieve waarden zijn belangrijk om vervolgens met de verworven inzichten aan de slag te gaan. Dan kan over worden gegaan naar stap twee namelijk het veranderen van gedrag door bewust te gaan plannen. Bij het plannen is het belangrijk dat de patiënt flexibiliteit leert aan te brengen in zijn planning. Het bewust plannen is slechts een (tijdelijk) hulpmiddel en geen doel op zich. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van dag-en/of weekplanningslijsten als agenda's.

Do's en dont's

Do's

- Verkrijg inzichten in de relatief objectieve verdeling van hoeveelheid en duur van soort activiteit en gedurende de dag en week.
- Maak patronen van vermijding, pieken-dalen of persisteren inzichtelijk voor de patiënt.
- Achterhaal de drijfveren en waarden van patiënt
- Creëer inzicht in de verschillende wijzen van ontspanning en hoe deze toegepast kunnen worden.
- Breng balans in het activiteitenpatroon aan als voorwaarde voor flexibiliteit en evt. opbouw.

Don'ts

- Wees alert op het bekrachtigen van (bewegings)angst en/ of schadecognities.
- Wees alert op het bekrachtigen van inadequate coping niet.
- Neem bij het bepalen van de mate van belasting niet de pijn niet als leidraad.
- Heb niet alleen aandacht voor relatief objectieve gegevens (stappen, punten), maar zeker ook voor (gezonde) lichaamssignalen.
- Laat ontspannen(mindfulness/lichaamsgericht) een geïntegreerd onderdeel zijn van het werken aan balans.

5.11 Opbouwen van activiteiten(niveau)

Beschrijving

Deze interventie betreft de “O” van het drieluik Balans, Opbouw en Flexibiliteit (BOF, zie paragraaf 2.2). Zoals eerder geschetst hebben patiënten met Chronische Pijn te maken met een verstoorde balans in hun dagelijkse activiteiten(patroon). Dit kan met zich meebrengen dat zij op een (veel) lager niveau functioneren dan vóór de pijnklachten. Zo spoedig mogelijk, maar zeker wanneer er weer een balans is gevonden (zie interventie “Balans in activiteiten(patroon)”) wordt er samen met de patiënt gekeken naar wenselijkheid en mogelijkheid van het opbouwen dan wel vergroten van het activiteitsniveau. De ergotherapeut zal in de keuze van de activiteit(en) de patiënt zoveel mogelijk stimuleren te kiezen voor betekenisvolle activiteiten. Mogelijk wordt dit voorafgegaan door samen op zoek te gaan naar (mogelijk uit het oog verloren) levenswaarden.

Doel

Het tijdscontingent opbouwen dan wel uitbreiden van het huidige niveau van activiteiten.

Theoretische achtergrond

Het opbouwen van het activiteitsniveau kan op verschillende manieren. Graded Activity is een effectieve manier om het niveau van functioneren te verbeteren bij patiënten met Chronische Pijn (Geilen et al., 2006). Deze methode is eerder beschreven in dit hoofdstuk. Ook de Activiteitenweger is een methode die geschikt is om de algemene belastbaarheid op te bouwen. Een voorzichtige conclusie uit onderzoek is dat het werken met de Activiteitenweger voor de deelnemers met Chronische Pijn effectief bleek te zijn in het verminderen van hun beperkingen (Dijke et al., 2014).

Methode

Voor Graded Activity zie paragraaf 5.1

Bij de Activiteitenweger dienen de volgende stappen gevolgd te worden:

- Bepalen van de basislijn (3 tot 5 meetdagen) door het gemiddelde aantal punten van deze dagen te berekenen. De patiënt kiest/berekent zijn eigen basislijn, rekening houdend met zijn eigen, gezonde, lichaamssignalen en samen met de ergotherapeut die inschat of het aantal punten reëel is. Belangrijk is dat het wegen van de activiteiten gebeurt op basis van inspanning en niet op basis van (pijn)klachten.
- Opstellen van het opbouwschema met als richtlijn om het niveau van de basislijn 20% onder het gemiddelde te kiezen.
- Uitvoeren van het opbouwschema en evaluatie hiervan (bekrachten gezond gedrag)
- Aandacht voor generalisatie/terugvalpreventie

Ook kunnen activiteitenmonitoren ingezet worden om fysieke activiteiten op te bouwen. Een activiteitenmonitor, zoals een smartwatch, neemt de motorische output van activiteiten waar zoals zitten, staan en lopen en kan op deze manier de patiënt en de behandelaar een actueel inzicht geven in het fysieke activiteitsniveau. Op basis van dit inzicht kunnen gerichte adviezen worden gegeven. Ook hier geldt weer de regel van tijdscontingent opbouwen.

Do's en dont's

Do's:

- Bespreek met de patiënt of er activiteiten vermeden worden op basis van pijn die wel betekenisvol voor de patiënt zijn. Hoewel momenteel niet meer uitgevoerd, kunnen zij wel degelijk meegenomen worden in het opbouwplan. Neem het belastingspatroon (paragraaf 5.10) mee in het bepalen waar het basisniveau ligt. Bij patiënten met een laag activiteitsniveau kan hoger worden gestart (rond het gemiddelde is de richtlijn) dan bij patiënten met een hoog activiteitsniveau

Dont's:

Pas het opbouwschema niet aan bij toename van pijn. Neem de situatie en de beleving van de patiënt serieus en bekrachtig hem in het verder gaan met opbouwen volgens plan. Wees alert op het ontstaan van afhankelijkheid van punten of andere relatief objectieve gegevens (activiteitenmonitor). Deze kunnen, met name bij meer controlebehoeftige patiënten, als waarheid worden beschouwd en daarmee de inflexibiliteit vergroten. 5.12 Flexibiliteit in activiteitenuitvoer.

Beschrijving

Deze interventie betreft de "F" van het drieluik Balans, Opbouw en Flexibiliteit (BOF, zie paragraaf 2.2). Bij patiënten met Chronische Pijn is er sprake van patronen in activiteiten(uitvoer) die ervaren beperkingen en pijn in stand houden. Hiermee wordt niet zozeer het innemen van belastende houdingen of het te lang achter elkaar uitvoeren van activiteiten bedoeld, maar vooral de intensiteit waarmee activiteiten worden uitgevoerd. Automatismen, voorkomend uit (angst voor (toename van)) pijnklachten/schade of al pre morbide bestaande persoonlijke neigingen (zoals perfectionisme), maken dat een eenzijdige wijze van activiteitenuitvoer is ontstaan. Aan de uiteindes van dit intensiteits-continuüm liggen aan de ene zijde een voorzichtig, traag, hypokinetisch en gecontroleerd handelings- en bewegingspatroon en aan de andere zijde een snel, hypertoon en resultaatgericht handelings- en bewegingspatroon. Beide typen van activiteitenuitvoer doen een fundamenteel ander beroep op neurologische, fysiologische en mentale processen en daarmee ook op stressresponsen. (Zie Uitwerking hieronder.) De mens is gebaat bij het bespelen van het gehele continuüm van belastingsintensiteit; zowel hoog- als laagintensief. Het is een belangrijke factor bij het realiseren van duurzame fysieke en mentale gezondheid.

Doel

Vergroten van de flexibiliteit in de wijze waarop activiteiten uitgevoerd worden. Het doorbreken van niet-helpende automatismen in handelingsintensiteit. Hierdoor kan er beter richting aan de, voor die persoon, belangrijke waardes worden gegeven. Met flexibiliteit wordt hier bedoeld dat iemand de keuze kan maken om een activiteit met een hogere of een lagere intensiteit uit te voeren. Dus hoger/lager tempo, meer/minder kracht, meer/minder focus afhankelijk wat hij/zij op dat moment nodig heeft en wat helpend is in herstel in functioneren.

Theoretische achtergrond

Dit stuk is vooral *experience based*. In de literatuur is geen bewijs te vinden over de relatie tussen de wijze van activiteitenuitvoer en pijn coping. Door de ergotherapeuten in de overleggroep wordt bovenstaande echter duidelijk herkend in de dagelijkse praktijk. Vandaar dat ervoor gekozen is dit op te nemen in de handreiking. Hoewel van oudsher in de ergotherapeutisch behandeling de nadruk vooral ligt op verlagen van tempo en intensiteit, zoals bekend van *pacing* technieken, verdient ook de mogelijkheid van het verhogen van handelings- en beweegintensiteit de aandacht. Uit literatuur is bijvoorbeeld bekend dat intensief sportief bewegen gunstige effecten heeft op angst en depressie en dat het de stemming verbetert (Chatzetheodoru et al., 2007) (Fox 1999) (Scully et al 1998). Dit mechanisme kan doorgetrokken worden naar het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten.

Kenmerken van hoog-intensief:

- Focus op resultaat, nauwe focus.
- Fysiologische processen 'aan' (verhoogde hartslag, ademhaling, spierkracht).
- Mentale processen 'uit' (minder ruimte voor belemmerende gedachtes/piekeren).
- Afname fysiologische stress-respons.
- Kortdurend vol te houden, maar ook snel herstel.
- Veel beleving/veel energie.

Kenmerken van laag-intensief:

- Focus meer op lichaam/omgeving; brede focus.
- Fysiologische processen 'uit'.
- Mentale processen 'aan'; meer ruimte voor gedachtes/piekeren, meer waarneming prikkels, doorgaans betere informatieverwerking.
- Langer vol te houden.
- Minder beleving/minder energie.

Methode

Allereerst dient er bewustwording van de prominente handelings- en bewegingspatronen binnen het intensiteitscontinuüm te worden gecreëerd. Dit is voorwaarde om te kunnen veranderen. Vervolgens dienen de minder geadresseerde gebieden van het continuüm te worden aangegaan. Zo kan immers, wanneer de vaardigheid tot ander gedrag aanwezig is, worden gekozen voor een wijze van bewegen of handelen die niet in stand houdend zijn bij de ervaren beperkingen en pijn. Diverse activiteiten kunnen worden ingezet om bewustwording en verandering te realiseren. Zo kan er binnen het wandelen of het vegen van een stoep gekozen worden om kortdurend hoog-intensief te handelen. Ook kunnen minder alledaagse activiteiten als middel geconstrueerd worden om op een veilige manier met dergelijke principes te experimenteren en succeservaringen op te doen.

Soms hebben mensen de intensiteit van handelen dermate teruggeschroefd dat er een voortdurend nadenkend bewegen of handelen is ontstaan. Er wordt dan een overmatig beroep op het willekeurige (bewuste) zenuwstelsel gedaan. Handelingen/bewegingen die doorgaans automatisch worden uitgevoerd (zoals lopen) worden bewust gemaakt. Zij verlopen dan vaak minder gecoördineerd, met meer spanning en kosten uiteindelijk meer energie. Ook hier is het uit het oogpunt van flexibiliteit van belang om het andere uiteinde van het continuüm te leren onderzoeken, dus om het automatische bewegen/handelen meer uit te lokken.

Natuurlijk kan er, door gebruik te maken van bepaalde technieken, ook binnen het laag-intensieve handelen minder hinder van belemmerende gedachtes worden ondervonden. Mindfulness technieken zijn hiervoor uitermate geschikt. Ook dit draagt bij aan flexibiliteit.

Do's en dont's

Do's:

- Help de patiënt ontdekken van zijn prominente intensiteitspatroon door het inzetten van dagelijkse en minder alledaagse activiteiten.
- Daag de patiënt uit tot het experimenteren met het zetten van stappen richting de minder gebruikte kant van het continuüm, tot het leren betreden van nieuwe paden in de activiteitenuitvoer.

Creëer veilige en uitdagende activiteiten en situaties die precies goed zijn (*just-right challenge*)

- Laat laag-belastbare patiënten met vooral laag-intensieve handelingswijzen aanvankelijk slechts kortdurend hoog-intensief belasten. Bij langdurige hoog-intensieve belasting zal de succeservaring gering zijn vanwege een mogelijk heftige reactie uit het reeds gesensitiseerde pijn- en stress systeem. Gaandeweg kan de tijdsduur worden uitgebreid.

Don'ts:

- Oordeel niet over de wijze van activiteitenuitvoer. Er is geen 'goed' of 'fout' in intensiteit. Het gaat om het vergroten van de flexibiliteit; doorbreken van belemmerende, vastzittende patronen.
- Leg geen overmatige nadruk op het bewust bewegen. Dit kan ook een negatieve impact hebben op de kwaliteit van bewegen en daarmee op het totale functioneren.
- Let op woorden en interventies. Stuur niet op voorzichtigheid bij patiënten met onderliggende angst. Wanneer pijngerelateerde angst het belangrijkste aangrijpingspunt is, is Exposure in vivo de meest aangewezen interventie

Literatuurlijst

- Aegler, B., Heigl, F., Zischeck, F., (tekst). Leenders, J. en van de Ven-Stevens, L. (vertaling) (2019) De Mini-Activiteiten-Aanpak (MAA). Ergotherapie Magazine 6, 2019, 26-30.
- Andersen, M. L., Araujo, P., Frange, C., & Tufik, S. (2018). Sleep Disturbance and Pain: A Tale of Two Common Problems. *Chest*, 154(5), 1249–1259.
- A-Tjak, J., Groot de, F. (2008). Acceptance and Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Batink, T., Jansen, G. & de Mey, H. De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving. *GZ - Psychologie* 4, 18–21 (2012). <https://doi.org/10.1007/s41480-012-0043-x>
- van Beugen, S., van Middendorp, H., Van der Vaart, R., Ferwerda, M., & Evers, A. W. M. (2015). eHealth cognitieve gedragstherapie voor patiënten met chronische somatische aandoeningen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 93(2), 68-76.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), 843.
- Chatzitheodorou, D., Kabitsis, C., Malliou, P., & Mougios, V. (2007). A pilot study of the effects of high-intensity aerobic exercise versus passive interventions on pain, disability, psychological strain, and serum cortisol concentrations in people with chronic low back pain. *Physical therapy*, 87(3), 304–312.
- Cup EHC, Satink T. (2017). Ergotherapierichtlijn QVS – Coaching bij activiteiten van het dagelijks leven. Radboudumc & Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Nijmegen.
- Dargan, P. J., Simm, R., & Murray, C. (2014). New approaches towards chronic pain: patient experiences of a solution-focused pain management programme. *British journal of pain*, 8(1), 34–42. <https://doi.org/10.1177/2049463713516755>
- Dijke, van, M., Frijters, M., Steijsiger, M., Westerveld, R. (2014). Onderzoeksrapport 'De Activiteitenweger' Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Dubouloz, C. J., Laporte, D., Hall, M., Ashe, B., & Smith, C. D. (2004). Transformation of meaning perspectives in clients with rheumatoid arthritis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(4), 398-407.
- Eklund M., Orban K., Argentzell E., Bejerholm U., Tjörnstrand C., Erlandsson L.K., Håkansson C. (2017) The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scand J Occup Ther*. 2017 Jan;24(1):41-56.
- Esteve R, López-Martínez A.E., Peters M.L., Serrano-Ibáñez E.R., Ruíz-Párraga G.T., González-Gómez H., Ramírez-Maestre C. (2017). Activity Pattern Profiles: Relationship With Affect, Daily Functioning, Impairment, and Variables Related to Life Goals. *J Pain*. 2017 May;18(5):546-555.
- Fleming A. & Vollebregt J. (2016). *Pijn & het brein*. Uitgeverij Prometheus.
- Fox KR (1999): *The influence of physical activity on mental well-being*. *Public Health Nutr*, 2: 411-418.
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *American psychologist*, 69(2), 119.

- Geilen M. J. & Wennemars L. W. (2019). Graded Activity. In: Handboek Pijnrevalidatie voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg. Bohn Stafleu en van Loghum, red: Verbunt J. A., Swaan J. L., Schiphorst Preuper H. R. & Schreurs K. M. G.
- Geilen, M. J., Wilgen, C. V., Koke, A., & Engers, A. J. (2006). *Graded activity: een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici*. Bohn Stafleu van Loghum.
- de Haan, P. (2021). Waardekaarten; van vermijding naar toegewijde actie. *Ergotherapie Magazine* 49 (6),.
- Harris R. (2020), *Act in de praktijk*, Amsterdam: Hogrefre Uitgevers
- Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain Manag.* 2014;4(5):363-74. doi: 10.2217/pmt.14.36. PMID: 25350076.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry.* 2019 Jun;18(2):226-227. doi: 10.1002/wps.20626. PMID: 31059616; PMCID: PMC6502411.
- Heuts, P., & Kleen, M. (2015). ACT bij Chronische Pijn. In J.A-Tjak (Red). Acceptance and commitment therapy; Theorie en praktijk (pag. 119-126) (2e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hiemstra D. & Bohlmeier E.(2013). De Sterke kanten benadering. Persoonlijke kwaliteiten als hefboom voor verandering. In Bohlmeier E., Bolier L.,Westerhof G.& Walburg J.A. (Reds.), *Handboek voor Positieve Psychologie* (2e ed., pp 123-138). Amsterdam, Nederland: Boom.
- den Hollander, M., Goossens, M., de Jong, J., Ruijgrok, J., Oosterhof, J., Onghena, P., & Vlaeyen, J. W. (2016). Expose or protect? A randomized controlled trial of exposure in vivo vs pain-contingent treatment as usual in patients with complex regional pain syndrome type 1. *Pain*, 157(10), 2318-2329.
- Hulstein- Gennep, G. van. & Hove-Moerdijk, K. ten. (2008). De activiteitenweger: methodisch werken aan belasting en belastbaarheid. *NTVET*, (4), 22-25.
- Hoffman, M. D., & Hoffman, D. R. (2007). Does aerobic exercise improve pain perception and mood? A review of the evidence related to healthy and chronic pain subjects. *Current pain and headache reports*, 11(2), 93–97.
- Huber, M. Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 2013:91, 133–134.
- Hul, J., Lampaki, E., Wilmers, K. (2021). Pijneducatie binnen ergotherapie. *Afstudeerscriptie Zuyd Hogeschool*.
- Hulstein-van Gennep, G., & Hove-Moerdijk, K. T. (2008). De activiteitenweger, methodisch werken aan belastbaarheid. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 36(3), 22-25.
- Jamieson-Lega, K., Berry, R., & Brown, C. A. (2013). Pacing: A concept analysis of a chronic pain intervention. *Pain Research and Management*, 18(4), 207-213.
- Jansen, G. & Batink, T. (2014), *Time to ACT! Het basisboek voor professionals*. Zaltbommel; Thema.

- de Jong JR, Vlaeyen JWS, van Eijnsden M, Loo C, Onghena P. (2012) Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): Effects of exposure in vivo. *Pain* 2012;153:2109-2118.
- Kindermans, H. P., Roelofs, J., Goossens, M. E., Huijnen, I. P., Verbunt, J. A., & Vlaeyen, J. W. (2011). Activity patterns in chronic pain: underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The journal of pain*, 12(10), 1049–1058.
- Korthagen F. & Nuyten E. (2015). Krachtgericht coachen: een aanpak voor diepgaand leren en effectief functioneren. Amsterdam Boom-Lemma.
- Latremoliere, A., & Woolf, C. J. (2009). Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *The journal of pain*, 10(9), 895-926.
- Leenders, J. M. P., Geurts, A. C. H., Steultjens, E. M. J., Packer, T. L., & Cup, E. H. C. (2023). Test-retest reliability of three life balance measures in people with neuromuscular disease: the activity card sort-NL, the activity calculator, and the occupational balance questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 46(10), 2138–2144.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2213482>
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30(1), 77-94.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., van Breukelen, G. J., de Jong, J. R., Heuts, P. H., Smeets, R. J., & Vlaeyen, J. W. (2008). Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 138(1), 192-207.
- Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., van Breukelen, G. J. P., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2006). Het meten van de dreigwaarde van activiteiten in patiënten met chronische lage rugpijn: De Photograph Series of Daily Activities - Short electronic Version (PHODA-SeV). *Revalidata*, 134, 6-9.
- Lissek S., Powers A., McClure E., Phelps E., Woldehawariat G., Grillon C., Pine D (2005), Classical fear conditioning in the anxiety disorders: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 43, Issue 11, 1391-1424.
- van Meulenbroek, T., Conijn, A. E., Huijnen, I. P., Engelbert, R. H., & Verbunt, J. A. (2020). Multidisciplinary treatment for hypermobile adolescents with chronic musculoskeletal pain. *Journal of Rehabilitation Medicine-Clinical Communications*, 3.
- Morita, Y., Sasai-Sakuma, T., & Inoue, Y. (2017). Effects of acute morning and evening exercise on subjective and objective sleep quality in older individuals with insomnia. *Sleep Med*, 34, 200-208.
- Nichols, D. S., & Glenn, T. M. (1994). Effects of aerobic exercise on pain perception, affect, and level of disability in individuals with fibromyalgia. *Physical therapy*, 74(4), 327–33
- Oosterhof B, Kaar van het L, Wit D. Gedeelde besluitvorming, van milde manipulatie naar echt partneren met de cliënt. *EM*. 2017; 3: 43-46.
- Palermo, T. M., Wilson, A. C., Lewandowski, A. S., Toliver-Sokol, M., & Murray, C. B. (2011). Behavioral and psychosocial factors associated with insomnia in adolescents with chronic pain. *PAIN®*, 152(1), 89-94.

- Persson, D., Andersson, I., & Eklund, M. (2011). Defying aches and revaluating daily doing: Occupational perspectives on adjusting to chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 188-197.
- Rashid M., Kristofferzon M., Nilsson A. Predictors of return to work among women with long-term neck/shoulder and/or back pain: A 1-year prospective study. Published: November 23, 2021, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260490>
- de Rooij, A., van der Leeden, M., de Boer, M. R., Steultjens, M. P., Dekker, J., & Roorda, L. D. (2015). Fatigue in patients with chronic widespread pain participating in multidisciplinary rehabilitation treatment: a prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*, 37(6), 490–498.
- Rumping, K. & Bakkum van R. (2019) Mijn beschermende brein. Het boek, het werkboek en de poster.
- Satink T, Winding K, Jonsson H. Daily Occupations with or without Pain: Dilemmas in Occupational Performance. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*. 2004;24(4):144-150. doi:10.1177/153944920402400404
- Schreurs, K. M. G., van Baalen, B., & Heuts, P. H. T. G. (2019). Acceptance and commitment therapy. *Handboek pijnvalidatie: Voor de eerste-, tweede-en derdelijns gezondheidszorg*, 209-217.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British journal of sports medicine*, 32(2), 111–120.
- Stiggelbout AM, Weijden van der T, Wit de MPT, Frosch D, Légaré F, Montori VM et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012; 344: e256.
- Trompetter, H.R., Bohlmeijer, T., Baalen van B., et al. *The PIPS; Exploration of Psychometric Properties in a Heterogeneous Chronic Pain Sample*. Published online, Januari 01, 2014 <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000191>
- Trompetter, H.R., Klooster ten, P.M., Schreurs, K.M.G., et al. *Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): psychometric evaluation in a nonclinical sample and a chronic pain sample*. *Psychol Assess* 2013 dec; 25 (4): 1235-1246.
- Tsang, C., Venema, I., Meerhoff, D., Hoedt, T. (2020) Weer aan het Werk met Chronische Pijn. Hogeschool Amsterdam
- Veehof, M. M., Schreurs, K. M. G., Hulsbergen, M. L., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het aanvaarden*. (5). Uitgeverij Boom.
- Veenhof, C., Köke, A. J., Dekker, J., Oostendorp, R. A., Bijlsma, J. W., Van Tulder, M. W., & Van Den Ende, C. H. (2006). Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee: A randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 55(6), 925-934.
- van de Ven-Stevens L Cup E, Wassink D, Satink T, Graff M. . Meten is weten. Steeds meer aandacht voor meten vanuit perspectief van de cliënt: de PRO-ERgo. *Ergotherapie Magazine*. 2022;3:14-6
- Verbunt, J. A., & Smeets, R. J. E. M. (2017). *Graded exposure*. Bohn Stafleu van Loghum

- Verbunt J. A., Swaan J. L., Schiphorst Preuper H. R. & Schreurs K. M. G. (2019). *Handboek pijnrevalidatie voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg*. Bohn Stafleu en van Loghum
- Vlaeyen, J. W., Morley, S., Linton, S. J., Boersma, K., & de Jong, J. (2012). *Pain-related fear: Exposure-based treatment of chronic pain*. IASP press.
- Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000 Apr;85(3):317-332. doi: 0.1016/S0304-3959(99)00242-0. PMID: 10781906.
- Voogt, L. P. (2009). *De ervaringswereld van patiënten met Chronische Pijn* (Proefschrift, Universiteit voor Humanistiek). Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Vries, H. J. D. (2012). *Working with pain: sustainable work participation of workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain*. s.n.
- Werner, E.L., Cote, P., Fullen, B.M., & Hayden, J.A. (2012). Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: A systematic review. *Pain*, 155(1), 179-189.
- Wever, L., & Voogt, L. (2023) Aandacht voor zingeving bij mensen met Chronische Pijn in de ergo- en fysiotherapeutische zorg. Kennissynthese. In press.
- van Wilgen, P & Nijs J. (2010) *Pijneducatie, een praktische handleiding voor paramedici*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249-272.

Richtlijnen, Standaarden en visiedocumenten

- Zorgstandaard Chronische Pijn (2017)
<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Chronische+Pijn.pdf>
- Richtlijnen NHG. Slaapproblemen en slaapmiddelen. (2014)
- Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/organisatie_van_zorg_bij_chronische_pijnrevalidatie_2024.html
- Leidraad organisatie en zorg voor patiënten met Chronische Pijn (autorisatiefase).
- Fundamenten ergotherapeutische behandeling bij Chronische Pijn- en/of vermoeidheidsklachten. Landelijke werkgroep "Ergotherapie en Chronische Pijn" april 2015 (herziene versie).
- Behandelkader Chronische Pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat. Vereniging van Revalidatieartsen, 2020.
- SKMS behandelelementen (2016)

Meegewerkt aan de handreiking

Deze handreiking is tot stand gekomen door:

Schrijvers (leden overleggroep Chronische Pijn: Berthe Oving, Patrick de Haan, Greke Hulstein, Cathelijne Nijenhuis, Marieta Wolter, Carla Kraaij, Inge Kieboom, Sanne de Jong, Margot van Melick, Justy Schaap, Linda van der Voorde, Anita IJntema, Lise Brandsma, Judith Schouten, Hanneke Koomans.

Leden die tussen 2020-2023 meegedacht hebben over de handreiking: Susan Ernst, Shirley Bezemer, Marieke Lindenschot, Carla Duiveman, Lennard Bijl, Wieteke Vriens, Bep van Norden, Renske Janssen, Marleen de Leeuw, Shirley Bezemer, Janneke Fleuren, Lieke Vos, Lisanne Broekhoven, Krista de Vries, Lusanne Meints, Brigitte van Gestel, Charlotte Dellelijn, Jessie Stroek, Eva Haasbroek, Ina Kleijwegt.

Externe feedbackronde

Marlies den Hollander, ervaren ergotherapeut en psycholoog Adelante Hoensbroek

Carmen Donkers, ergotherapeut Ergotherapie met elkaar

Marlous van Disseldorp, revalidatiearts Merem

Wendy Sulkers, ervaren ergotherapeut Laurentius Ziekenhuis Roermond

Debbie Rijnbeek, ervaren ergotherapeut Debby Rijnbeek Coaching & Training

Bijlage 1: Scholing

Algemene gedragsmatige technieken	Titel scholing	Aanbieder
Graded Activity	Cognitief-gedragsgeoriënteerde aanpak bij Chronische Pijn.	Pro Education
	Grip op aanhoudende pijn en vermoeidheid	NPI
	Aanhoudende pijn en vermoeidheid: opbouw van energiereserves en beweegactiviteiten	NPI
Graded Exposure	Exposure in vivo bij Chronische Pijnklachten bij volwassenen	Adelante Academie
	ACT basiscursus	ACT in actie
	Basisopleiding ACT	ErgoAcademie
	Acceptance and Commitment therapy	Pro Education
	ACT op maat: individueel of multidisciplinair	https://kmgschreurstrainingen.nl /
	ACT	ICM
Pijneducatie	Praktijkdag pijneducatie	Fysioacademie
	Pijneducatie en leefstijl, een integrale benadering bij langdurige pijn	Transcare
	Pijneducatie in de praktijk	Denkfysio
	Grip op aanhoudende pijn en vermoeidheid	NPI

Ergotherapeutische scholingen	Titel	Aanbieder
ET en pijn	Ergotherapie bij aanhoudende pijnklachten	E-learning bij Ergolearning
ACT	Waardenkaarten en ACT	ErgoAcademie
	Ergotherapie en Waardenkaarten	E-learning bij ErgoLearning/ErgoAcademie
Balans, Opbouw en veerkracht in Activiteiten	Training Mini Activiteiten Aanpak: een boost voor veerkracht	ErgoAcademie
	Activiteitenweger	Activity Matters
	Belasting/Belastbaarheid nieuwe blik	ErgoAcademie

Ergotherapeutische scholingen	Titel	Aanbieder
	Activiteitenmonitor als Ergotherapeutische diagnostiek en interventie	ErgoAcademie
Bekrachtigende benaderingswijzen	Sterke kanten benadering	ErgoAcademie
	Motivational interviewing	Pro Education
	Motiverende gespreksvoering bij mensen met een chronische aandoening	NPI
	Oplossingsgericht werken voor paramedici	E-learning bij Ergolearning
	Basiscompetenties motiverende gespreksvoering	ErgoAcademie
Arbeid	Training weer aan het werk	ErgoAcademie
	Zelfverzekerd aan de slag met spoor 2	Raad en respons
	Cursus Arbeidsbegeleiding binnen de Multidisciplinaire Setting	ErgoAcademie
Slaap	Cursus SlaapSlim	ErgoAcademie
	Slaap en Herstel	NPI
	Slaapproblemen: slaapcycli en de relatie met activiteiten overdag	ErgoAcademie

Bijlage 2 Educatie middelen

4.2. Bijlage: Overzicht bronnen

Type bron	Bronnen
Filmpjes	Youtube film 'begrijp de pijn': https://www.youtube.com/watch?v=9pFdTCLjEzo Filmpje pijneducatie Loes Swaan: https://www.youtube.com/watch?v=KGjTaCUkNKk 9-tal infoclipjes (instelling OCA) ○ Feiten en fabels https://youtu.be/2adY7F012qU ○ Pijn https://youtu.be/h4JZYVIBxZk ○ Sensitisatie https://youtu.be/2adY7F012qU ○ Ontregeling https://youtu.be/ni0731dljZU ○ GA https://youtu.be/QoZqfLMbZZ0 ○ Bewegingsangst https://youtu.be/EqCpDbDiNUM ○ Gevolgen van pijn https://youtu.be/-rmPf7Oz88I ○ Cognitieve gedragstherapie https://youtu.be/E00EnmsuSI ○ Vermoeidheid https://youtu.be/J8V0YwU3JTo TEDxAdelaide - Lorimer Moseley - Why Things Hurt https://www.youtube.com/watch?v=gwdhttps://www.youtube.com/watch?v=gwd-wLdIHjswLdIHjs Tame the Beast – It's time to rethink persistent pain https://www.youtube.com/watch?v=ikUzvSph7Z4 Explaining chronic pain: The role that stress plays and the creation of learned nerve pathways https://www.youtube.com/watch?v=XM5hdIEOSFM Pijneducatie https://www.youtube.com/watch?v=w_QMovjlzmk
Websites	Retrainpain.org: https://www.retrainpain.org/nederlands Pijnalliantie: https://pijnalliantieinnederland.nl/ Netwerk Chronische Pijn: https://www.netwerkchronischepijn.nl/patienten/ehealth-2/
Boeken	Pijn & het brein: Fleming, A., & Vollebregt, J. (2016). Pijn & het brein (1ste ed.). Bert Bakker. Pijneducatie: een praktische handleiding voor (para)medici: van Wilgen, V. P., & Nijs, J. (2010). Pijneducatie - een praktische handleiding voor (para)medici (Dutch Edition). Bohn Stafleu van Loghum. Handboek Pijnrevalidatie: Voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg: Verbunt, J. A., Swaan, J. L., Preuper, H. S. R., & Schreurs, K. (2019). Handboek pijnrevalidatie: Voor de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg (Dutch Edition) (1st ed. 2019 ed.). Bohn Stafleu van Loghum. Leven met pijn: Schreurs, K. M. G., Veehof, M. M., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. T. (2010). Leven met pijn + audio cd / druk 1. Boom Lemma. Pijn de baas: Winter, F. (2000). De pijn de baas (4de ed.). Macmillan Publishers. Time to ACT!: Jansen, G., & Batink, T. (2014). Time to ACT! (2de ed.). Thema uitgeverij van Schouten & Nelissen. Graded Activity: Geilen, M. J., Wilgen, C. P., Koke, A., & Engers, A. J. (2006). Graded Activity. Bohn Stafleu van Loghum. Explain pain: Butler, D., & Moseley, L. (2020). Explain Pain Second Edition. Noigroup Publications. Pijn waarom?: Cranenburgh, B. (2012). Pijn, waarom? (1ste ed.). Iton, Instituut Voor Toegepaste Neurowetenschappen. Chronische Pijn verklaard: Keizer, D., & van Wilgen, P. (2013). Chronische Pijn verklaard (1ste ed.). Lannoo.

Anders	- Zorgstandaard Chronische Pijn: Perez, R. S. G. M., van Dalen-Kok, A. H., Giesberts, M. G., van den Hout, J. H. C., Keizer, D., Köke, A. J. A., Nitert, L., Schiere, S., Smeets, R. J. E. M., & ThomassenHilgersom, I. L. (2017, maart). Zorgstandaard Chronische Pijn. Vereniging samenwerkingsverband pijnpatient naar één stem. https://www.pijnpatientennaar1stem.nl/wp-content/uploads/2017/04/ZorgStandaard_Chronische_Pijn_versie_2017_03_28.pdf
--------	---

4.3. Bijlage: Overzicht metaforen

Doel	Metafoor	Bronnen
Uitleg over sensitatie	Defect alarmsysteem Autoalarm Inbrekersalarm Nieuwsbericht Radio/tv staat te hard Gitaar Zenuw sensoren Nosy neighbors	Pijneducatie voor (para)medici p.86 https://www.youtube.com/watch?v=Ppcn8Ioj3UA - Handboek Pijnrevalidatie p. 184 https://fysioactio.nl/pijneducatie-deel1/
Hypervigilantie (overmatige aandacht)	- Angst voor spinnen/schuur	-
Rusten bij Chronische Pijn helpt niet	- Rust roest	-
Bij het vechten tegen de pijn	Bal onder water houden Touwtrekken met de pijn boven een ravijn	https://www.brout.nl/mindfulness-oefening-de-bal https://www.brout.nl/mindfulness-oefening-de-bal-onderwater/onderwater/#:~:text=Of%2C%20in%20woorden%20van%20de,bal%20verdwenen%20uit%20het%20zicht. https://www.actinactie.nl/attachments/File/Touwtrekken_2013.pdf
De pijn is altijd bij je maar niet meer tot last	- Grote stalen bal die als last aan het been mee wordt genomen overal waar de patiënt gaat en die kan veranderen in een pingpongballetje in broekzak om pijn te accepteren.	-

Energie bespreken	Snelweg op in 3 ^e versnelling Energie peilniveau Kassa en afrekenen Weegschaal	- https://www.multiraedt.nl/2016/02/29/draaglast-endraagkracht-bij-medewerkers/#:~:text=Een%20krachtige%20metafoor%20die%20ik,hebt%2C%20voorstellen%20als%20een%20weegschaal.&text=Wanneer%20de%20energie%20weegschaal%20in,als%20dat%20er%20uit%20gaat.
-------------------	---	---

Uit “Pijneducatie binnen ergotherapie” mei 2021

Afstudeerproject onder redactie van:

Joyce Hul, studente opleiding ergotherapie, Zuyd Hogeschool

Evgenia Lampaki, studente opleiding ergotherapie, Zuyd Hogeschool

Katharina Wilmers, studente opleiding ergotherapie, Zuyd Hogeschool

In samenwerking met:

Linda van der Voorde, vertegenwoordiger Ergotherapie Nederland

Werkgroep Chronische Pijn Ergotherapie Nederland

Uta Roentgen, onderzoeker Hogeschool Zuyd