



Psychomotorische therapie

concreet

dus niet te missen!

Een literatuuronderzoek naar het zó formuleren en concretiseren van de voorlichting van Psychomotorische therapie dat het aansluit bij de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn en de revalidatiearts helpt bij het geven van indicaties voor PMT bij chronische pijn patiënten.

Student:	Begeleidster:	Beoordelaar:
Lotte van der Hulst	Jeannette Verhoeven	Pauline Fellinginger

Afstudeeronderzoek Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

Christelijke Hogeschool Windesheim Zwolle

Juni 2012

Voorwoord

Voor u ligt de eindrapportage van mijn afstudeeronderzoek van de opleiding Psychomotorische therapie en bewegingsagogie aan de Hogeschool Windesheim Zwolle.

Het afgelopen jaar mocht ik mijn eindstage lopen bij Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva in Apeldoorn. Ik kreeg ik de kans om psychomotorische therapie aan te bieden binnen het orthopedie team van het centrum. Hier waren mensen met chronische pijn een veel voorkomende doelgroep. Ik merkte dat ik speciale interesse had voor deze doelgroep. En in de loop van de tijd kwam ik steeds meer te weten over deze doelgroep en deed ik ervaring op met het geven van PMT. Dit waren voor mijn hele interessante en leerzame therapieën. Wel merkte ik ook dat PMT niet altijd als vanzelfsprekend werd opgenomen in het behandelprogramma van revalidanten. En leek het of sommige revalidatieartsen niet altijd de waarde van PMT inzagen en niet een goed beeld hadden van wat PMT inhoudt. Dit was dan ook de aanleiding om mijn afstudeeropdracht te richten op het meer helder formuleren en concretiseren van psychomotorische therapie om zo meer voet aan de grond te krijgen binnen de revalidatie.

Dit onderzoek had niet kunnen plaats vinden als ik de kans niet had gekregen om bij ViaReva stage te lopen, dit heb ik dan ook als erg waardevol ervaren.

Ik wil dan ook de collega's van ViaReva bedanken voor de door hun verkregen informatie en hulp. Daarnaast wil ik mijn begeleidster van Hogeschool Windesheim, Jeannette Verhoeven, bedanken voor haar begeleiding, creatief meedenken en steun. En 'last but not least' wil ik mijn ouders, broertje en mijn vriend Martijn bedanken voor hun steun en betrokkenheid tijdens dit afstudeerproces en de gehele studie de afgelopen jaren.

Lotte van der Hulst
Juni 2012

Samenvatting

In het document dat voor u ligt kunt u lezen over de inzet van Psychomotorische therapie bij mensen met chronische pijn. Dit na aanleiding van mijn ervaring tijdens mijn eindstage bij Revalidatiegeneeskundig centrum ViaReva Apeldoorn, namelijk het feit dat psychomotorische therapie niet door alle revalidatieartsen als volwaardige therapie gezien lijkt te worden. Het lijkt niet altijd even helder te zijn wat de therapie inhoudt en wat de waarde en effecten zijn binnen de behandeling van revalidanten. In het literatuuronderzoek zal de volgende vraag centraal staan:

- Hoe kan ik de voorlichting over Psychomotorische Therapie zo concretiseren en formuleren dat het aansluit bij de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundig centrum ViaReva Apeldoorn en de revalidatiearts helpt bij het geven van indicaties voor PMT bij chronische pijn patiënten?

Aan de hand van de beantwoording van deelvragen wordt literatuur beschreven welke van belang is voor de voorlichting over psychomotorische therapie zodat het goed geformuleerd en concreet gemaakt kan worden voor revalidatieartsen en collega's uit het multidisciplinaire team.

Daarom wordt allereerst uitgelegd wat psychomotorische therapie is en wat chronische pijn inhoud. Daarnaast is het belangrijk om helder te hebben wat de behandelvisie van ViaReva als centrum is. Ook moet gerealiseerd worden dat er (mogelijk) vanuit verschillende mensbeelden door de diverse professionals naar revalidanten gekeken wordt en van daaruit behandeld.

Daarnaast is gekeken op welke manier deze informatie het beste overgebracht kan worden naar het multidisciplinaire team. Meest passend binnen ViaReva is het houden van een presentatie binnen een bijeenkomst met het team. Dan kan middels theorie, onderzoeksgegevens, een filmpje en het zelf laten ervaren, psychomotorische therapie concreet en toepasbaar gemaakt worden. Dit om het inzicht van alle anderen uit het multidisciplinaire team over psychomotorische therapie te vergroten, zodat ze de waarde ervan gaan zien en ervaren. Het is wenselijk dat een bijeenkomst als deze regelmatig terug komt om te informeren over nieuwe ontwikkelingen en psychomotorische therapie steeds in beeld te houden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Theoretische Kader	7
3. Methode	10
4. Chronische pijn	12
4.1 Wat is chronische pijn?	
4.2 De behandeling van chronische pijn	
5. PMT en ViaReva	15
5.1 Wat is de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundig centrum ViaReva?	15
5.2 Vanuit welke bewegingsbeelden wordt er door de verschillende therapeuten, binnen het behandelteam van ViaReva, naar een revalidant gekeken?	16
6. PMT en Onderzoek	19
6.1 Welke indicaties zijn er om PMT toe te passen binnen de de behandeling van chronische pijn?	
7. PMT en Presentatie	21
7.1 Waar moet een goede presentatie aan voldoen?	20
7.2 Hoe moet een presentatie voor een medisch team van artsen en psychologen vorm krijgen om de boodschap concreet en overtuigend over te brengen?	22
8. Discussie	24
9. Conclusie	25
10. Aanbevelingen	27
Literatuurlijst	28
Bijlagen	29

1. Inleiding

Mijn eindstage heb ik afgelopen jaar gelopen binnen Revalidatiegeneeskunde ViaReva in Apeldoorn, in de functie van bewegingsagoog en psychomotorisch therapeut. Ik ben vooral werkzaam geweest binnen het orthopedie team van het centrum. Binnen dit team zijn mensen met chronische pijn klachten een groot deel van de patiënten die behandeld worden. Er wordt binnen ViaReva behandeld vanuit een multidisciplinair team, onder verantwoording van een revalidatiearts.

De ervaring die ik binnen ViaReva opdeed was dat het voor sommige (vooral) artsen binnen de instelling niet altijd vanzelfsprekend is om Psychomotorische therapie in te zetten binnen de behandeling van een revalidant. Terwijl fysiotherapie en ergotherapie als vanzelfsprekend in het behandelplan worden opgenomen. Een PMT-er moet er nog wel eens extra aandringen voor de inzet van PMT binnen de behandeling en moet uitleggen wat het nut kan zijn van deze therapie binnen de behandeling van de revalidant. Het lijkt dan of het voor de betreffende artsen niet helder is wat de waarde van PMT kan zijn en wat de therapie bij kan dragen binnen de revalidatie van een chronische pijn patiënt. In mijn onderzoek wil ik mij hierop richten.

Ook landelijk heeft PMT binnen de revalidatie nog weinig voet aan de grond gekregen binnen de revalidatie. Wel wordt PMT steeds meer betrokken binnen de behandeling. Het doen van wetenschappelijk onderzoek is dan ook in opkomst. En bij de laatste ontwikkelingen zijn dan ook de eerste resultaten van een wetenschappelijk onderzoek naar het resultaat van PMT binnen de behandeling. Mogelijk kan dat onderzoek een plaats krijgen binnen de literatuur van dit onderzoek of waardevol zijn in de beantwoording van deelvragen.

Ondanks dat PMT binnen de revalidatie nog erg in ontwikkeling is wil ik kijken hoe het toch meer helder kan worden voor een medisch team, wat de indicaties (kunnen) zijn voor PMT en waarom het belangrijk is dat het wordt aangeboden binnen de behandeling.

Daarin wil ik uitgaan van de bestaande behandelvisie van de instelling en wil ik mijn presentatie van PMT zo formuleren en vormgeven dat het aansluit bij deze behandelvisie.

Naast het uitwerken en verhelderen van de indicaties voor PMT binnen de behandeling wil ik binnen dit onderzoek ook aandacht schenken aan het overbrengen van deze informatie naar het medisch team, hier binnen wil ik ook kijken naar verschillende mens-/bewegingsbeelden, die naar mijn mening mogelijk een rol spelen, en dus het anders kijken naar een revalidant en de behandeling. Het kiezen van een juiste manier van overbrengen wil ik doen door het zoeken naar een geschikte vorm van presenteren, een vorm die het medisch team zal aanspreken en wat er nodig zodat zij zullen herkennen als passend binnen de bestaande behandelvisie.

Over PMT, indicaties voor PMT bij chronische pijn, maar ook over bewegingsbeelden, presenteren en het overbrengen van informatie naar verschillende doelgroepen bestaat op zich zelf staande literatuur. Vooral naar de resultaten en effecten van PMT wordt op dit moment nog actief onderzoek gedaan. Maar hier zijn al wat concrete dingen over geschreven, deze acht ik dan ook van grote waarde voor mijn onderzoek naast mijn eigen ervaringen. In het onderzoek zal ik opzoek gaan naar literatuur om uiteindelijk tot een antwoord te komen op de hoofdvraag van mijn onderzoek, namelijk:

- *Hoe kan ik de voorlichting over Psychomotorische Therapie zo concretiseren en formuleren dat het aansluit bij de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundig centrum ViaReva Apeldoorn en de revalidatiearts helpt bij het geven van indicaties voor PMT bij chronische pijn patiënten?*

Mijn hypothese is dat deze indicaties er zijn, ook binnen ViaReva. Maar ook dat het mogelijk is om PMT zo helder en concreet te presenteren dat het als passend wordt gezien binnen de behandelvisie van het behandelcentrum.

Om bovenstaande concreet te kunnen uitwerken heb ik de volgende deelvragen opgesteld:

- *Wat houdt de doelgroep chronische pijn patiënten in?*
- *Wat is de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva?*
- *Vanuit welke bewegingsbeelden wordt er door de verschillende behandelaars, binnen het behandelteam van ViaReva, naar een revalidant gekeken?*
- *Welke bewezen indicaties zijn er al om PMT toe te passen binnen de behandeling van chronische pijn?*
- *Waar moet een goede presentatie aan voldoen?*
- *Hoe moet een presentatie voor een medisch team van artsen en psychologen vorm krijgen om de boodschap concreet en overtuigend over te brengen?*

Het onderzoek bestaat dus uit een weergave van literatuur waarin de antwoorden op bovenstaande deelvragen zullen worden besproken. Door deze theorie hoop ik informatie in te winnen, waarna het probleem kan worden opgelost en de hoofdvraag worden beantwoord.

Het literatuurgedeelte van het onderzoek begint met uitleg over psychomotorische therapie en informatie over Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva. Wanneer deze begrippen helder zijn, zullen de resultaten van het literatuuronderzoek als beantwoording van de deelvragen worden besproken. Aansluitend volgt een reflectie op het onderzoek en wordt de conclusie beschreven. Tot slot volgen de aanbevelingen.

2. Theoretisch kader

Wat is Psychomotorische therapie(PMT) en wat is en doet Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn?

Om in de rest van het onderzoek helder te hebben waar we over spreken als het gaat over Psychomotorische therapie en Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva, wil ik deze begrippen nader uitleggen.

2.1 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met *psychische problematiek*, waarbij op *methodische wijze* gebruik gemaakt wordt van *interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag*.

Het werkterrein van de psychomotorische therapeut ligt op hetzelfde gebied als dat van een psycholoog. Een psychomotorisch therapeut is een professional die mensen met psychische problemen behandelt. Het verschil met een psycholoog is dat die alleen praat met mensen, terwijl een psychomotorisch therapeut een deel van de tijd dingen doet met mensen. Die dingen liggen op het gebied van beweging en lichaamservaring. Bij beweging kun je denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs, bij lichaamservaring gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam, en daarbij kun je onder anderen denken aan ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness, bio-energetica etc.

Binnen een psychomotorische therapie wordt gekeken hoe men met zichzelf, met anderen, met de opdrachten en met het materiaal omgaat. Het doel van de psychomotorische therapie, zoals die geformuleerd is door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), luidt: "Het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen". De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden. Tijdens de psychomotorische therapie "krijgt men de gelegenheid om leerervaringen en correctieve emotionele belevingen op te doen". (PMT infosite, 2012)

Theoretische basis van Psychomotorische therapie:

Psychomotorische therapie is gebaseerd op theorievorming uit wetenschappelijke disciplines die elkaar deels overlappen: de filosofie, de sociale, ontwikkelings-, klinische, en gezondheidspsychologie, de geneeskunde (psychiatrie en Behavioural Medicine) en de bewegingswetenschappen.

De kernbegrippen die van belang zijn voor de theoretische basis van de huidige beroepspraktijk worden hier kort aangestipt.

Een relationeel bewegingsconcept

"Kort samengevat betreft dit een opvatting over bewegen, waarbij men kijkt naar het handelen van mensen, in die zin dat zij in het bewegen onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving en betekenissen onderkennen en realiseren. Voor de PMT is dit relationeel bewegingsconcept bij uitstek van belang omdat de doelstellingen van de therapie liggen op het gebied van (betekenisvol) handelen van mensen en niet op het verbeteren van fysiek functioneren vanuit een biomedische invalshoek, bijvoorbeeld het verbeteren van spierkracht. Gordijn maakte het onderscheid tussen een biomedische benadering en het relationele bewegingsconcept" (NVPMT, 2009 P6).

Het biopsychosociale model

Het relationele bewegingsconcept zoals hierboven beschreven wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor PMT. Dit model onderscheidt drie subsystemen die elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden: het biologische, psychologische en sociale systeem. De klachten waarmee de cliënt bij de therapeut komt worden dan ook vanuit deze systemen begrepen. De therapeut kan interventies doen vanuit elk van deze drie subsystemen (NVPMT, 2009).

Het levensloopperspectief¹

Het bovengenoemde biopsychosociale model krijgt een specifieke invulling als je de problematiek van de cliënt ook in een levensloopperspectief beschouwt. De therapeut beschouwt de problematiek dan in het licht van de levensgeschiedenis, het toekomstperspectief en de betekenis die deze voor de cliënt hebben. In elke levensfase zijn veranderingsprocessen mogelijk. Daarnaast wordt de problematiek niet alleen geplaatst in levensloopcontext, maar ook in context van gender, cultuur, sociale klasse, etc.² (NVPMT, 2009).

Klinisch en sociaal psychologische referentiekaders

“Psychomotorische therapie is op te vatten als een experimentele (ook wel ervaringstherapie), bewegings- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie, en maakt daarom ook gebruik van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders. Kort samengevat zijn drie hoofdstromingen daarbij van belang. Ten eerste de cliënt centered therapie, waarbij aandacht is voor thema's als lichaamsbewustzijn (felt sense, awareness) en (non)verbale expressie van emoties. Ten tweede het psychodynamische model, waarin innerlijke conflicten en de uiting daarvan in het waarneembare (bewegings)gedrag voor de PMT van specifiek belang zijn. Ten derde het cognitief-gedragstherapeutische model, dat handvatten biedt voor het ontwikkelen van systematisch opgebouwde programma's voor gedragstraining in combinatie met het bewerken van disfunctionele cognities” (NVPMT, 2009).

2.2 Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn

De organisatie

ViaReva heeft ongeveer 250 medewerkers. Per jaar wordt voor ongeveer 60.000 behandelingen gezorgd, 1000 poliklinische en 150 klinische opnames. Daarbij is voor ViaReva kwaliteit, aandacht en een goede band met de revalidant erg belangrijk (ViaReva website, 2012).

Missie en visie

Mensen met een lichamelijke beperking werken bij ViaReva hard aan het verminderen of leren omgaan met hun beperking. Vanuit ViaReva wordt steun geboden bij de herinrichting van hun leven en mensen in staat stellen om weer zo zelfstandig mogelijk te leven.

Mensen die komen revalideren, moeten opnieuw betekenis geven aan de nieuwe, niet gewilde, fase in hun leven. Door middel van zorg, behandelprogramma's, innovaties in hulpmiddelen, methoden en technieken wordt geholpen met het creëren van de mogelijkheid op een toekomstperspectief dat opnieuw betekenisvol wordt. ViaReva neemt deel in verschillende zorgketens in de regio (ViaReva website, 2012).

¹ ook wel *life span developmental approach* genoemd

² ook wel *diversiteitsperspectief* genoemd

In de strategie van ViaReva staat centraal als visie dat de revalidatie is afgestemd op de behoefte van de cliënt. ViaReva dient de komende jaren te anticiperen op een gereguleerde marktwerking, bewust kiezende patiënten en een toenemend belang van ketenzorg. De kern van deze visie bestaat uit drie elementen die ViaReva belangrijk vindt:

Efficiëntie

ViaReva wil allereerst een reguliere basis revalidatiebehandeling bieden, die efficiënt georganiseerd is en daarmee een goede kwaliteit bieden voor een goede prijs.

Productleiderschap

Daarnaast wil ViaReva op een aantal gebieden excelleren in de vorm van specialistische revalidatiebehandeling. Daaronder wordt verstaan het beste gespecialiseerde behandelaanbod met en voor klanten en ketenpartners. Dit aanbod is altijd up-to-date en kan snel worden aangepast aan de vragen van de klant. Op die terreinen wil ViaReva uitgroeien tot een erkend expertisecentrum in de regio.

Samenwerking

Samenwerking met onze partners in de zorg is essentieel. Door structureel samen te werken in de keten wil ViaReva een voortrekkersrol bekleden in de revalidatiebehandeling in de regio en samen met de netwerkpartners in de zorgketen de juiste vernieuwing en verbetering tot stand te brengen. (Strategisch beleidsplan ViaReva 2008-2011).

Vanuit deze missie en visie wordt er dan ook behandeld binnen ViaReva.

De behandeling

Revalideren gebeurt eigenlijk 24 uur per dag, maar het accent ligt op het dagprogramma. Voor een revalidant bij ViaReva wordt een behandelprogramma op maat gemaakt. ViaReva werkt volgens de laatste landelijke behandelrichtlijnen en stemt het programma af op de persoonlijke behoefte en hulpvraag van de revalidant. Binnen ViaReva wordt gewerkt in een multidisciplinaire teams. Dit houdt in dat verschillende behandelaren samenwerken en elkaar aanvullen om gezamenlijk een optimaal revalidatieprogramma te kunnen bieden. Door het behandelteam wordt, in overleg met de revalidant, een behandelplan opgesteld, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts. Tijdens de revalidatie wordt regelmatig geevalueerd met het behandelprogramma nog aan de hulpvragen voldoet. Het programma kan dan zo nodig nog worden aangepast om optimaal te kunnen voldoen (informatiebrochure kliniek volwassenen 'revalideren bij ViaReva', 2011).

3. Methode

De methode die is gebruikt binnen dit onderzoek is een literatuuronderzoek. Met als aanvulling hierop eigen ervaring en de ervaringen van therapeuten/artsen, werkzaam bij Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn

Er zijn deelvragen opgesteld om bestaande kennis te vergelijken, samen te vatten en helder weer te geven. Dit onderzoek is gericht op de behandeling van chronische pijn en zal zich vooral richten op PMT bij de doelgroep chronische pijn. Daarnaast zal het onderzoek zich richten op de behandelvisie van ViaReva Apeldoorn en de ideeën en behandelvisie van het medisch team binnen dit centrum. Ook presenteren heeft een plekje binnen het onderzoek en is als, in eerste instantie, algemene informatie getrechterd tot een geschikte presentatie voor het overbrengen van de onderzochte kennis naar het medisch team van Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn. En zal er aandacht zijn voor mogelijk verschillende visies op mensen en bewegingsbeelden. Dit om zo ook bij te dragen aan het verhelderen van een oplossing op de probleemstelling. Aan de hand van deelvragen en onderwerpen zal dit overzichtelijk beschreven worden.

Het doel van het literatuuronderzoek is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, waarna ook de hoofdvraag beantwoordt kan worden.

Inclusiecriteria

Bij het zoeken naar artikelen zijn er een aantal criteria opgesteld. De artikelen die hier niet voldoende aan voldeden zijn niet bij het onderzoek betrokken. Hieronder worden deze inclusiecriteria weergegeven. De criteria zijn gescheiden in artikelen over presenteren/ presentatievormen en PMT bij chronische pijn, dit omdat er aanzienlijk meer literatuur is over presteren dan over PMT bij chronische pijn. Gezien de meer beperkte literatuur over PMT zijn er minder inclusiecriteria opgesteld. De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

PMT bij chronische pijn

- Artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig
- Artikelen zijn van na 1995
- Artikelen hebben betrekking op PMT
- Artikelen/boeken/verslagen hebben betrekking op de doelgroep chronische pijn

Presenteren

- Artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig
- Artikelen zijn minder dan 10 jaar oud (na 2000)
- Artikelen hebben betrekking op presenteren
- Artikelen/boeken/verslagen hebben betrekking op verschillende presentatievormen
- Artikelen hebben betrekking op de voorwaarden voor het maken en houden van een goede presentatie.

Gebruikte bronnen

Voor bronnen is een databank opgevraagd deze is opgevraagd via Windesheim hogeschool (mysite.windesheim.nl) , dit betreft de databank Psychologie en gezondheid.

Daarnaast is veel gebruikte literatuur afkomstig uit boeken, artikelen en brochures (deze zijn terug te vinden in de literatuurlijst).

Naast deze boeken en artikelen is er ook gebruik gemaakt van internetsites. En tot slot hebben opgedane ervaringen binnen Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva Apeldoorn en gesprekken met leden uit het multidisciplinaire team van het centrum gediend tot informatiebron.

Zoekstrategieën

De gebruikte zoekwoorden/trefwoorden zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de gekozen probleemstelling en onderzoeksvragen, zoals:

- Chronische pijn – Indicaties voor PMT bij chronische pijn - Psychomotorische therapie
- Een goede presentatie- Presentatievoorwaarden- Presentatie medisch team – Mens/bewegingsbeelden –

Voor deze woorden is gekozen omdat deze ook gebruikt worden in de hoofdvraag en deelvragen. De literatuur naar aanleiding van deze vragen zal over de gekozen termen gaan daarom is het goed om ook naar die termen te zoeken. Op deze manier kun je in het begin het beste zoeken naar de benodigde literatuur en hier bij aansluiten zodat er uiteindelijk een goede samenhang ontstaat.

Later is naast het gebruik van zoektermen ook gebruik gemaakt van literatuurlijsten van boeken en artikelen, om meerdere artikelen over het onderwerp te vinden.

4. Chronische pijn

4.1 Wat is chronische pijn?

Pijn wordt in het algemeen onderscheiden in acute en chronische pijn. Acute pijn wordt veroorzaakt door een weefselbeschadiging en heeft een duidelijke signaal- of waarschuwings-functie. Wanneer pijn langdurig aanwezig is (meer dan zes maanden) spreken we van chronische pijn. De signaalfunctie van pijn is dan veelal verloren gegaan omdat de oorzaak van de pijn genezen of stabiel aanwezig is. Er is dan geen één op één relatie (meer) met het oorspronkelijke letsel. Het kan zijn dat de oorzaak van de pijn een emotionele of cognitieve factor heeft.

In welke mate pijn beleefd wordt kan per dag verschillen, het kan variëren van een lichte tot bijna ondragelijke mate van pijn.

“Pijn werkt ontregelend en maakt dat het functioneren als geïntegreerd persoon verstoord raakt. Uitgaande van een biopsychosociaal model, zal de pijn op alle gebieden verstoringen tot gevolg hebben” (Mengering, 2003 ; Tumlin 2001, 2004).

Bij deze mensen is dus niet alleen de pijn een probleem, ook de last erdoor, de beleving ervan en de beperkingen in het dagelijks functioneren die ermee samenhangen. De kwaliteit van leven wordt als steeds minder goed ervaren. En/of er bestaan ongewenste psychosociale negatieve consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem. De cliënt wordt door de pijn geremd en gehinderd in zijn dagbesteding, arbeidsrelaties en zijn sociale rollen (van der Meijden-van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007).

De pijn is dus vaak bepalend voor het gedrag van de mensen. Daarin onderscheiden we twee groepen, één groep welke gekenmerkt wordt door het gaan onder presteren door de pijn en nog maar het minimaal ondernemen.

De andere groep kenmerkend door juist het overpresteren en constant over eigen grenzen gaan, met vaak weer meer pijn als gevolg (avoider/approacher gedrag).

Invloed en gevolgen

“Pijn werkt ontregelend en maakt dat het functioneren als geïntegreerd persoon verstoord raakt. Uitgaande van een biopsychosociaal model, zal de pijn op alle gebieden verstoringen tot gevolg hebben” (Mengering, 2003 ; Tumlin 2001, 2004). Hier onder is het model zichtbaar (Fig.1).

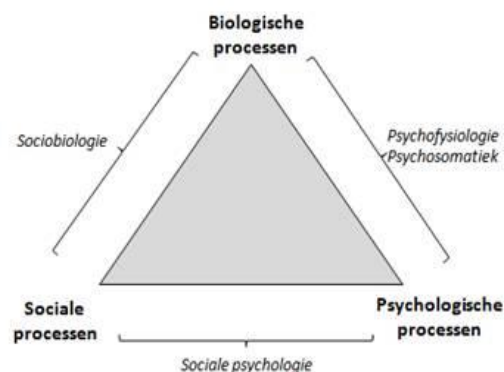


Fig. 1. Biopsychosociaalmodel
Bron: <http://www.psychfysio.nl>

De pijn heeft direct invloed op het lichamelijke in het veranderen van lichaamshouding en bewegen en de confrontatie met de eigen lichamelijkheid. Te hoge stress en een verkeerde houding kan het bewegingssysteem beschadigen. Maar ook hormonaal en neurologisch kan door de voortdurende

stress schade ontstaan. Het uit evenwicht raken van de lichamelijke systemen kan op zichzelf weer pijn veroorzaken.

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

Sociaal gezien heeft de pijn invloed op de interactie van de persoon met anderen en het andere. Ook hier kan het zich afzonderen van de sociale omgeving tot gevolg hebben dat pijn sterker ervaren wordt" (van der Meijden- van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007).

4.2 De behandeling van chronische pijn

De definitie van pijnrevalidatie (Köke, 2005, pag.19) luidt: " Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinair behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaand uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethodes, welke plaats vindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren."

Bij het maken van een behandelplan kun je onderscheid maken tussen meer algemene doelen en meer specifieke individuele doelen. Algemene doelen kunnen zijn het inzicht krijgen en mogelijke veranderingen maken in het ondernemen van activiteiten, spanning en stress, lichaamsbeleving en/of communicatie en interactie gericht op een meer geïntegreerd functioneren, waarbij de pijn niet meer centraal staat.

Per cliënt kunnen daarnaast ook specifieke doelen geformuleerd worden, gericht op de eigen specifieke situatie. Dit zal dan aansluitend bij thema's en aandachtsgebieden die voor de cliënt van belang zijn. (van der Meijden-van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007).

Van der Meijden-van der Kolk en Bosscher(2007) beschrijven vier probleem gebieden voor een psychomotorische therapiemodule voor chronische pijn. Deze vier probleemgebieden zijn gerelateerd aan de gevolgen van chronische pijn in het voelen, denken en handelen:

- Bewegingsangst leidend tot vermijden of overreageren
- Spanning en stress
- Lichaamsbeleving
- Interactie en sociale verbanden

Binnen de behandeling richt de PMT zich vaak op 'probleemgebieden lichaamsbeleving en interacties en sociale verbanden', aangezien de eerste twee probleemgebieden vaak ook aan de orde komen binnen andere therapieën in de behandeling (van der Maas, L ; 2010).

Binnen het gebied 'lichaamsbeleving' wordt gewerkt aan de volgende doelen:

- Bewust gebruik maken van zintuigen en voelen van lichamelijke signalen hierbij.
- Ver- her- en erkennen van het eigen lichaamsbeeld en lichaamsgrenzen.
- Voelen van en leren omgaan met emoties.
- Ervaren van contact, intimiteit en seksualiteit.

Binnen het probleemgebied 'interacties en sociale verbanden' wordt gewerkt aan de volgende doelen:

- De ander ervaren in steun, leiding en volgen.
- Communiceren over grenzen en wensen van jezelf en de ander.
- Communiceren over belevingen met de ander, zich uiten (van der Maas, L ; 2010).

"Voor PMT is het belangrijk dat het benoemen van de mogelijkheden en beperkingen van activiteiten en interacties direct aansluit bij de therapeutische interventies, bewegings- en

lichaamsbelevingssituaties, waarin beperkingen op basis van mogelijkheden geaccepteerd, verwerkt en soms overwonnen kunnen worden.” (van der Meijden-van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007)

International Classification of Functioning (ICF)

Binnen de revalidatie wordt toenemend gewerkt vanuit een biopsychosociaal concept. Ook pijn-behandelprogramma's zijn gebaseerd op een biopsychosociale visie op chronische pijn (Köke, 1999 ; Turk, 1996). Er komt steeds meer oog voor de interacties tussen biologische, psychische en sociale factoren. Deze ontwikkeling zie je ook terug in de ontwikkeling van de ICF (RIVM, 2002).

“De ICF is ook te gebruiken om indicaties voor PMT gericht op mensen met chronische pijn vast te stellen. Hiervoor moet duidelijk worden welke classificatie-items voor deze PMT van belang zijn, waardoor ook helderheid verschaft wordt over de invloed van PMT op het functioneren van mensen met chronische pijn” (van der Meijden- van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007).

De ICF classificatie voor PMT bij mensen met chronische pijn bestaat uit de domeinen: functiestoornissen, beperkingen en mogelijkheden in activiteiten, participatieproblemen en – mogelijkheden, externe factoren en persoonlijke factoren. De classificatie toont per domein welke factoren belangrijk zijn voor het op stellen van een indicatie, het formuleren van behandeldoelen en vervolgens het opstellen van een behandelplan.³ Zowel negatieve, niet aanwezige of aangedane aspecten als positieve, ondersteunde mogelijkheden kunnen worden benoemd binnen het model.

³ Deze is bijgevoegd als bijlage 1

5. PMT en ViaReva

5.1 Wat is de behandelvisie van Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva?

Revalidatiegeneeskundigcentrum ViaReva wil de uitdaging aangaan met een strategie met de eenvoudige woorden “betekenisvol toekomstperspectief”, mensen die komen revalideren moeten opnieuw betekenis geven aan de nieuwe, niet gewilde, fase in hun leven. Door middel van zorg, behandelprogramma's, innovaties in hulpmiddelen, methoden en technieken geeft ViaReva de mogelijkheden op een toekomstperspectief dat opnieuw betekenisvol wordt.

Met dit streven worden strategie en toekomst verbonden; hieraan samen werken is voor alle betrokkenen betekenisvol (Strategisch beleidsplan ViaReva 2008-2011).

ViaReva wil patiënten die moeten leven met een beperking in staat stellen om zo zelfstandig mogelijk te leven. ViaReva wil hen ondersteunen bij de herinrichting van hun leven en samen werken aan een betekenisvol toekomstperspectief. ViaReva streeft naar de best mogelijke zorg en behandeling door:

- Het aanbieden van een up-to-date, evidence based en kwalitatief hoogwaardige revalidatiebehandeling en zorg.
- Het centraal stellen van de hulpvraag en de behandelprocessen, waardoor een optimale afstemming ontstaat tussen activiteiten.
- Doelgerichte afstemming en samenwerking in de zorgketen.

De kracht en het kapitaal van ViaReva is de professionaliteit van de medewerkers. De zorg die zij bieden is deskundig, vraag- en resultaatgericht.

Deskundig wil zeggen zoveel mogelijk 'evidence based' en conform landelijk geldende richtlijnen. Met academiesering wordt geduid op de toenemende aandacht voor het belang van revalidatie-gerelateerd wetenschappelijk onderzoek. Behandelprogramma's zullen steeds meer evidence based zijn, dat wil zeggen gebaseerd op resultaten uit wetenschappelijk onderzoek.

De zorg is vraaggericht, omdat de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt is voor de behandeling. Resultaatgericht wil zeggen dat de uitkomsten van de behandeling meetbaar en evalueerbaar zijn (Strategisch beleidsplan ViaReva 2008-2011).

In de strategie van ViaReva staat centraal dat de revalidatie is afgestemd op de behoefte van de cliënt. ViaReva dient de komende jaren te anticiperen op een gereguleerde marktwerking, bewust kiezende patiënten en een toenemend belang van ketenzorg. De kern van deze strategie bestaat uit drie elementen die ViaReva belangrijk vindt:

Efficiëntie

ViaReva wil allereerst een reguliere basis revalidatiebehandeling bieden, die efficiënt georganiseerd is en daarmee een goede kwaliteit bieden voor een goede prijs.

Productleiderschap

Daarnaast wil ViaReva op een aantal gebieden excelleren in de vorm van specialistische revalidatiebehandeling. Daaronder wordt verstaan het beste gespecialiseerde behandelaanbod met en voor klanten en ketenpartners. Dit aanbod is altijd up-to-date en kan snel worden aangepast aan de vragen van de klant. Op die terreinen wil ViaReva uitgroeien tot een erkend expertisecentrum in de regio.

Samenwerking

Samenwerking met onze partners in de zorg is essentieel. Door structureel samen te werken in de keten wil ViaReva een voortrekkersrol bekleden in de revalidatiebehandeling in de regio en samen met de netwerkpartners in de zorgketen de juiste vernieuwing en verbetering tot stand te brengen. (Strategisch beleidsplan ViaReva 2008-2011).

5.2 Vanuit welke bewegingsbeelden wordt er door de verschillende behandelaars, binnen het behandelteam van ViaReva, naar een revalidant gekeken?

Het behandelteam binnen het centrum ViaReva bestaat uit een aantal verschillende therapeuten en deskundigen. Dit zijn verschillende individuen, met verschillende opleidingen en achtergronden. Maar allen, deskundigen met veel kennis over mensen en het bewegen. Ook hebben zij allemaal een eigen plek binnen de behandeling en bieden verschillende therapieën aan vanuit verschillend gedachtegoed en met verschillende motivaties. Het is waardevol om met deze diverse therapeuten een multidisciplinair team te vormen, elkaar aan te vullen met ieder zijn eigen vakgebied om zo de revalidant een meer complete behandeling te bieden. Naast het feit dat dit waardevol een opbouwend is, kan het ook verwarring met zich mee brengen. Dit is ook het geval binnen ViaReva, door dat gewerkt wordt met verschillende professionals binnen één team zijn er verschillende visies en worden beslissingen genomen op basis van verschillend gedachtegoed. Een voorkomend voorbeeld hiervan binnen het behandelteam van ViaReva is de discussie over PMT binnen de behandeling en de meerwaarde en indicaties om PMT in te zetten. Deze gesprekken worden meestal gevoerd tussen de PMT-ers en de revalidatiearts met regelmatig een fysiotherapeut aan de kant van de arts.

Wanneer je kijkt naar de achtergronden en visies van de betreffende behandelaars komen die van de revalidatiearts en fysiotherapeut ook meer overeen met elkaar dan met die van de PMT. Opleiding, achtergronden en visies zijn dus van wezenlijk belang voor de behandelvisie die de professional nastreeft. De manier waarop naar mens en revalidant wordt gekeken speelt dus een grote rol, waar rekening mee moet worden gehouden in het contact tussen beiden. Daarom is het goed om deze mensbeelden helder te hebben en zo te weten wat de ander motiveert. Binnen ViaReva spelen het substantieel en een relationeel bewegingsbeeld een rol, welke voortkomen uit de daar boven hangende bijbehorende mensbeelden. De artsen en fysiotherapeuten richten zich vooral op het medische, mechanische en vooral technische en meetbare bewegen van de mens. En er wordt vaak specifiek gekeken naar het motorische deel en daar binnen de mogelijk- en onmogelijkheden van de revalidant. PMT-ers kijken naar de totale persoonlijkheid van een individu. Een totale benadering waarbij drie componenten van het persoonlijk functioneren in de therapie geïntegreerd worden; een motorisch, cognitief en sociaal-affectief component. Het denken en voelen zijn namelijk niet los te koppelen van het handelen (Goemans, J; 2009)

Al jaren houdt men zich bezig met de vraag op welke wijze er naar de bewegende mens gekeken kan worden. Op dit gebied zijn er twee hoofdstromingen qua denken over bewegen. Deze twee zijn ook bepalend binnen ViaReva. Er bestaat een stroming die uitgaat van een substantieel bewegingsbeeld en één die uitgaat van een relationeel bewegingsbeeld. Deze hebben invloed op de visie op revalidant en de ideeën over de behandeling van de betreffende professionals. Deze twee visies op bewegen zijn hieronder kort uiteengezet.

Substantieel bewegingsbeeld

De medisch-biologische wetenschappers zien bewegen als een eigenschap van de mens, niet als gedrag van de mens. Daarbij komt dat de bewegende mens niet als een geheel wordt gezien, maar wordt ontleed tot verschillende (meetbare) delen. Onder andere spierkracht, lenigheid, coördinatie en uithoudingsvermogen zijn ieder apart verantwoordelijk voor de eigenschap 'bewegen', van de mens. Het menselijk lichaam wordt gezien als studieobject, en daarmee wordt tevens gezegd dat het

menselijk lichaam een ding is. Een ding dat slechts te begrijpen is met behulp van een fysisch begrippenapparaat. De mechanica (functieleer), anatomie (ontleedkunde), fysiologie (leer van de levensverrichtingen), en biologie (wetenschap van de levende materie) zijn disciplines die daar een belangrijke rol in vervullen. Deze verschillende wetenschappelijke disciplines onderzoeken ieder op een andere manier de verschillende delen van de bewegende mens. Door de stroming mensen, met een substantieel mensbeeld, vanuit gegaan, dat bewegen een eigenschap van de mens is. Hiermee wordt aangegeven dat de mens niet in relatie staat met de wereld. De aanhangers van deze visie zoeken niet naar relaties tussen mens en wereld. Zij richten hun blik op de mens 'an sich' en zijn mogelijkheden. Binnen deze stroming bevinden zich twee varianten qua denkwijze over de mens: Als eerste Descartes, volgens hem bestaat de mens uit lichaam en ziel en zijn dit op zichzelf staande delen, die op de een of andere manier met elkaar in verbinding staan. Op deze manier wordt er een scheiding gemaakt tussen het functioneren van het lichaam en de ziel. Dit wordt dualistisch mensbeeld genoemd. Descartes heeft nooit een duidelijke verklaring kunnen vinden voor de wijze waarop deze verbinding ingevuld wordt. Ten tweede zijn er aanhangers van het substantiële mensbeeld, die van mening zijn dat de mens alleen uit materie, in de vorm van het lichaam bestaat. Dit wordt materialistisch mensbeeld genoemd (Tamboer 2004; Bax & Heuvel 2005).

Relationeel bewegingsbeeld

De relationele beweging gaat uit van een relatie tussen mens en wereld (dialogische benadering). Zij verzetten zich tegen de opvattingen van het dualistisch- en materialistisch mensbeeld, het causale- (als dit, dan dat) en mechanische denken over de mens en het menselijk gedrag.

Bewegen wordt gezien als een manier van gedragen, als een wijze van verhouden tot het oplossen van een bewegingsprobleem. Bewegen is een manier om vorm te geven aan de relatie tussen mens en wereld (de omgeving). Bewegen is in dit geval altijd een dialoog tussen mens en wereld. In een dialoog gaat het om bevragen en beantwoorden. De mens kan bewegend de wereld bevragen en de mens kan bewegend de 'vragende wereld' beantwoorden. Dit wordt hieronder toegelicht met een voorbeeld: De wereld kan op de volgende manier door de mens bewegend bevroegd worden: Mariska is aan het touw zwaaien. Ze gaat op de kast staan, pakt het touw vast, gaat op de knoop zitten en laat zich rustig van de kast af glijden. Ze zwaait op de knoop van het touw. Door met haar benen een actieve 'schommel beweging' te maken, krijgt ze meer vaart. Mariska 'bevroegt' de 'wereld', in dit geval het touw op zijn mogelijkheden. De vraag die zij stelt is: 'kan het touw een hardere zwaai maken, als ik actief met mijn benen meebeweeg?

'De wereld kan op de volgende manier door de mens bewegend beantwoord worden: Bas en Floris staan tegenover elkaar. Bas houdt een bal in zijn handen en rolt deze naar Floris. De bal heeft zoveel vaart, dat Floris hem niet kan tegenhouden, hij rent achter de bal aan, pakt hem op, gaat weer op zijn plek staan en rolt de bal terug naar Bas. Floris 'beantwoordt' de vraag van de 'wereld', in dit geval de bal. Het antwoordt dat Floris geeft is: 'ik ren achter de bal aan, pak hem van de grond op, ga op mijn plek staan en rol hem terug naar Bas' (Heij, P ; 2000, P.83).

Gordijn is een van de 'leden' van de relationele stroming, ook hij heeft zijn licht laten schijnen over bewegen. Voor Gordijn is bewegen zinvol gedrag dat zich afspeelt binnen het spanningsveld mens - wereld. Volgens Gordijn verhoudt de mens zich op een of andere wijze tot datgene wat hem omgeeft. Er is sprake van een relatie tussen mens en wereld, die op verschillende manieren kan worden vorm gegeven. Bewegen is volgens Gordijn een verworven persoonlijk-situatieve gevormdheid van motorischebetekenissen. Deze opvatting is door Heij (1989) beschreven in het artikel 'Ik interesseer mij voor bewegende mensen'. Aangezien deze beschrijving goed weergeeft op welke manier de relationele stroming tegen de bewegende mens en bewegen aankijkt, zijn de bewoordingen van Gordijn hieronder weergegeven. Ter verduidelijking is er een extra aanvulling gegeven op de door Gordijn genoemde en tevensuitgewerkte termen.

Gevormdheid: Bewegen dient zich binnen de genoemde mens-wereld relatie aan als een complexe totaliteit (een 'Gestalt') die anders en meer is dan de som van de delen.

Hier wordt verwezen naar de Gestaltpsychologie, die van mening is dat verschillende losse delen gevormd moeten worden tot een betekenisvol geheel (Heij, P ; 2000, P.86).

6. PMT en Onderzoek

Om onderscheid te maken binnen de pijnproblematiek en ordening te brengen in de complexiteit zijn in het verleden de kwaliteitsprofielen WPN 1 t/m 4 opgesteld⁴. Psychische en sociale factoren, zowel als belangrijke onderhoudende of veroorzakende factoren bij chronische pijn, spelen bij niveau 3 en 4 een toenemende rol. PMT richt zich specifiek op die factoren en wordt alleen geïndiceerd voor klachten op deze niveaus (Köke, 2005 ; WVC, 2004).

Daarbij is aangetoond dat de volgende indicaties van belang zijn voor de inzet van PMT (van der Maas, L ; 2010) :

- Allereerst, iemand heeft chronische pijnklachten.

Bij chronische pijn blijven pijnklachten bestaan ondanks dat de weefselschade grotendeels is genezen of stabiel aanwezig is. Pijn lijkt zijn functie – bescherming tegen (dreigende) weefselschade – te zijn verloren en een eigen leven te leiden. De relatie met de oorspronkelijke pijnlijke prikkel neemt steeds meer af. De pijn wordt chronisch en is niet alleen meer te verklaren door een aandoening en/of weefselschade.

In het kader van deze visie spreken we van chronische pijn als er geen voldoende lichamelijke verklaring (meer) is voor de ernst van de klachten en beperkingen en een op stoornis gerichte behandeling geen verbetering (meer) geeft. Niet alleen de pijn is een probleem, ook de last erdoor, de beleving ervan en de beperkingen in het dagelijks functioneren die ermee samenhangen. De kwaliteit van leven wordt als steeds minder goed ervaren.

“Ook als er een somatische aandoening is kan er sprake zijn van een zodanig beloop dat de mate van beperkingen niet vanuit de ernst van de aandoening verklaard kan worden” (WVC, 2004).

- Er bestaan ongewenste psychosociale negatieve consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem. De cliënt wordt door de pijn geremd en gehinderd in zijn dagbesteding, werkrelaties en zijn sociale rollen.
- De cliënt laat zien inzicht te hebben in de knelpunten van zijn functioneren. Hij realiseert zich dat het niet meer gaat om het fysiek wegnemen van de pijn, maar dat hij moet leren omgaan met de pijn.
- De cliënt toont een actieve houding bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem. Hij heeft innerlijke motivatie om te veranderen, waarbij een externe motivatie helpend kan zijn.
- De cliënt heeft enige affiniteit met bewegen en lichamelijke bezit de mogelijkheid om te bewegen, omdat het binnen PMT gaat om te ervaren in bewegings- en lichaamservaringssituaties.
- Het systeem van de cliënt zoals partner, ouders of andere naasten waarmee de cliënt samenleeft of samenwerkt is bij de behandeling te betrekken. Dit is noodzakelijk als sociaal netwerk en ondersteuning van de therapie. Ook kan de cliënt als het systeem betrokken is makkelijker transfers maken van de therapiesituaties naar de voor hem belangrijke contexten (van der Maas, L ; 2010).

Hoewel er binnen de revalidatie steeds meer aandacht is voor het psycho-sociaal functioneren, heeft psychomotorische therapie nog niet echt een voet aan de grond gekregen binnen het werkveld van de revalidatie. Wel krijgen psychomotorisch therapeuten steeds meer de gelegenheid om een bijdrage te leveren binnen de behandeling van psychosociale problematiek.

Binnen Revalidatie Centrum Amsterdam kregen ze de kans om aan hun behandeling een wetenschappelijk onderzoek te koppelen om zo het resultaat van PMT binnen de behandeling te ondersteunen en kracht bij te zetten. Het onderzoek is gedaan met een experimentele groep, die een behandeling volgde waarin PMT was opgenomen en een controlegroep, die een behandeling volgde zonder PMT. Er werd gescoort op een aantal variabelen, zoals ‘scale of body connection,

⁴ De inhoud van deze kwaliteitsprofielen vindt u op:

<http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/vereniging/werkgroepen/wpn>

‘profile of Mood States, ‘Pain Self-efficacy Questionnaire’ en Pijnintensiteit.⁵ En uit het onderzoek bleek dat de groep met PMT op de meeste variabelen duidelijk beter scoorde dan de controlegroep. Dit suggereert dat een toevoeging van PMT in de behandeling van chronische pijn binnen de revalidatie een waardevolle uitbreiding is. Voor in de praktijk lijken deze voorlopige resultaten een ondersteuning voor het toevoegen van PMT aan de behandeling van chronische pijn in de revalidatie⁶ (van der Maas, L ; 2010).

Voor het opstellen van PMT- behandeldoelen en een behandelplan kan gebruik worden gemaakt van vragenlijsten en observatielijsten, zoals deze in de PMT gebruikt worden. Ook voor het evalueren van persoonlijke veranderingen kunnen deze gebruikt worden. Evaluatie- en meetinstrumenten die voor PMT gebruikt kunnen worden zijn volop in ontwikkeling. De PMT-er kan zich daarvan in vakliteratuur en bij de beroepsvereniging (NVPMT) op de hoogte stellen. Om een module voor mensen met chronische pijn als geheel te evalueren kan een module-evaluatie opgesteld worden.⁷

Om de transfer van de ervaringen binnen de therapie naar daarbuiten duidelijker te maken, kunnen in een werkboek vragen opgenomen worden die slaan op de doelen waaraan gewerkt wordt. Deze vragen geven een beeld in hoeverre de cliënt buiten de therapie ervaringen heeft opgedaan in het kader van de gestelde doelen en kunnen aanleiding geven voor gesprek (van der Meijden- van der Kolk, H en Bosscher, R ; 2007).

Daarnaast zijn deze bovengenoemde documenten ook te gebruiken als resultaten van de voortgang en uitkomsten van de therapie. En kunnen deze de waarde van PMT aantonen, doordat de cliënt zijn of haar voortgang beschrijft en aangeeft wat voor hem/haar haar de kwaliteit van leven (heeft) vergroot en met meer positieve resultaten de behandeling kan eindigen, ook kan door het op papier vastleggen van de therapie na behandelingen worden aangetoond dat met de inzet van PMT de behandeling korter was en er meer resultaat kon worden geboekt in een kortere tijd (van der Maas, L ; 2010). Zo kun je PMT profileren en daarbij rekening houden met en aansluiten bij de missie en visie van de instelling (namelijk een meetbare behandeling, kortere behandeling met goede resultaten, maar ook aansluiten bij wat de cliënt nodig heeft en zo de kwaliteit te verhogen.)

⁵ Voor meer informatie over deze gescoorde variabelen, zie : Onder redactie, de Lang, J. Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz. P188, tabel 9.3, door Lia van der Maas, 2010

⁶ Voor meer informatie over dit onderzoek , zie : Onder redactie, de Lang, J. Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz. H9 door Lia van der Maas, 2010

⁷ Een voorbeeld van een module-evaluatie is bijgevoegd als bijlage 2

7. PMT en Presentatie

Om als PMT-er voet aan de grond te krijgen binnen een multidisciplinair behandelteam in de revalidatie is het belangrijk om te denken over wat nodig is om je te profileren binnen het team. Op welke manier artsen en anderen aangesproken en warm worden voor PMT binnen de behandeling. En op welke manier je deze kennis en ervaring het beste kan overbrengen, zodat het gaat landen en in de praktijk zijn vruchten af gaat werpen. Binnen ViaReva kunnen de regelmatig gehouden bijeenkomsten van het multidisciplinaire team een mooi moment zijn om regelmatig deze kennis en ervaringen door middel van een presentatie over te brengen op de rest van het team. Op deze manier is het mogelijk om ze goed te informeren, eventueel te laten ervaren en op de hoogte te houden van de ontwikkelingen en ze zo te betrekken bij het werk van een PMT-er. Hier voor is het wel van belang om een goede presentatie neer te zetten en te kiezen voor een passende vorm voor het betreffende team. Daarom is het goed om eerst te kijken naar waar een goede presentatie (in het algemeen) aan moet voldoen om het vervolgens toe te spitsen en in de juiste vorm te gieten voor het eigen team.

7.1 Waar moet een goede presentatie aan voldoen?

Wat belangrijk is voor een goede presentatie in 7 punten:

- Bedenk wat je wilt bereiken

Denk eerst na over het doel van je presentatie. Wat wil je ermee bereiken? Een doel kan zijn dat je informatie wilt overdragen, of dat je iets voor elkaar wilt krijgen. Wil je de nieuwe medewerkers over het reilen en zeilen binnen jouw bedrijf informeren, dan is je doel kennis overdragen. Maar sta je voor de directie om budget los te krijgen voor het fantastische plan dat je hebt bedacht, dan zul je met sterke argumenten moeten komen. Het doel van de presentatie bepaalt de inhoud.

- Leef je in je publiek in

Ieder publiek vraagt om een andere benadering. Bedenk daarom van tevoren goed wie je voor je hebt. Houd je een presentatie over de nieuwe reclamecampagne voor collega's en voor het management, dan is het gebruik van jargon en eventueel zelfs afkortingen geen bezwaar. Maar sta je met hetzelfde onderwerp op een congres voor young professionals, dan is het beter om begrippen uit te leggen en de reden van de gemaakte keuzes toe te lichten. Naast de inhoud moet je ook de vorm van je presentatie aanpassen aan je publiek. Zoals je woordkeus, stemgebruik en de inzet van hulpmiddelen.

- Denk na over de situatie

Ben je bijvoorbeeld de op één na laatste spreker op een congres, bedenk dan dat je publiek al redelijk verzadigd is. Probeer je presentatie dan zo interactief mogelijk te maken. Leg je toehoorders stellingen voor of vraag ze naar hun ervaringen of laat ze actief meedenken of doen.

- Schrijf de tekst

Een goede presentatie bestaat uit een kop (inleiding), romp (eigenlijke verhaal) en staart (slot). In de inleiding leg je uit wie je bent, wat je gaat vertellen, hoe je verhaal is opgebouwd, hoe lang je aan het woord zult zijn en op welk moment het publiek vragen kan stellen. De kern bevat de meeste informatie. Het is dan ook van belang om hoofd- en bijzaken te onderscheiden zodat het publiek jouw verhaal goed kan volgen. Herhaal je belangrijkste standpunten een paar keer in iets andere bewoordingen en geef voorbeelden. Dit werkt verhelderend en zo kunnen de luisteraars de hoofdpunten beter onthouden. Afbeeldingen van grafieken of citaten kunnen je verhaal eveneens versterken. In het slot van je presentatie vat je de boodschap kort en krachtig samen.

- Kies hulpmiddelen

Audiovisuele hulpmiddelen kunnen je presentatie ondersteunen. Je kunt hierbij denken aan een dvd-speler, een overheadprojector of aan het gebruik van powerpoint. Vooral als je opsommingen geeft, kan een gepresenteerde lijst ondersteunend werken. Maar schrijf nooit te veel op en ga zeker niet je

hele presentatie projecteren op een scherm. Dat leidt alleen maar af. Stel je náást het scherm op, zodat iedereen het goed kan zien. Gebruik een aanwijsstokje om punten aan te wijzen en niet je vingers, want dan sta je zelf te veel voor het scherm.

- Oefen

Je houding en je lichaamstaal bepalen voor een belangrijk deel het effect van de presentatie op je publiek. Oefen de presentatie thuis voor de spiegel, zodat je kunt bepalen welke houding je tijdens het spreken aanneemt. Let daarbij vooral op je gezichtsuitdrukking en op wat je met je handen doet.

- Controleer de hulpmiddelen

Als je op locatie bent, controleer dan ruim op tijd of de hulpmiddelen er zijn, en of ze het ook doen. Werkt de beamer? Is er een flip-over? Kun je de laptop makkelijk aansluiten? Technische mankementen kunnen een presentatie ernstig verstoren (Wagenaar, W.A ; 1999, P.10)

Het allerbelangrijkste van een mondelinge presentatie is dat je de boodschap aan het publiek overbrengt. En moet je dus zelf goed weten wat je boodschap is. Denk goed na over eventuele hulpmiddelen, deze moet gekozen worden met het oog op het effect dat moet worden: het effectief overbrengen van een boodschap en het publiek overtuigen van het belang daarvan (Wagenaar, W.A ; 1999, P.7).

7.2 Hoe moet een presentatie voor een medisch team van artsen vorm krijgen om de boodschap concreet en overtuigend over te brengen?

Zoals gezegd past bij het behandelteam van ViaReva een presentatie binnen de teambijeenkomsten. En er moet dan gepleit worden voor het herhaaldelijk terug komen van de bijeenkomsten. Zodat PMT steeds weer de nodige aandacht krijgt. En het geheugen van de andere teamleden regelmatig opgefrist wordt en ze op de hoogte blijven van de inhoud van de therapieën als PMT-er.

Belangrijk is dus het overbrengen van je boodschap, namelijk dat PMT van waarde is binnen de behandeling en een aanvulling is op de andere therapieën binnen het multidisciplinaire team. Om de anderen van dit feit te doordringen is het belangrijk aan te sluiten bij hun gedachtegoed en kijk op de behandeling. Het is goed om je de verschillende mensbeelden binnen het team waarin je staat te realiseren en hier rekening mee te houden.

Twee punten die duidelijk naar voren komen in de behandelvisie van ViaReva zijn: het aanbieden van een up-to-date, evidence based en kwalitatief hoogwaardige revalidatiebehandeling en zorg.

En het centraal stellen van de hulpvraag en de hulpvraag van de cliënt het uitgangspunt laten zijn voor de behandeling (zie hoofdstuk 5.1). Daarom is het aan te raden hierbij aan te sluiten in je presentatie over PMT, om van daaruit PMT te profileren en informatie te geven die deze belangrijke punten ondersteunt. Daarnaast is het belangrijk om rekening te houden met wie je voor je hebt. Het is wenselijk om je presentatie helder en inzichtelijk te maken voor de toeschouwers, dus om ook te starten met het doel van je presentatie en wat je wilt overbrengen, in dit geval dus helderheid geven over PMT en de waarde van PMT als therapie. Het is daarom wijs om te starten met een theorie gedeelte, kort uitleggen wat PMT inhoudt en hoe de therapie eruit ziet, dit kan verduidelijkt worden met concrete voorbeelden uit de praktijk binnen de revalidatie. Het is goed om te benoemen vanuit welke visie de therapie aan het werk is (het relationele bewegingsbeeld, zie hoofdstuk 5.2) en hoe dit aansluit bij hulpvragen van revalidanten in het centrum, dit door kort een aantal hulpvragen te doen en aan te geven hoe PMT hiermee aan de slag gaat/kan. Als de toehoorders het begrip PMT duidelijk voor ogen hebben kan aansluitend informatie gegeven worden over het onderzoek naar PMT.

Vervolgens wordt beschreven en onderbouwt vanuit onderzoeken uit het land, wat PMT onderscheidt van andere therapieën en waarom het voor veel mensen werkt. Er kan verteld worden over de onderzoeken die lopen naar de inzet van PMT bij mensen met chronische pijn. De positieve onderzoeksgegevens (genoemd in hoofdstuk 6) kunnen worden getoond en zijn helpend bij het onderbouwen van de waarde van PMT. Daarnaast kunnen de indicaties voor de inzet PMT worden genoemd en worden gekoppeld aan hoe daarmee aan de slag wordt gegaan binnen PMT. Het is goed

dat deze onderzoeksgegevens een duidelijke plek krijg binnen de presentatie, omdat dit aansluit bij het evidence based willen werken van het centrum. Daarbij kan worden benoemd dat verder onderzoek in volle gang is en de voortgang en resultaten graag regelmatig gedeeld worden met het team. Het zou mooi zijn om deze theorie dus visualiseren met een filmpje, waarin je een stukje PMT uit de praktijk laat zijn, waarin duidelijk de opbouw en manier van werken zichtbaar is. Tot slot kan er voor gekozen worden om de presentatie af te sluiten in de zaal en je toehoorders zelf te laten ervaren. De therapeut geeft dan een PMT-oefening aan het team, zo kunnen ze zelf aan den lijve onervinden wat het inhoudt, ervaren hoe het is en wat interventies mogelijk met hen kan doen. Daarna kan de presentatie worden afgerond en eindigd de bijeenkomst.

Concreet

De volgende punten mogen niet missen en moeten zeker terugkomen in een presentatie van psychomotorische therapie aan het multidisciplinaire team:

- Theorie gedeelte: een helder uitleg van PMT, zodat voor de toehoorders helemaal duidelijk is wat de theorie inhoudt. En een kort over de benadering van PMT en hoe dit aansluit bij de visie van het centrum
- Onderzoeksgegevens : een korte weergave van de ontwikkelingen rondom PMT. En de gedane onderzoeken naar PMT bij chronische pijn. Evidence based werken is belangrijk voor het centrum, dus hier kan goed op worden aangesloten. Neem het onderzoek wat gedaan is naar PMT bij chronische pijn en benoem de positieve resultaten en het feit dat PMT binnen de behandeling de opname verkort en bijdraagt aan meer positief geboekte resultatie van een revalidant. (dit stukje is er belangrijk en zal artsen zeker aanspreken en redenen geven om PMT op te nemen in de behandeling)
- Film-opname: het is goed om de toehoorders op verschillende manier aan te spreken, daarom is een kort filmpje waarin een PMT behandeling te zien is een goede aanvulling. Zo ontstaat een helder beeld en ontstaat een meer concrete voorstelling.
- Ervarings-gedeelte: een andere vorm om de toehoorders te bereiken en te zorgen dat ze overtuigd raken van de waarde van PMT is ze zelf laten ervaren, daarom is eindigen met een stukje praktijk een goede afsluiter. Geef als PMT-er een oefening die je regelmatig doet met revalidanten en laat je toehoorders deze oefening met mogelijke interventies ondergaan. Ze kunnen ze zelf ervaren wat het met ze doet en hopelijk op deze manier de kracht van een activiteit zien en ervaren.

Discussie

Het onderzoek is gedaan naar aanleiding van een ervaring binnen ViaReva Apeldoorn. En de deelvragen zijn dan ook gekozen op zaken die binnen ViaReva een rol spelen en van belang zouden kunnen zijn. Daarom is het onderzoek niet te generaliseren.

Het onderzoek is ook gebaseerd op het beeld dat binnen ViaReva bestond over PMT en de denkwijze en het handelen van specifieke artsen. Dus ook in de beantwoording en komen tot een oplossing is gekeken naar wat binnen ViaReva het meest passend en geschikt is. Het zal daarom voor andere instellingen minder passend zijn en/of minder herkenbaar. Wel zijn het voor ViaReva interessante inzichten en wellicht zullen andere PMT-ers binnen de revalidatie dingen herkennen en kunnen ze er hun winst mee doen.

Daarnaast is er maar één wetenschappelijk onderzoek in de literatuur gebruikt naar PMT bij mensen met chronische pijn. Het is een feit dat er verder nog geen afgeronde onderzoeken zijn over PMT bij chronische pijn. Wel wijst het bestaande onderzoek op positief effect en goede resultaten, maar meer en vervolg onderzoek is nog nodig.

Conclusie

Uit het onderzoek is gebleken dat de link tussen psychomotorische therapie en mensen met chronische pijn zeer zeker kan worden gemaakt.

Naaste lichamelijke effecten heeft chronische pijn ook vaak invloed op psychische en sociale factoren en beïnvloed het dagelijks leven en heeft vaak invloed op de kwaliteit van leven. Psychomotorische therapie gaat ervaringsgericht te werk en probeert inzicht te creëren om zo gedrag te beïnvloeden en/of een gedragsverandering tot stand te brengen.

ViaReva is een centrum dat graag deskundig te werk gaat, waarde hecht aan evidence based werken, maar ook de revalidant centraal stelt en de hulpvraag van de revalidant als uitgangspunt neemt voor behandeling.

Het feit dat de inzet van PMT regelmatig extra benadrukken vraagt, ligt binnen ViaReva aan het feit dat het niet voor iedereen (met name artsen niet) altijd helder is wat de therapie inhoudt, wat de (aanvullende) waarde is en is er weinig bekend over resultaten en effecten.

Daarnaast spelen ook de verschillende achtergronden en manier van opgeleid zijn tussen verschillende vakgroepen (artsen/fysiotherapeuten ↔ PMT-ers) een rol. Hierdoor bestaat een verschillende kijk op/naar revalidanten en kunnen de ideeën over een goede en effectieve behandeling verschillen en over het feit wanneer de kwaliteit van leven wordt vergroot. Daarom is het goed dat alle professionals binnen het team zich bewust zijn van deze verschillen en het iets is waar rekening mee gehouden moet worden.

Ook het doen van wetenschappelijk onderzoek kan bij te dragen om effect van PMT kracht bij te zetten. De eerste resultaten van wetenschappelijk onderzoek ondersteunen de positieve resultaten bij inzet van PMT. Maar vervolg en meer onderzoek is wenselijk, zodat het kan bijdragen aan het onderstrepen van de het succes en de kracht van PMT en pleit voor de toegevoegde waarde van PMT om tot een meer succesvolle behandeling te komen.

Door bovenstaande genoemde literatuur als beantwoording op de deelvragen, kan ook de hoofdvraag beantwoord worden:

Als PMT-er is het goed om het belang van boven genoemde punten te zien en hier bewust mee om te gaan. Om het vakgebied van de PMT-er goed te neer te zetten en je beter te profileren binnen een multidisciplinair team is het zinvol om deze antwoorden mee te nemen en een vorm te kiezen om deze over te brengen op het team.

Het is zinvol om als PMT-ers een module-evaluatie te ontwikkelen om de therapieën met mensen met chronische pijn als geheel te evalueren. Om de transfer van de ervaringen binnen de therapie naar daarbuiten duidelijker te maken, kunnen in een werkboek vragen opgenomen worden die slaan op de doelen waaraan gewerkt wordt. Deze vragen geven een beeld in hoeverre de cliënt buiten de therapie ervaringen heeft opgedaan in het kader van de gestelde doelen en kunnen aanleiding geven voor gesprek. Deze documenten kan de PMT-er gebruiken als resultaten van de voorgang en uitkomsten van je therapie. En kunnen deze de kracht en effecten van PMT ondersteunen.

Binnen ViaReva Apeldoorn is de vorm van een presentatie binnen een teambijeenkomst het meest passend op dit moment. Dat is dan ook een mooi moment om aan te grijpen om duidelijk te geven over PMT en de resultaten van onderzoek naar de effecten.

Middels een presentatie is het goed om je toehoorders op verschillende manieren aan te spreken. Een theoriegedeelte over PMT, onderzoeksgegevens, een filmopname van een therapie en een gedeelte laten ervaren zouden goede ingrediënten zijn voor de presentatie en overbrengen van PMT. Daarnaast is het goed om in te spelen of vragen of andere dingen die leven onder bij het team. Wenselijk is om vervolgens regelmatig het geheugen op te blijven frissen en ruimte te nemen om tijdens bijeenkomsten met het team, het team op de hoogte te houden over PMT en de lopende onderzoeken en ontwikkelingen. Zo houd je PMT in beeld en creëer betrokkenheid bij je vakgebied.

Zo bestaat er duidelijkheid en transparantie over de inhoud van PMT en weet een arts waar hij het over heeft als het PMT wil betrekken bij de behandeling en zal hij meer geneigd zijn dit te doen.

Aanbevelingen

Met dit onderzoek wil ik artsen binnen de revalidatie die een behandeling bieden aan mensen met chronische pijn aanbevelen om psychomotorische therapie op te nemen binnen de behandeling. Om de revalidant de therapie aan te bieden en zelf te laten ervaren of het passend en helpend is binnen zijn of haar behandeling. Om het behandelaanbod zo breder te maken en vanuit verschillende benadering te werken aan de doelen van de revalidant, om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de hulpvraag van de revalidant.

Psychomotorische therapeuten wil ik aanbevelen om, wanneer deze mogelijkheid er is, zelf bij te dragen aan het aantonen van de waarde en het effect van PMT. Dit door bijvoorbeeld zelf evaluatie-formulieren op te stellen om vanaf de start, gedurende en aan het einde van de behandeling de bevindingen, veranderingen en resultaten van de revalidanten te scoren. Zo creëer zelf inzicht in wat je therapie met de revalidant doet en de mogelijke effecten van je behandeling. Tegelijkertijd kun je deze gegevens ook gebruiken naar revalidatieartsen/een medisch team om de waarde van PMT aan te geven en aan te tonen dan het bijdraagt aan een snellere behandeling en een hogere kwaliteit van het behandelproces.

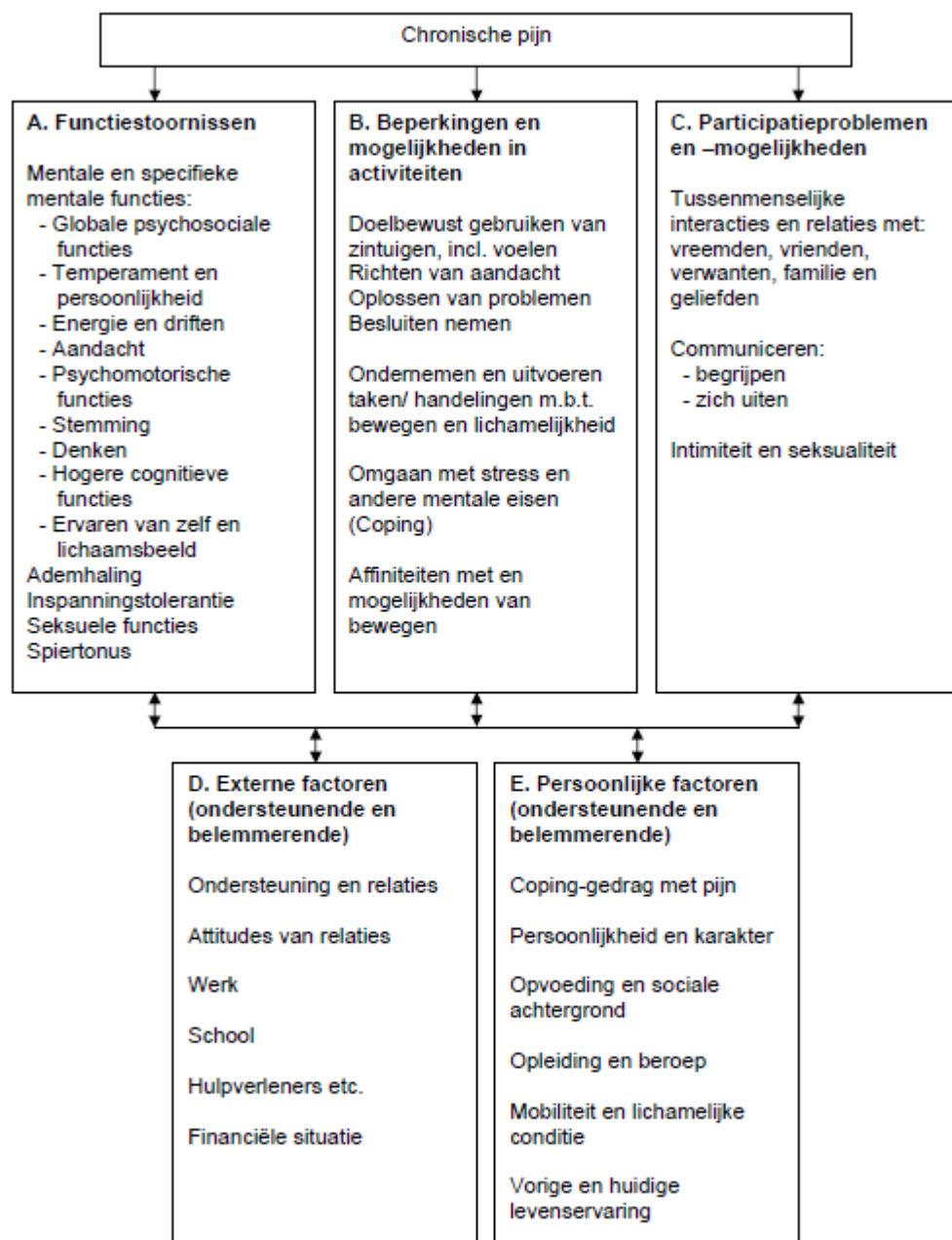
Daarnaast wil ik psychomotorische therapeuten binnen de revalidatie ook aanbevelen om, wanneer deze mogelijkheid er is, je als vakgroep goed te profileren binnen de instelling. Het multidisciplinaire team te informeren over jullie vakgebied en de inhoud van de therapie. Het is goed om bijvoorbeeld door middel van presentaties het team regelmatig om de hoogte te houden over PMT en de inzichten op PMT binnen de behandeling. Maar ook over de lopende (effect) onderzoeken en de nieuwe inzichten en resultaten die er zijn. Om ze zo de kennis over PMT over te dragen, maar ook met bijvoorbeeld een filmpje of het zelf laten ervaren van PMT de therapie onder de aandacht te brengen om steeds weer te overtuigen van de waarde van PMT binnen de behandeling en zo een volwaardige plek binnen het multidisciplinaire behandelteam.

Literatuurlijst

- Goemans, J (2009), 'Psychomotorische therapie: meer dan bewegen', Het Perron 25e jaargang nr. 4, Brugge
- Heij, P ; (2000), 'Bewegingsonderwijs – een filosofische benadering' in: red. Stegeman, H , Faber, K, 'Onderwijs in bewegen: basisthema's in de lichamelijke opvoeding', Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
- Köke, A. e.a. (2005), 'Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland', Pijn kennis Centrum, Maastricht
- Maas, L (2010), ' Psychomotorische therapie bij chronische specifieke pijn, een promotieonderzoek ', uit: red. de Lange, J 'Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz', Uitgeverij Boom, Amsterdam
- van der Meijden-van der Kolk, H en Bosscher, R . (2007) 'Psychomotorische therapie voor mensen met chronische pijn ' *Een methodisch raamwerk*, Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
- Mengerling B. (2003) 'Revalidatie Psychomotorische Therapie. Interne publicatie. UMCG, Groningen
- NVPMT, (2009). Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut P6-7. [www. NVPMT.nl](http://www.nvpmt.nl)
- PMT infosite, Schrijver onbekend (2012). Wat is psychomotorische therapie. Van www.pmtinfosite.nl
- Raad van toezicht en medewerkers ViaReva, (2012) , 'Revalideren bij ViaReva' <http://www.viareva.nl/onderdeel: folders>
- RIVM, (2002). ICF, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
- Tumlin, T.R. (2001) ' Treating Chronic-Pain Patients in Psychotherapy. Psychotherapy in Practice, 57, 1277-1288
- Tumlin, T.R. e.a. (2004) 'Psychotherapeutic Issues encountered in the psychotherapy of chronic pain patients. Current Science, 8 , 124-129
- Turk, D.C (1996), Biopsychosocial perspective on chronic pain, in R.J. Gatchel en D.C. Turk(Eds.), Psychological approaches to pain management. Guilford, London
- Wagenaar, W.A. (1999), 'Het houden van een presentatie', NRC Handelsblad, Rotterdam
- WVC (2003), Beleidsvisie inzake pijnrevalidatie en revalidatie technologie, WVC, Den Haag

Bijlagen

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



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