



bernhoven

# Regionale Transmurale Afspraken

## Behandeling patiënten met (dreigende) chronische pijn

*RTA t.b.v. dreigende chronische pijn binnen Bernhoven*

Pijn Netwerk



Versie	Beheer
1.0	Bernhoven, Synchron

### Distributielijst

Huisartsen en specialisten van Bernhoven

**Datum:** 30 september 2019

**Versie:** 1.0

**Auteur:** Pieter de Visser en Evert Jan Das (Pijn Netwerk)  
Anneke Bouma-van der Ploeg (Synchron)  
Rolf de Kort en Gerard Koen (Bernhoven)

## Inhoud

Inhoud .....	2
Doelstelling van de RTA.....	3
Voordelen van het gebruik van deze RTA – Deelnemende disciplines.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Behandelindicatie - Behandeldoel.....	5
Diagnostiek / Beleid .....	6
Doelconcepten.....	8
Beleid/behandeling eerste en tweede lijn .....	9
Verwijzing .....	10
Frequentie en duur van de behandeling .....	10
Evaluatie .....	10

## **Doelstelling van de RTA**

Het doel van deze RTA is het maken van transmurale afspraken ten aanzien van de behandeling van patiënten met (dreigende) chronische pijn.

## Voordelen van het gebruik van deze RTA

- Zowel patiënten als zorgverleners weten waar de behandeling plaats kan vinden ([www.pijnnetwerk.nl](http://www.pijnnetwerk.nl))
- Er kan snel en gericht verwezen worden binnen de multidisciplinaire samenwerking
- De patiënt is op de hoogte van de veranderde (multidisciplinaire) benadering van zijn probleem
- Er vindt geen onnodige verdere diagnostiek plaats
- Deelnemende zorgverleners voldoen aan dezelfde kwaliteitseisen en zijn bekend met de kerncompetenties van elkaar
- De behandelaars houden de wetenschappelijke ontwikkelingen bij ten aanzien van (chronische) pijn.
- NHG standaard Chronische pijn biedt mogelijkheden om zelf behandeling bij chronische pijn in te zetten, maar sluit behandeling via het Pijnnetwerk niet uit

## DEELNEMENDE DISCIPLINES

- Huisartsen
- Fysiotherapeuten
- Oefentherapeuten
- Ergotherapeuten
- Psychologen
- Haptotherapeuten
- Regionaal Pijncentrum Bernhoven

### BEHANDELINDICATIE

De behandeling van patiënten met chronische pijn is afgeleid van en gebaseerd op principes die beschreven zijn en gehanteerd worden door het Neuro Orthopedic Institute (Moseley en Butler). Er is sprake van chronische pijn wanneer pijn langer dan drie maanden aanwezig is, zonder dat er aanwijzingen zijn voor verklarende pathologie. Meerdere acute episodes die in totaal niet langer duren dan 3 maanden, maar waarvan het beloop in de tijd langer is dan 3 maanden wordt ook als chronische pijn geduid.

Er is een indicatie voor behandeling wanneer er sprake is van chronische pijn en indien er dreiging is dat pijn aanwezig blijft nadat fysiologisch herstel heeft plaatsgevonden, Behandeling door een therapeut kan ook in de acute fase ( 0-6 weken) en subacute fase ( 6-12 weken) geïndiceerd zijn met als doel dreigende chroniciteit te voorkomen. Het betreft hier patiënten waarbij er een afwijkend beloop is in de acute en/of subacute fase en er een ongunstige prognose is m.a.w. een verhoogd risico op chronische klachten.

### BEHANDELDOEL

Het doel van de behandeling zal gericht zijn op pijnvermindering of het opheffen van pijn. Hierbij wordt primair gestreefd naar het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt. Benadrukt wordt dat het hier niet gaat “leren leven met de pijn” zonder kans op herstel, maar op het leren omgaan met pijn met als uitkomst pijnvermindering of herstel van pijn. Middels pijneducatie zal worden uitgelegd hoe pijn ontstaat, wat het doel is van pijn, waarom pijn soms niet weg gaat en wat daarvoor de oplossingen kunnen zijn (pijneducatie).

Daarnaast kunnen er door de verschillende disciplines middelen gehanteerd worden die specifiek zijn voor het vakgebied waarin gewerkt wordt en aansluiten bij de individuele problematiek van de patiënt. Bij aanvang van de behandeling zullen in overleg met de patiënt behandeldoelen geformuleerd worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van meetinstrumenten zoals de Visual Analogue Scale c.q. Numeric Rating Scale of van de vragenlijst voor Patiënt Specifieke Klachten of van andere meetinstrumenten.

Aangezien er altijd sprake is van complexe problematiek zullen therapeut en patiënt samen zoeken naar de interacties en relaties tussen de instandhoudende dan wel herstelbelemmerende prognostisch ongunstige - factoren. Vermeld wordt dat het gebruiken van meetinstrumenten en/ of vragenlijsten niet voldoende in overeenstemming kan worden gebracht met de complexiteit van chronische pijn, aangezien de onderlinge relaties en interacties door deze vragenlijsten niet in kaart worden gebracht. Vragenlijsten zijn zinvol om multidimensionele of unidimensionele invloeden bij de patiënt in kaart te brengen. De werkwijze van de therapeut uit het netwerk is vooral gericht op het in kaart brengen van de wijze waarop de verschillende invloeden op dynamische wijze het herstel belemmeren. Dit is altijd op het niveau van de individuele patiënt (N=1).

### DIAGNOSTIEK/BELEID

**Diagnostiek en beleid wordt uitgevoerd volgens het concept zoals beschreven en gehanteerd door het NOI ( Neuro-Orthopedic Institute). Alle leden van het netwerk zijn bekend met dit concept. Uitgangspunt hierbij is “zorg op maat”. Vragenlijsten** kunnen gebruikt worden ter ondersteuning van de biopsychosociale diagnostiek, maar benadrukt wordt dat deze diagnostiek ook zonder vragenlijsten plaats kan vinden.

- 1 er vind een uitgebreide biopsychosociale diagnostiek plaats
- 2 er wordt een biopsychosociaal model gehanteerd in relatie tot pijn
- 3 bij de pijn analyse wordt het raamwerk voor pijnmechanismen gebruikt
- 4 de wetenschappelijk kennis kan op patiëntniveau worden toegepast
- 5 de specifieke misconcepties over pijn van de patiënt worden geïnventariseerd en gecorrigeerd.
- 6 er wordt gehandeld vanuit de doelconcepten, opgesteld door NOI
- 7 het klinisch redeneren is gestoeld op de complexiteit bij chronische pijn
- 8 er is de beschikking over voorlichtingsmiddelen en -materiaal
- 9 er wordt niet gewerkt met behandelprotocollen
- 10 er wordt een actieve rol van de patiënt verwacht, zowel in de verklaring van zijn klacht als in zijn gedrag

Ad 1)

Uitgebreide intake dient ervoor dat prognostisch ongunstige factoren geïnventariseerd worden. Dit gebeurt a.h.v. het vlaggenconcept (rode, gele, oranje, blauwe en zwarte vlaggen). Doelstelling hierbij is het vroegtijdige bepalen welke zorgverlener het beste bij de behandeling betrokken is.

Ad 2)

Er vindt een uitgebreide inventarisatie plaats naar de factoren die van invloed zijn op de mate van de pijn en verklarend zijn voor het uitblijven van herstel

Ad 3)

Bekeken wordt of er bijvoorbeeld sprake is van neuropathische pijn, of de pijn gekoppeld is aan anatomische structuren (nociceptieve pijn/weefselschade) of gerelateerd is aan centrale sensitatie (nociplastische pijn). Wanneer er sprake is van een vermoeden van psychopathologie (oranje vlag), kan patiënt worden doorverwezen naar de huisarts die verder onderzoek of verwijzing in gang kan zetten naar een psycholoog.

ad 4)

De wetenschappelijk kennis wordt aan de patiënt in voor hem/ haar duidelijke taal uitgelegd (pijneducatie). Dit kan eventueel aan de hand van een informatieavond zoals deze door deelnemers uit het netwerk aangeboden wordt.

Ad 5)

De bestaande verouderde kennis omtrent pijn ( misconcepties) dient bij de patiënt -in veel gevallen ook bij zorgverleners om hem heen- vervangen te worden door de laatste wetenschappelijk inzichten aangezien deze vaak een herstelbelemmerende invloed hebben (gele vlag) .

Ad 6)

Dit zijn de basisprincipes waarop pijneducatie is gebaseerd (zie verder; doel)

Ad 7)

Pijn wordt beschouwd als een complex systeem; het tot stand komen van (chronische) pijn wordt door zoveel potentieel verschillende factoren beïnvloed, dat alleen zorg op maat mogelijk is (gepersonaliseerd onderzoeken en behandelen). Daarbij dient rekening gehouden te worden dat het oplossen van een symptoom andere symptomen positief en negatief kan beïnvloeden.

Ad 8)

Ter onderbouwing van de educatie kan gebruik gemaakt worden van metaforen, van een pijndagboek, links op internet, zoals [www.pijnnetwerk.nl](http://www.pijnnetwerk.nl), Power Point presentaties, groepseducatie etcetera.

Ad 9)

Aangezien iedere patiënt zijn eigen en unieke complexe verhaal heeft, kan er niet volgens een standaard of protocol gewerkt worden. Invloeden die het herstel belemmeren, kunnen fluctueren in de tijd, de behandeling dient hierop flexibel afgestemd te worden.

Ad 10)

## **Behandeling patiënten met (dreigende) chronische pijn**

Er dienen gedragsveranderingen bij de patiënt plaats te vinden: meer bewegen, zelf relaties in mogelijke oorzaken van pijn zoeken, meer ontspanning etcetera.

### DOELCONCEPTEN

Alle leden van het Pijnnetwerk onderschrijven onderstaande uitgangspunten van het NOI. en zij gebruiken deze in de therapie. Deze uitgangspunten kunnen gezien worden als universele doelconcepten, Zij beschrijven op eenvoudige wijze de huidige wetenschappelijke inzichten omtrent pijn en vormen als zodanig de leidraad voor de werkwijze van de therapeut.

- 1 pijn is normaal, persoonlijk en altijd echt: pijnervaringen zijn een respons van het brein op een bedreigende situatie. Bedreigingen zijn multidimensioneel en niet slechts op het niveau van nociceptie en weefselschade.
- 2 er zijn gevaarsensoren, geen pijnsensoren : er is een alarmsysteem; er zijn geen pijnsensoren,
- 3 pijn en weefselschade hebben zelden een duidelijke relatie : beide kunnen onafhankelijk van elkaar aanwezig zijn
- 4 pijn is afhankelijk van de balans tussen gevaar en veiligheid: pijn is een conclusie van het brein dat er meer bewijs is voor gevaar dan voor veiligheid en dat beschermen met pijn zinvol is.
- 5 pijn omvat uitgebreide hersenactiviteit: er is geen pijncentrum; pijn is een bewuste ervaring die tot stand komt door activiteit van verschillende hersengebieden welke door een diversiteit aan biopsychosociale invloeden geactiveerd kunnen worden met als gevolg het tot stand komen van pijn.
- 6 pijn is afhankelijk van de context : pijn wordt beïnvloed door wat je ziet, ruikt, proeft, hoort en aanraakt, door wat je zegt, denkt en gelooft, door wat je doet, waar je naar toegaat, door personen in je leven en door wat er in je lichaam gebeurt
- 7 pijn is een van de vele mogelijke beschermingsreacties : er zijn verschillende beschermingssystemen, zoals het immuun-,endocriene, motor-, autonoom- en respiratoirsysteem, maar ook cognities, emoties en pijn
- 8 de mens is bioplastisch: sensitiviteit kan in de tijd toe- of afnemen, pijn kan dus veranderen (ook chronische pijn!).
- 9 kennis over pijn is voor de mens en maatschappij zinvol: leren over pijn is therapie
- 10 actieve behandelstrategieën bevorderen het herstel : actieve coping, zoals verbeteren van de conditie, eetgewoontes veranderen, stapsgewijs meer doen, bewijs voor gevaar verwijderen en bewijs voor veiligheid creëren.



## BELEID/BEHANDELING EERSTE EN TWEEDE LIJN

### *HUISARTSEN*

Wanneer de huisarts op hoogte is van de behandelstrategieën die gehanteerd worden door Neuro Orthopedic Institute en die uitgangspunt zijn bij het Netwerk Chronische Pijn, kan de behandeling door de huisarts in gang worden gezet. Ook de NHG standaard “Chronische Pijn” onderschrijft de werkwijze van de biopsychosociale benadering.

Ondersteunende (pijn)medicatie kan worden toegepast, waarbij langdurig gebruik van morfinepreparaten wordt afgeraden. Daarnaast is het van belang de herstelbelemmerende en hetstelbevorderende factoren te bespreken. Een shift van “zoeken waar de pijn vandaan komt” naar het beantwoorden van de vraag “waarom treedt er geen herstel op” is essentieel.

Bij dreiging tot chroniciteit wordt tijdig naar een gespecialiseerde zorgverlener binnen het netwerk verwezen.

### *FYSIOTHERAPEUTEN*

Na een uitgebreide intake, inventariseert de fysiotherapeut herstelbevorderende factoren (b.v. ontspanning, afleiding, conditie) en herstelbelemmerende factoren (b.v. boosheid, bewegings angst, stress, disbalans belasting-belastbaarheid). Tevens geeft hij inzicht in de werking van het zenuwstelsel wat als basis dient om te kunnen verklaren waarom zoveel factoren invloed kunnen hebben op het ontstaan en voortbestaan van pijn. Hieraan ligt een biologische verklaring ten grondslag en is dus niet slechts “de beleving van de patiënt”.

Het gewenste gevolg van pijneducatie is dat de patiënt begrijpt hoe de relaties en interacties tussen de verschillende factoren pijn tot stand laten komen en herstel uitblijft. De zin en noodzaak van een biopsychosociale aanpak wordt hierdoor duidelijk .

Er wordt nadruk gelegd op een actieve medewerking in het kader van gedragsverandering. De behandeling kan ondersteund en afgestemd worden op de herstelbelemmerende invloeden met diverse aanvullende behandelmodaliteiten.

### *OEFENTHERAPEUTEN*

Naast de werkzaamheden die de fysiotherapeut verricht, wordt door sommige oefentherapeuten ook gebruik gemaakt van slaapoefentherapie of haptotherapie.

Deze therapieën zijn geïndiceerd wanneer een verminderde kwaliteit van slaap, stress en/of een onvermogen tot ontspanning, herstelbelemmerend werken.

### *ERGOTHERAPEUTEN*

Ergotherapie wordt mede ingeschakeld wanneer er veranderingen hebben plaatsgevonden die zich uiten in onder- of overbelasting. Door gebruik te maken van een activiteitenweger wordt de belasting inzichtelijk gemaakt en kan de patiënt actief bezig zijn met die gedragsverandering. Hulpmiddelen die pijn verminderen kunnen worden ingezet.

### *PSYCHOLOGEN*

Met cognitieve gedragstherapie wordt een analyse gemaakt, er wordt gewerkt aan gedragsverandering en aan het anders leren denken over pijn.

Andere behandelmethoden zijn: de Acceptance Commitment therapie, graded activity en mindfulness.

Met EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) wordt aandacht besteed aan traumatische aspecten rondom de aanleiding en de gevolgen van de pijn.

Systeemtherapie wordt ingezet omdat gezin en familie een belangrijke invloed kunnen hebben op de instandhouding/doorbreking van chronische pijnpatronen. Daarnaast is graded activity een onderdeel van de behandeling.

### *PIJNSPECIALISTEN*

Binnen het Regionaal Pijn Centrum Bernhoven zijn pijnspecialisten, een physician assistant, een pijnconsulent, psychologen en fysiotherapeuten werkzaam. Deze zorgverleners zien tijdens verschillende multidisciplinaire combinatie poli's patiënten, met wie een behandelplan wordt opgesteld, waarvan eerstelijns fysiotherapie met aandacht voor pijneducatie vaak een belangrijk onderdeel is.

Binnen het Regionaal Pijn Centrum wordt zowel individueel als in groepsverband pijneducatie gegeven. Daarnaast vinden interventionele pijnbehandelingen plaats. Hypnose en hypnotherapie behoren ook tot de behandel mogelijkheden.

### VERWIJZING

Verwijzing naar deelnemers van het Pijnnetwerk zal in veel gevallen plaatsvinden vanuit de huisartsenpraktijk en/of door medisch specialist. Redenerend vanuit de doelstellingen van deze RTA kan verwezen worden naar de verschillende disciplines binnen het pijnnetwerk. De zorgverleners in het netwerk kunnen, in overleg met de verwijzer, ook van elkaars deskundigheid gebruik maken.

### FREQUENTIE EN DUUR VAN DE BEHANDELING

De frequentie en duur van de behandeling zijn geheel afhankelijk van de complexiteit van de klachten. In vrijwel alle gevallen is reconceptualisering van pijn geïndiceerd. Soms is een behandeling over een korte periode met een gering aantal behandelingsvoldoende. In andere gevallen zal er sprake zijn van een uitgebreider behandeltraject. Er zal beslist moeten worden welke herstelbelemmerende factoren het eerst en de meeste aandacht verdienen, zonder daarbij andere onderhoudende factoren te veronachtzamen.

### EVALUATIE

Bij de eindevaluatie zal duidelijk moeten zijn wat het resultaat is en welke interventies zijn toegepast. Tussentijdse evaluatie geeft inzicht in het verloop van het behandelproces en geeft een indicatie of de doelstelling nog steeds reëel is. Indien er geen of onvoldoende resultaat bereikt wordt zal de netwerktherapeut duidelijk beschrijven wat de herstelbelemmerende factoren zijn, welke onvoldoende of niet veranderd zijn zodat verklaard kan worden waarom herstel niet bereikt wordt. Bovendien kan ondertussen duidelijk zijn geworden of er een indicatie is (ontstaan) voor verwijzing naar andere zorgverlener(s) binnen het netwerk.

Verslaggeving vindt plaats tussen diegenen die hebben verwezen en/of met hun therapie onderdeel zijn geweest van de behandeling. Ook de patiënt krijgt hier een afschrift van bij het beëindigen van de therapie en is een voorwaarde voor het beëindigen van de behandeling.

Regionale Transmurale Afspraak Chronische pijn

Beslisboom voor verwijzing

