Betreft: Aanvraag accreditatie Huisartsen

Datum: 24 08 2018

Door: Cora Tonino (adviseur CIR)

**Online nascholing Huisarts**

**Inhoud:**

“Ontwikkelingen revalidatie chronische pijn 2019”

CIR revalidatie verzorgt poliklinische interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatietrajecten voor patiënten met chronische pijn. De behandeltrajecten zijn gericht op het zelf leren managen van gezondheid en gedrag. Wij maken gebruik van het bio-psychosociale model voor het verbeteren van lichamelijke en mentale belastbaarheid. Participatie op alle aspecten van iemands leven, is daarbij een belangrijke uitkomstmaat.

In deze online scholing van 1 uur wordt besproken hoe het interdisciplinaire behandelingstraject voor cliënten met chronische pijn in 2019 wordt vormgegeven.

De nascholing wordt verzorgt door Dr. R Smeets Hoogleraar Revalidatie UMC en Drs. R Oosterwijk Hoofd Revalidatie Noordwest Ziekenhuizen/Medisch Directeur CIR.

Afsluitend zal er aandacht geschonken worden aan casuïstiek en vragen vanuit deelnemende artsen.

**Doelen:**

Aan het eind van de nascholing zijn de volgende doelen bereikt:

• Meer inzicht in de verwijsindicaties voor interdisciplinaire interventies;

• Meer inzicht verkregen in de mogelijkheden van de onderlinge samenwerking van

 Huisarts en interdisciplinaire dienstverlener;

• Meer inzicht in de diverse invullingen van een interdisciplinaire aanpak, in relatie tot de bijpassende verwijsindicaties.

**Programma:**

1. Introductie Dr. R Smeets Hoogleraar Revalidatie UMC en Drs. R Oosterwijk Hoofd Revalidatie Noordwest Ziekenhuizen/Medisch Directeur CIR.
2. Ontwikkelingen Revalidatie chronische pijn 2019
3. Verwijsindicaties voor Revalidatietraject chronisch pijn
4. Voorbeelden interdisciplinaire aanpak Zie Bijlage Presentatie!
5. Casuïstiek
6. Beantwoorden vragen deelnemende artsen

**Aanvullende informatie CIR:**

**Revalidatie bij pijn.**

Ons zorgstelsel is tot heden volgens het medisch (oorzaak-gevolg) model ingericht; zeker bij pijnklachten zal de patiënt (terecht) als eerste aan de huisarts vragen;

“dokter, waar komt mijn pijn vandaan?”.

Een belangrijke vraag, daar dit ook de functie van het pijnsysteem is; als waarschuwingssysteem voor (dreigende) schade, zodat je hierop actie kunt ondernemen

om te herstellen. Als pijn echter aanhoudt, en er wordt geen directe oorzaak voor de pijn meer aangetroffen of de pijn en beperkingen staan niet meer in verhouding tot het oorzakelijk letsel, is er een gerede kans dat het pijnsysteem zelf een onderhoudende rol gaat spelen.

Pijn, door welke oorzaak dan ook, is en blijft een emotionele gewaarwording die plaats vindt in het brein en daarmee continu beïnvloed wordt door wat men doet en wat men denkt. Pijn staat direct onder invloed van veel factoren, zoals stress, de aandacht die men aan de pijn schenkt, psychologische en sociale factoren, gedrag en persoonlijkheid.

Chronische pijn kan soms nog het directe gevolg zijn van schade, maar kan ook los daarvan als “verstoorde” signaalverwerking blijven bestaan en niet meer in verhouding staan met het oorspronkelijke letsel.

Als patiënten hierover niet goed voorgelicht worden en/of begeleid worden ontstaat een vaak lange en frustrerende zoektocht naar de oorzaak van de pijn, vinden er veel onsuccesvolle behandelingen plaats en kan er afhankelijkheid ontstaan van pijnmedicatie met dikwijls vervelende bijwerkingen. Kortom; de patiënt raakt de regie kwijt, niet alleen over zijn of haar pijn, maar soms ook over het leven. Er ontstaan beperkingen, bv uitval van werk en in het sociale domein. Daarnaast is er op dit punt helaas veelal sprake van ondoelmatige zorg en overbehandeling.

Het CIR werkt volgens de Zorgstandaard Chronische pijn.



De Huisarts heeft vaak inzicht in dit krachtenspel.

Recent neurowetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat dezelfde hersengebieden betrokken zijn bij zowel de waarneming en verwerking van lichamelijke pijn als de verwerking van sociale- en emotionele pijn. Door deze overlap wordt het steeds duidelijker dat psychologische pijn, door bv. afwijzing en trauma, lichamelijke pijn direct kan beïnvloeden, en zelfs een rol speelt bij het ontstaan van veel pijnsyndromen. Pijngewaarwording kan daarnaast gepaard gaan met emotionele klachten, zoals frustratie, depressie en angst, die de pijn wederom versterken.

Dit ingewikkelde samenspel ontstaat direct al in de acute fase van pijn, en zeker als de pijn langer dan 3 maanden aanhoudt en er sprake is van chroniciteit.

Daarom moet bij het voortduren van pijn zo snel mogelijk een uitgebreide bio psychosociale analyse plaatsvinden, waarbij de *oorzaak/aanleiding van de pijn*, *kwetsbaarheidsfactoren* en *factoren die het herstel belemmeren,* moeten worden besproken en aangepakt. Deze factoren kunnen zowel lichamelijk als psychologisch zijn, maar ook in het sociale domein liggen.

Hiervoor is een multidisciplinaire analyse nodig door verschillende zorgprofessionals, die daarna als start zou kunnen dienen voor een pijnrevalidatieprogramma. Binnen medisch specialistische pijnrevalidatieprogramma’s is hier al veel ervaring mee opgedaan en worden aantoonbaar goede resultaten geboekt. Deze behandelingen worden aangeboden binnen revalidatie instellingen. De behandeling is er op gericht dat men leert omgaan met de pijn, zodat de kwaliteit van leven wordt verbeterd. Het draait hierbij om het oppakken van activiteiten die door de pijnklachten eerst niet meer mogelijk leken.

In deze programma’s moet de focus niet meer gelegd worden op het bestrijden van de pijn, maar de strijd tegen de pijn juist worden opgegeven. Medicatie kan daarbij meestal worden afgebouwd.

Door het creëren van een zekere mate van aanvaarding van pijn en het hervatten van zingevende activiteiten ontstaat ruimte voor herstel. Ondanks dat de revalidatie primair niet gericht is op pijnreductie, komt de pijn vaak op de achtergrond te staan en wordt minder beperkend. Helaas gelden ook voor deze programma’s veelal lange wachtlijsten en worden ze bovendien pas in een te laat stadium aangeboden aan de patiënt.

CIR revalidatie, met 5 vestigingen in Nederland (Zwolle, Arnhem, Amsterdam, Alkmaar en Eindhoven in oprichting op moment van deze aanvraag ) richt zich al sinds 1988 op mensen die niet meer participeren en beperkingen hebben door pijnklachten en/of vermoeidheidsklachten. Het programma richt zich sterk op gedragsverandering, zelfredzaamheid en het weer gaan participeren in de maatschappij. Gedragsverandering moet er ook voor zorgen dat men niet meer in oude valkuilen stapt. Het motto van het CIR is dan ook; niet meer 100% de oude, zeker wel 100% de nieuwe.

Want dat is specifiek voor de aanpak van pijnrevalidatie zoals CIR dit heeft vormgegeven; de behandeling is persoonsgericht en niet klachtgericht en heeft als doel om cliënten weer te laten participeren in de meest brede zin van het woord. Doordat het als zelfstandig behandelcentrum niet in een ziekenhuis is gepositioneerd is het voor de cliënt ook makkelijker om de rol van patiënt af te leggen.

Cliënten merken dit al tijdens de intakeprocedure, waarbij er natuurlijk aandacht is voor de medische voorgeschiedenis, maar vooral ook aandacht besteed wordt aan bovengenoemde herstel belemmerende factoren binnen het bio psychosociale domein.

Tijdens de intake (waarbij een traject coördinator, psycholoog, fysiotherapeut en revalidatiearts betrokken zijn), ontstaat er vaak al toenemend inzicht bij de cliënt.

Als er daarna een indicatie is voor een revalidatietraject wordt er gestart met een revalidatieprogramma gedurende 10 of 20 weken, tweemaal per week 4 uur. De intensiteit van het traject waarborgt dat cliënten het traject er niet “even bij kunnen doen” en dat ze gehouden worden aan het implementeren van verworven gedragspatronen.

De eerste 2 weken zijn er groepsbehandelingen, daarna wordt het programma individueel gegeven en bestaat uit op elkaar aansluitende modules. Cliënten krijgen inzicht in hun persoonlijkheidsprofiel, leefstijl en coping mechanismen en krijgen daadwerkelijk handvaten aangereikt om dit bij te sturen.

Daarnaast is er ook veel aandacht aan opbouw van fysieke belastbaarheid en vooral de kwaliteit van bewegen, ontspanning en herwinnen van vertrouwen.

Door al vroeg in de behandeling de beoogde doelen op participatieniveau vast te stellen ontstaat er voor iedereen duidelijkheid, waar de behandeling zich op richt. Dit is ook van belang i.v.m. de beperkte duur en beoogde zelfredzaamheid.

De manier van werken en de doelen van behandeling bij het CIR sluiten mooi aan op de voorgestelde nieuwe definitie van gezondheid door Machteld Huber; ‘Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.’

De hoofddimensies hierbij zijn; Lichaamsfuncties, mentale functies en mentale beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, Sociaal-maatschappelijke participatie en het dagelijks functioneren.

Medisch specialistische revalidatie valt onder de basisverzekering. Er zijn daarom geen aanvullende verzekering of speciale voorwaarden nodig, om de behandeling vergoed te krijgen. CIR heeft daarbij contracten met een aantal verzekeraars. Zoals bij alle medisch-specialistische zorg, betaalt men wel het eigen risico.

Goede pijnzorg vraagt meer regiemogelijkheid voor de huisarts met snelle, goed op elkaar afgestemde diagnostiek, zodat snel duidelijkheid kan worden gegeven aan de betreffende patiënt en een goed behandelplan in gang gezet kan worden. Het liefst volgens stepped care principes en met inachtneming van de nieuwe ‘zorgstandaard chronische pijn’. Ook de Huisarts zou hier al een belangrijke rol kunnen spelen. Hiermee wordt het te lang rond shoppen van de patiënt door een niet goed functionerend zorgsysteem voorkomen.

Het CIR wil daar een steentje aan bijdragen.

René Oosterwijk

Medisch directeur-revalidatie arts CIR Zwolle/Velp/Amsterdam/Alkmaar/Eindhoven

