

Document

Ergotherapie Behandeling

bij cliënten met

Chronische Pijn



Werkgroep Ergotherapie Chronische Pijn Stedendriehoek
Januari 2014

Inleiding

Voor u ligt het document 'Ergotherapie behandeling bij cliënten met Chronische Pijn'. Deze wijze van behandeling is ontstaan vanuit de wens om duidelijk te maken wat ergotherapie kan betekenen voor cliënten met chronische pijn en hoe een ergotherapie behandeling wordt vormgegeven.

In 2012 zijn er contacten gelegd met het netwerk oefentherapeuten Cesar en Mensendieck Chronisch Pijn - regio Stedendriehoek, Apeldoorn-Zutphen-Deventer. Zij schreven een mono disciplinaire richtlijn voor hun werkwijze. Vanuit de wens om elkaar te kunnen aanvullen en beter te kunnen samenwerken, is vervolgens een werkgroep ergotherapie gestart.

Om dit document te schrijven zijn bestaande werkwijzen en richtlijnen bestudeerd. Vanuit de landelijke werkgroep Ergotherapie en Chronische Pijn is een basis document geschreven "Fundamenten ergotherapeutische behandeling chronische pijn en vermoeidheid". Dit document kan samen met dit werkstuk worden gelezen en wordt als uitgangsdokument beschouwd.

Het document 'Ergotherapie behandeling bij cliënten met Chronische Pijn' is gemaakt om een goede en uniforme werkwijze te beschrijven voor de ergotherapeuten werkzaam in de eerste lijn, regio stedendriehoek. Per fase van de ergotherapiebehandeling worden de werkwijze en de gebruikte instrumenten beschreven.

Tevens is een netwerk ergotherapeuten werkzaam voor de doelgroep cliënten met chronische pijn in de regio Apeldoorn-Zutphen-Deventer. Zij werken volgens deze behandelaanpak.

Wij hopen dat dit document een inspiratie is en een goede basis voor samenwerking met verwijzers en andere disciplines.

Werkgroep Ergotherapie Chronische Pijn Stedendriehoek

Januari 2014

Paula van Drie-Verschoor

Ineke Meijerhof

Swanet Riphagen

Buddha Ossewaarde

Ingrid Daniels-de Horde

Inhoud

1 Ergotherapie.....	4
2 Chronische pijn	5
2.1 Doelgroep	5
2.2 Gedragsverandering.....	5
3 Behandeling Ergotherapie (gebaseerd op het CPPF).....	6
3.1 Beoordelen van indicatie ergotherapie	7
3.2 Invulling van de samenwerking	7
3.3 Probleemanalyse	7
3.3.1 Pijnvragenlijst.....	7
3.3.2 COPM	7
3.3.3 OPHI II	8
3.3.4 OSA	8
3.3.5 VAS.....	8
3.3.6 Inventarisatie en vaststellen handelingsprobleem/selecteren onderwerpen.....	8
3.3.7 Standaardobservaties	9
3.3.8 AMPS.....	9
3.3.9 De activiteitenweger	9
3.3.10 Evalueren met de cliënt.....	10
3.4 Opstellen plan van aanpak	10
3.4.1 Ergotherapeutische probleemstelling	10
3.4.2 Behandeldoelen opstellen	10
3.4.3 Plan van aanpak	10
3.5 Uitvoeren plan van aanpak.....	11
3.5.1 Belasting-belastbaarheid.....	11
3.5.2 Therapeutisch gebruik van activiteiten	11
3.5.3 (Psycho) Educatie	11
3.5.4 Energiemanagement.....	12
3.5.5 De Activiteitenweger.....	12
3.5.6 Graded activity	12
3.5.7 Advisering hupmiddelen	12
3.6 Evalueren en bijstellen plan van aanpak	13
3.7 Evalueren behandeluitkomsten	13
3.8 Beëindiging van de behandeling.....	13
Literatuur	14
Bijlage 1 Verklarende woordenlijst	15
Adresgegevens auteurs.....	16

1 Ergotherapie

Het belangrijkste doel van de ergotherapie is het bevorderen van de participatie, zodat de cliënt weer deel kan uitmaken van de maatschappij en in staat is om dagelijks betekenisvol en maatschappelijk te kunnen handelen ten behoeve van gezondheid en welzijn.

Onder handelen wordt het uitvoeren van activiteiten verstaan. Ergotherapie richt zich op het mogelijk maken van het handelen. Hierbij zijn concrete, voor de cliënt betekenisvolle activiteiten op de gebieden wonen, werken en vrijetijdsbesteding onderwerp van behandeling.

Het is van belang om een optimale afstemming te bewerkstelligen tussen de mogelijkheden van de cliënt en de eisen die de activiteit en/of omgeving stelt. De autonomie van de cliënt, het cliëntgericht en evidence-based werken zijn belangrijk tijdens de behandeling. De cliënt en naastbetrokkenen worden gerespecteerd, geïnformeerd en als actieve partner betrokken bij het opstellen van doelen, bepalen van strategieën voor de behandeling en bij de uitvoering van het hele behandelproces.

2 Chronische pijn

2.1 Doelgroep

De doelgroep bestaat uit cliënten die door chronische pijn (langer dan 3 maanden bestaand) beperkt worden in hun dagelijkse bezigheden, die vastlopen in thuis-/werksituatie, de grip op hun leven kwijt zijn of als gevolg van hun chronische pijn in een neerwaartse spiraal terecht zijn gekomen en beperkt worden in de participatie.

Eén of meerdere van onderstaande factoren spelen een rol:

- problemen met of vragen over de gevolgen van pijn op het handelen
- inefficiënt omgaan met energie;
- disbalans tussen rust en activiteit
- overbelasting en/of onderbelasting
- coping problematiek

2.2 Gedragsverandering

Een belangrijk element in de behandeling is de gedragsverandering. Effectieve ergotherapie stelt cliënten in de gelegenheid te veranderen. Ergotherapie dient het veranderingsproces te stimuleren, te ondersteunen, in beweging te brengen en/of op andere wijze mogelijk te maken.(24) De cliënt wordt door de ergotherapeut gestimuleerd om van zijn sterke kanten gebruik te maken.

Cliënten vertonen vaak gewoontegedrag. Het is niet eenvoudig om dit te doorbreken. Er zijn verschillende methodes om gedragsverandering teweeg te brengen. Binnen de ergotherapie wordt o.a. gebruik gemaakt van Health Counseling (1) en de Motivational Interviewing (2). Het nieuwe gedrag of handelen moet veelal meerdere keren worden herhaald voordat er verandering optreedt.

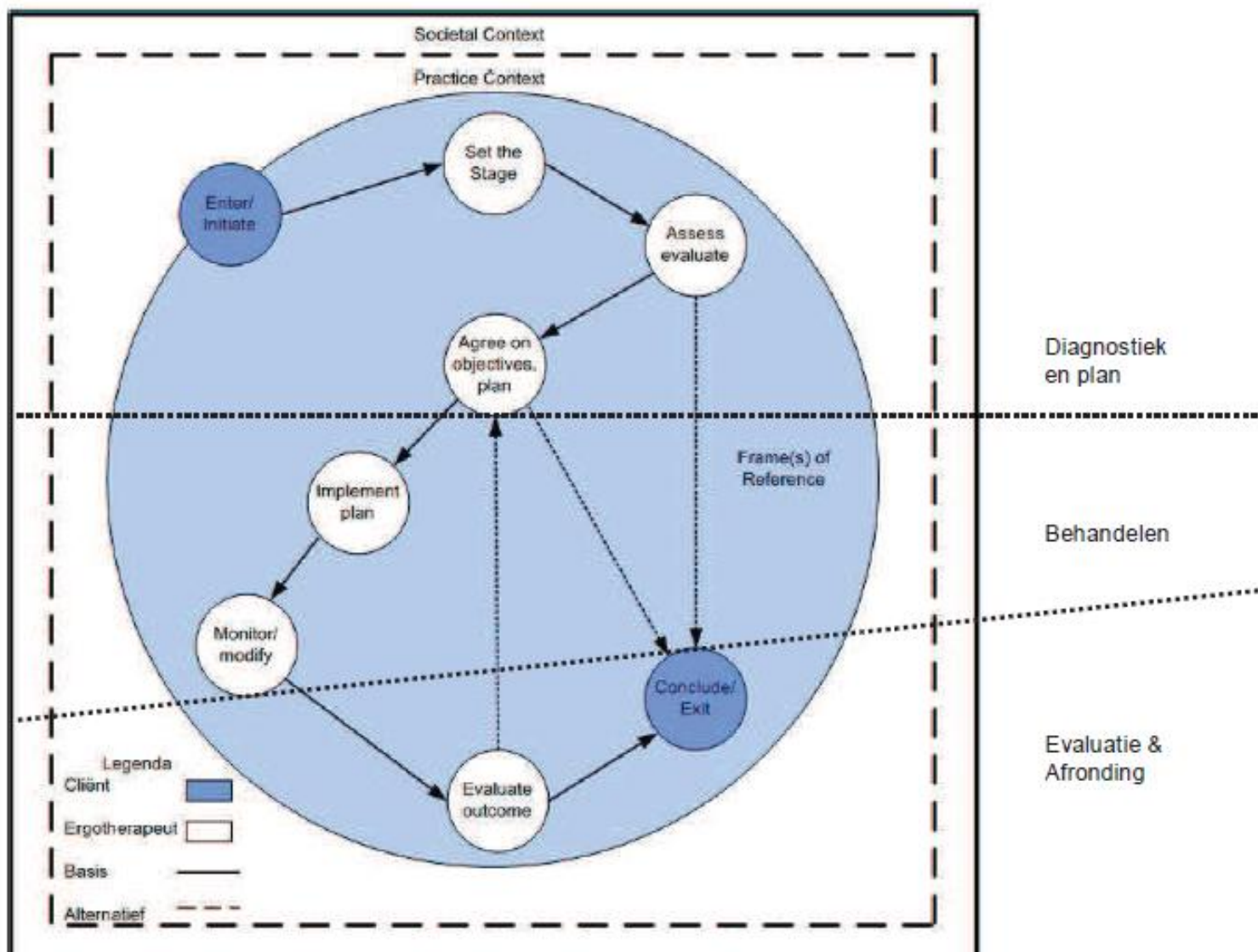
Duur van de behandeling

Afhankelijk van meerdere factoren (hulpvraag, weerstand bij gedragsverandering, mogelijkheden in bijvoorbeeld werksituatie, etc.) kan de duur en de frequentie van de behandeling variëren. Omdat het vaak om een gedragsverandering gaat is het van belang om de cliënt tijd te geven om deze gedragsverandering te implementeren in zijn leven. Dit kan een reden zijn om de behandelingen te spreiden over een langere periode. De duur van de behandeling kan variëren afhankelijk van de mate van gedragsverandering van de cliënt . Ook spelen de oorzaak en in stand houdende factoren hierin een rol. Gemiddeld is de behandelduur ongeveer een half jaar. Geadviseerd wordt om 3 tot 6 maanden na deze periode de behandeling met de cliënt te evalueren.

3 Behandeling Ergotherapie (gebaseerd op het CPPF)

De behandeling is gebaseerd op het Canadian Practice Process Framework (CPPF) (3) en bestaat uit de volgende stappen:

- 1: Beoordelen van indicatie voor ergotherapie (Enter/initiate)
- 2: Overleg over de invulling van de samenwerking (Set the stage)
- 3: Probleemanalyse: Persoonlijke, omgevings- en handelingsgerichte problemen in kaart brengen (Assess/evaluate)
- 4: Opstellen van plan van aanpak met behandeldoelen (Agree on objectives and plan)
- 5: Uitvoeren van plan van aanpak (Implement the plan)
- 6: Evalueren van behandeldoelen en plan van aanpak (Monitor and modify)
- 7: Evalueren van behandeluitkomsten (Evaluate outcome)
- 8: Het beëindigen van de behandeling (Conclude/exit)



CPPF-model, (Townsend, 1997)

3.1 Beoordelen van indicatie ergotherapie

Deze stap betreft het allereerste contact met de cliënt. De ergotherapeut heeft òf een verwijzing ontvangen van een arts, waarin de verwijzvraag voor ergotherapie staat vermeld òf de cliënt meldt zich zonder verwijzing. Het is noodzakelijk om de achterliggende problemen goed in kaart te brengen. Het doel van deze stap is de mogelijkheden van ergotherapie voor deze cliënt te onderzoeken. Door middel van een intake verzamelt de ergotherapeut in het eerste contact met de cliënt persoonlijke informatie over zijn situatie. De cliënt en de ergotherapeut bespreken samen de hulpvraag (c.q. verwijzvraag) en hebben overleg of ergotherapeutische behandeldoelstellingen kunnen worden geformuleerd. Aan het einde van deze stap wordt duidelijk of er een indicatie voor een ergotherapeutische behandeling is.

3.2 Invulling van de samenwerking

In deze stap wordt door de ergotherapeut en de cliënt besproken hoe de behandeling en samenwerking worden vormgegeven. Hieronder valt de wijze van rapporteren, samenwerken, de bereidheid van de cliënt om aan de behandeling deel te nemen, overeenstemming met cliënt over omgang met (privacy)gegevens en de uitwisseling van gegevens met andere zorgverleners. De ergotherapeut informeert de cliënt over de mogelijke vormen van behandeling en maakt verwachtingen van beide kanten expliciet. Ook wordt hier het wel of niet inzetten van hulpmiddelen besproken, zie ook 3.5.7. Op deze wijze kan de cliënt zijn eigen keuzes maken en kunnen afspraken over de invulling van de ergotherapie behandeling worden geformuleerd.

3.3 Probleemanalyse

De handelingsproblemen van de cliënt worden eerst geïnventariseerd en er wordt bepaald welke onderwerpen tijdens de behandeling aan bod komen. De ergotherapeut bepaalt welke theoretische kaders het meest aansluiten op de situatie van de cliënt en zijn normen en waarden.

Voor het inventariseren van de persoonlijke, omgeving- en handeling gerichte problemen kunnen de volgende instrumenten worden gebruikt.

3.3.1 Pijnvragenlijst

De pijnvragenlijst (14) inventariseert in vogelvlucht via standaardvragen de voorgeschiedenis en de huidige situatie van de cliënt.

Het is een korte bondige anamnese, die een cliënt voorafgaand aan het eerste contact kan invullen. De lijst kan door de ergotherapeut van te voren worden opgestuurd.

3.3.2 COPM

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (4) is afgeleid van het inhoudsmodel Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)(5). De COPM is een individueel cliëntgericht assessment. Het is een semi-gestructureerd interview waarbij de ergotherapeut de cliënt stimuleert om zelf zijn problemen/knelpunten in het dagelijks handelen in kaart te brengen en de vijf meest belangrijke knelpunten scoort op 'uitvoering' en 'tevredenheid'.

Het doel van de COPM is het vastleggen van de verandering(en) in de zelfperceptie over het handelen van de cliënt. De COPM is bruikbaar om samen met de cliënt handelingsproblemen te inventariseren, waarop de doelen en het plan van aanpak worden gebaseerd. De hertest van de COPM kan als evaluatie-assessment gebruikt worden om veranderingen in het handelen van de cliënt te meten. De COPM is bruikbaar bij cliënten uit verschillende leeftijdsgroepen met diverse problemen in het handelen.

3.3.3 OPHI II

De Occupational Performance History Interview II (OPHI-II) (6) is afgeleid van het Model Of Human Occupation (MOHO) (7). De OPHI-II is een ergotherapeutisch evaluatie-instrument dat is ontwikkeld om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie over het handelen van cliënten te verzamelen. Met de gegevens kan de ergotherapeut een verhaal schrijven over de levensloop van de cliënt en o.a. grafisch weergeven. Op deze wijze worden sterke en zwakke kanten van de cliënt in kaart gebracht. De gegevens zijn een handvat voor het opstellen van behandeldoelen.

3.3.4 OSA

De Occupational Self Assessment (OSA) is afgeleid van MOHO en CMO (8). De OSA is een zelfevaluatie-assessment, wat inhoudt dat de cliënt zichzelf beoordeelt en waardeert aan de hand van verschillende uitspraken. De OSA is ontworpen om de communicatie tussen de cliënt en de ergotherapeut te bevorderen; dit is essentieel voor het cliëntgericht werken. Het doel van de OSA is het beoordelen en waarderen van het eigen handelen in rollen en taken. De cliënt krijgt een eigen beeld van de handelingscompetentie en de invloed van de omgeving op het handelen wordt weergegeven. De cliënt geeft prioriteiten aan voor veranderingen, waarmee een aanzet wordt gegeven tot een cliëntgericht plan van aanpak.

3.3.5 VAS

De Visual Analogue Scale (VAS) (9) is een matig betrouwbaar/valide en praktisch meetinstrument om snel de invloed van pijn te meten. Op een lijn van 10 cm zonder indeling kan de cliënt op een willekeurige plek een streepje zetten. Cijfer 0 is geen pijn en olopend tot cijfer 10 is ondraaglijke pijn. Met een lineaal kan worden bepaald welke score de cliënt heeft gegeven. De test kan worden herhaald, zodat kan worden beoordeeld of de score daalt of stijgt of op hetzelfde niveau blijft.

3.3.6 Inventarisatie en vaststellen handelingsprobleem/selecteren onderwerpen

Na inventarisatie van de handelingsproblemen bespreken de cliënt en de ergotherapeut de uitkomsten. Samen stellen ze vast aan welke handelingsproblemen er gewerkt gaat worden.

Pijn is van invloed op het dagelijks handelen. Het gevolg hiervan is dat de cliënt, onder andere zijn rollen en taken niet meer naar tevredenheid kan uitvoeren en dat de cliënt vaak afhankelijk is van de hulp van anderen. Veel van de handelingsproblemen die cliënten met chronische pijn ervaren, hangen samen met de dagindeling van de cliënt of de manier waarop hij activiteiten uitvoert. De volgende aandachtsgebieden kunnen bij de behandeling aan bod komen:

- leefwijze van de cliënt
- ontspanning
- communicatie
- dagindeling
- arbeid
- uitvoering van activiteiten
- ergonomie en houding
- aanpassingen en het gebruik van hulpmiddelen

Bovenstaande onderwerpen zijn niet de enige onderwerpen die van invloed kunnen zijn op de handelingsproblemen van de cliënt. Vanuit de hulpvraag van de cliënt en de inventarisatie van handelingsproblemen kunnen ook andere onderwerpen naar voren komen, bijvoorbeeld problemen in het participeren bij een specifieke hobby of problemen die de partner ervaart bij de beperkingen van de cliënt.

De factoren die ten grondslag liggen aan de handelingsproblemen van de cliënt worden in kaart gebracht door het handelen van de cliënt te observeren. Deze onderzoeken hebben een verband met de gegevens die o.a. uit de COPM naar voren zijn gekomen.

Om het handelen in de praktijk te observeren kunnen de volgende observatie-instrumenten (3.3.7 t/m 3.3.9) worden gebruikt, waarna evaluatie (3.3.10) plaatsvindt.

3.3.7 Standaardobservaties

Door aandachtig en analytisch te kijken naar het handelen van de cliënt krijgt de ergotherapeut een beter beeld van het handelen (o.a. houding, gedrag, emotie, tempo, inzet, plan, communicatie). De ergotherapeut krijgt inzicht in de problemen die zich daarbij voordoen en in de mogelijkheden die de cliënt nog heeft.

3.3.8 AMPS

De Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (10) is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie-assessment. Uit onderzoek is gebleken dat de AMPS valide is en een hoge interne consistentie heeft.

De AMPS bestaat uit 85 huishoudelijke- en zelfzorg taken die ingedeeld zijn naar moeilijkheidsgraad en die in diverse culturen gebruikt worden. De AMPS volgt een gestandaardiseerde procedure. Na een interview kiest de cliënt minimaal twee taken die hij wil uitvoeren. De cliënt wordt tijdens de uitvoering geobserveerd en gescoord op 16 motorische en 20 procesvaardigheden.

De AMPS is gestandaardiseerd en gevalideerd voor cliënten vanaf 3 jaar in verschillende landen (waaronder Nederland) en is toepasbaar voor alle diagnosegroepen. Ergotherapeuten die de AMPS af willen nemen dienen geschoold en individueel geijkt te zijn. De AMPS kan gebruikt worden om:

- Het functioneren van de cliënt in dagelijkse huishoudelijke en zelfzorg taken te beoordelen
- Inzicht te krijgen in motorische- en procesvaardigheden die het handelen belemmeren of juist ondersteunen
- Aanknopingspunten te krijgen voor het opstellen van een plan van aanpak
- Een indicatie te krijgen of de behandeling zich moet richten op het herstellen van functies en vaardigheden of op het leren compenseren of anders leren handelen
- Een indicatie te krijgen voor het aanpassen van de fysieke omgeving of het instrueren van de sociale omgeving (naastbetrokkenen)
- Informatie te krijgen over de hoeveelheid begeleiding of hulp die de cliënt nodig heeft en of hij in staat is om in de maatschappij te functioneren
- Als evaluatie-instrument, om stabilisatie of achteruitgang vast te stellen

3.3.9 De activiteitenweger

De activiteitenweger (12) is een methode om belasting en belastbaarheid in kaart te brengen. Door de belasting van alle activiteiten om te rekenen naar punten, krijgen zowel de cliënt als de ergotherapeut een duidelijk beeld van wat de cliënt aan kan (belastbaarheid). De activiteitenweger kan gebruikt worden bij mensen met uiteenlopende problematiek waaronder chronische pijn. Het doel bestaat uit het vinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid, het opbouwen van de algemene belastbaarheid en/of het overzicht krijgen in de activiteiten die de cliënt wil gaan doen. Om inzicht te krijgen in het de ervaren belasting over de dag is het noodzakelijk gedurende drie tot vijf dagen tijdschrijflijsten in te laten vullen. (zie verder 3.5.5)

3.3.10 Evalueren met de cliënt

Bij cliëntgericht werken is het van belang de bevindingen van de assessment(s) te evalueren met de cliënt en zijn naastbetrokkenen. Zowel de cliënt als de ergotherapeut kunnen hun bevindingen toelichten en verantwoorden. Tijdens de evaluatie wordt vastgesteld of de cliënt aan de inclusiecriteria voldoet, nl:

- Inefficiënt omgaan met energie
- Disbalans tussen rust en activiteit/overbelasting
- Coping problematiek
- Problemen of vragen over de gevolgen van pijn op het handelen

Wanneer één of meer van de bovenstaande punten een rol spelen bij de cliënt, dan wordt de cliënt verder behandeld volgens de Ergotherapie Behandeling bij cliënten met chronische pijn. Indien dit niet het geval is, wordt besloten welke andere behandeling het meest aansluit bij de hulpvraag van de cliënt.

3.4 Opstellen plan van aanpak

In deze fase worden door de cliënt en de ergotherapeut de ergotherapeutische probleemstelling, de behandeldoelen en het plan van aanpak opgesteld.

3.4.1 Ergotherapeutische probleemstelling

De ergotherapeutische probleemstelling bestaat uit:

- Het handelingsprobleem van de cliënt
- De oorzaak (medische diagnose en functiestoornissen) van het handelingsprobleem
- De fysieke/ mentale /sociale factoren die het handelingsprobleem mede in stand houden
- De beperkingen die de pijnklachten met zich meebrengen en hoe de cliënt deze ervaart
- De wensen en vragen met betrekking tot het toekomstig handelen van de cliënt

3.4.2 Behandeldoelen opstellen

Bij het formuleren van doelen ligt de nadruk op de mogelijkheden van de cliënt en niet op de beperkingen. Bij het bespreken van de doelen kan de ergotherapeut mogelijke doelen benoemen die de cliënt zelf nog niet had gezien. De cliënt en ergotherapeut moeten mogelijk onderhandelen over de doelen, zodat zij samen komen tot het beste plan dat aansluit bij de interesses, waarden en deskundigheid van de cliënt. Het bespreken en concretiseren maakt duidelijk welke doelen de cliënt en de ergotherapeut tijdens de behandeling nastreven. Het is belangrijk om de cliënt voor hem betekenisvolle doelen te laten opstellen. Bij voorkeur worden deze vanuit de 'ik-vorm' opgesteld. Daardoor zal hij beter gemotiveerd zijn om aan de doelen te werken. Stelt de ergotherapeut zelf de doelen op, dan bestaat het risico dat belangrijke doelen van de cliënt over het hoofd worden gezien.

Behandeldoelen worden opgesteld aan de hand van het SMART-principe. (S = Specifiek M = Meetbaar A = Acceptabel R = Resultaatgericht T = Tijdgebonden)

Het SMART-principe is een leidraad voor het duidelijk formuleren van de doelen en resultaten van de cliënt. Uit onderzoek is gebleken, dat het vastleggen van doelen die gericht zijn op resultaat beter realiseerbaar zijn.

3.4.3 Plan van aanpak

Het plan van aanpak sluit aan op de geformuleerde doelen. De ergotherapeut zal in samenwerking met de cliënt het plan van aanpak opstellen om deze doelen te realiseren. Het zal gebaseerd zijn op de sterke kanten en hulpbronnen van de cliënt en zijn omgeving, waarbij rekening gehouden wordt met de mogelijkheden van de cliënt.

Het plan van aanpak bevat de volgende onderdelen:

- Ergotherapeutische doelen, gekoppeld aan einddoelen
- Ergotherapeutische behandelstrategieën
- De frequentie en duur van de behandeling
- Type interventies
- De participatiewijze van de cliënt, naastbetrokkenen en overige betrokken instanties
- Afstemming met andere disciplines en/of betrokken instanties
- De wijze van evaluatie en de te gebruiken (meet)instrumenten ter evaluatie van de einddoelen.

3.5 Uitvoeren plan van aanpak

In deze stap wordt gewerkt aan de doelen volgens het plan van aanpak. De interventies vinden voor een groot deel plaats in de directe woonomgeving van de cliënt. Dus thuis of op het werk. Dat betekent dat de cliënt geen vertaalslag hoeft te maken naar zijn persoonlijke situatie.

Binnen de therapie wordt gebruik gemaakt van verschillende interventievormen. Deze zijn onder te verdelen in de volgende categorieën:

3.5.1 Belasting-belastbaarheid

Het bespreken van belasting-belastbaarheid tijdens activiteiten met de cliënt is een belangrijk onderdeel van de ergotherapeutische behandeling. De belangrijkste onderwerpen zijn:

- Bewustwording van copingstijlen (zie ook psycho-educatie)
- Het leren omgaan met pijn, waarbij een tijdscontingente manier van handelen wordt geleerd
- Evenwichtig dag- en weekprogramma

3.5.2 Therapeutisch gebruik van activiteiten

Deze interventievorm betreft activiteiten die specifiek aansluiten op de doelen van de cliënt. Een activiteit wordt altijd gekozen in relatie tot de individuele mogelijkheden van de cliënt, zijn omgeving en de eisen van de activiteit. Het inzetten van betekenisvolle taken binnen de therapie heeft als voordeel dat deze nauw aansluiten bij de interesses, waarden, rollen en gewoonten van de cliënt. De betekenisvolle activiteit wordt bij voorkeur uitgevoerd binnen de context waarin de cliënt zich normaliter bevindt (thuis, woonomgeving, werk e.a.), of na overleg met de cliënt in een context die recht doet aan de activiteit.

3.5.3 (Psycho) Educatie

Deze interventievorm betreft het overbrengen van kennis over het uitvoeren van de betreffende activiteiten.

Educatie heeft als doel de cliënt inzicht te geven in de factoren die zijn klachten bestendigen en/of provoceren. De cliënt krijgt inzicht in hoe zijn manier van handelen van invloed is op zijn leven en dus ook op zijn klachten.

Gedurende de hele behandeling zal het educatieve aspect een rol blijven spelen. De ergotherapeut zal steeds meer verfijnen in zijn benadering naar de cliënt, zodat het geleerde voor de cliënt beklijft en kan worden gegeneraliseerd.

3.5.4 Energiemanagement

De volgende onderwerpen komen hierbij aan bod.

- Balans in belasting en belastbaarheid
- Positieve en effectieve communicatie
- Op de juiste manier gebruik maken van je lichaam
- Ergonomische principes toepassen op activiteiten/werk
- Aanpassen van de omgeving
- Veranderen van de levensstandaard
- Prioriteiten stellen
- Het maken van activiteiten analyses en het aanpassen van activiteiten
- Het creëren van een levensstijl in balans

3.5.5 De Activiteitenweger

De activiteitenweger (12) is een methode om belasting en belastbaarheid in kaart te brengen en te objectiveren. De cliënt vult dagactiviteitenlijsten in die de therapeut samen met hem evalueert. De cliënt scoort elke activiteit op zwaarte. Aan deze scores worden vervolgens punten verbonden. Door vast te stellen hoeveel punten de cliënt iedere dag aan kan wordt een basislijn vastgesteld.

Met behulp van de activiteitenweger en de berekende basislijn, plant de cliënt zijn dag of week. Wanneer een balans is gevonden door het vasthouden van het basisniveau, kan er gekeken worden of het activiteitenniveau gestabiliseerd kan worden of dat deze op te bouwen is. Bij stabilisatie zal het aantal te behalen punten gelijk blijven aan het basisniveau. Wanneer er voor een opbouw gekozen wordt zal er met behulp van graded activity (stapsgewijs toewerken naar een einddoel) een opbouw in belasting plaatsvinden.

3.5.6 Graded activity

Graded Activity (13) is een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes. Deze principes worden verwerkt in een trainingsprogramma, waarbij tegelijkertijd gewerkt wordt aan verbeteren van conditie en arbeids- en/of activiteitenspecifieke vaardigheden.

3.5.7 Advisering hulpmiddelen

Hulpmiddelen en voorzieningen kunnen ingezet worden om verkeerde belasting of overbelasting te voorkomen. Het uitgangspunt is om evenwicht tussen belasting en belastbaarheid te creëren, waarbij te veel belasting, verkeerde belasting én te weinig belasting voorkomen worden. Bij deze doelgroep wordt het gebruik van die hulpmiddelen die doorgaans aangevraagd moeten worden bij de gemeente of zorgverzekering, slechts incidenteel toegepast. Het inzetten en/of adviseren van dergelijke hulpmiddelen of voorzieningen wordt bij deze doelgroep samen met de verwijzer bepaald. Vóór de start van de behandeling ergotherapie moet voor de cliënt duidelijk zijn onder welke voorwaarden de behandeling wordt vormgegeven: met of zonder hulpmiddelen.

De behandeling richt zich in principe niet op de inzet van hulpmiddelen, tenzij anders door de verwijzend arts wordt aangegeven. Hierdoor blijft voor de cliënt het doel eenduidig, namelijk het veranderen van zijn gedrag. Door uitzicht op hulpmiddelen is de kans aanwezig dat de cliënt niet leert omgaan met zijn klachten, maar zijn gedrag baseert op verstrekking van hulpmiddelen/voorzieningen.

3.6 Evalueren en bijstellen plan van aanpak

In deze stap staat het evalueren en bijstellen van het plan van aanpak centraal. Hiermee wordt de vooruitgang en/of achteruitgang op verschillende gebieden in kaart gebracht. Het kan leiden tot veranderingen in het plan van aanpak, bijvoorbeeld door het vergroten van de moeilijkheid of complexiteit van een activiteit of handeling. Het plan van aanpak dient aangepast te worden wanneer er sprake is van:

- Nieuwe problemen
- Veranderingen in de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt
- Veranderingen in het handelen of de omgeving van de cliënt
- Verandering in de wensen en/of behoeftes van de cliënt
- Afwijkende resultaten in vergelijking met de verwachte resultaten

3.7 Evalueren behandeluitkomsten

In deze fase worden de behandeluitkomsten geëvalueerd aan de hand van de opgestelde ergotherapeutische doelen. Er zijn drie mogelijkheden:

1. Alle ergotherapeutische doelen zijn behaald en de cliënt heeft geen verdere doelen. De behandeling wordt beëindigd
2. Alle opgestelde ergotherapeutische doelen zijn behaald, maar de cliënt heeft nieuwe ergotherapeutische doelen die behandeld kunnen worden. De behandeling wordt gecontinueerd met nieuwe doelen en een nieuw plan van aanpak
3. De ergotherapeutische doelen zijn niet behaald. De huidige doelen worden in overleg aangepast of de behandeling wordt beëindigd

Het effect van de behandeling kan met behulp van verschillende instrumenten worden vastgesteld (zie 3.3), die eerder in de behandeling zijn gebruikt bij de inventarisatie/probleemanalyse.

3.8 Beëindiging van de behandeling

Nadat de resultaten van de behandeling geëvalueerd zijn, is duidelijk of de ergotherapeutische doelen wel of niet behaald zijn. Als er geen andere ergotherapeutische doelen of handelingsproblemen naar voren zijn gekomen tijdens de evaluatie dan kan de behandeling worden beëindigd. Dit wordt altijd in onderling overleg gedaan.

Tijdens de behandeling wordt ernaar gestreefd om alle doelen te behalen. Dit zal in de praktijk niet altijd mogelijk zijn. Wanneer doelen niet behaald zijn, dan is het belangrijk om bij het beëindigen van de behandeling te bespreken wat de reden is dat de behandeling wordt beëindigd zonder dat alle doelen behaald zijn. Er moet altijd benoemd worden dat de cliënt kan terug keren, wanneer hij denkt dat dit nodig is.

Het kortdurend uitvoeren van 'nieuw gedrag' tijdens de behandeling betekent niet automatisch dat de cliënt dit ook op de lange termijn kan volhouden. Pas na de behandeling wordt zichtbaar of het gedrag op langere termijn blijft bestaan. Vaak zijn er na het afsluiten van de behandelfase nog veranderingen zichtbaar, zowel in positieve als in negatieve zin. Het is raadzaam om drie tot zes maanden na beëindiging van de behandeling te meten of er nog veranderingen zijn opgetreden in het handelen van de cliënt.

Literatuur

1. Gerards, F. en Borgers, R. 'Health Counseling' Het adviesgesprek in de (para-) medische en verpleegkundige zorg. Uitg. Nelissen, Soest 1997/ 2006
2. Uden, M. van, 'Basiscompetenties Motiverende Gespreksvoering' De Vraag Centraal 2012
3. Townsend, E.A. en Polatajko, H.J. 'Enabling an Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing en Justice through Occupation' Canadian Association of occupational therapists Ottawa 1997
4. Law, M. e.a. 'The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapists' Canadian Journal of Occupational therapists 1991
5. Polatajko, H.J. 'The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement 1997/ 2002/ 2007 Grondslagen van de Ergotherapie H15 Centraal Boekhuis 2006
6. Kielhofner, G. 'A Model of Human Occupation, theory and application, H17 Wolters Kluwer Bartimore/ Philadephia 2008
7. Kielhofner, G. 'A Model of Human Occupation, theory and application, Wolters Kluwer Bartimore/ Philadephia 2002/ 2008
8. Kielhofner, G. 'A Model of Human Occupation, theory and application, H16 Wolters Kluwer Bartimore/ Philadephia 2008
9. Linsen, A.C.G. en Spinhoven, Ph. 'Pijnmeting in de klinische praktijk' Ned. Tijdschr. Geneeskd. 1991 135: 557-60
10. AMPS: Assesment of Motor en Process Skills, 7th ed. 2010, Three Star Press Fort Collins CO USA, A.G, Fisher and K. Bray Jones.
11. Kielhofner, G. 1986
12. Hulstein- van Gennep, G. en Hove- Moerdijk, K. ten 'Activiteitenweger' Meander Medisch Centrum Amersfoort 2010
13. Köke, A. 'Een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici, Bohn, Stafleu en Van Lochem, 2007
14. Engers A., Köke A. , Torenbeek M. Nederlandse Dataset Pijnrevalidatie. SRL, Hoensbroek 2007 ISBN 90-9017422-2

Bijlage 1 Verklarende woordenlijst

AMPS	Assessment of Motor and Process Skills	3.3.8.
Coping problematiek	Mate van acceptatie, manier van omgaan met problematiek	2.1.
COPM	Canadian Occupational Performance Measure	3.3.2.
CPPF	Canadian Practice Process Framework	3.
Graded Activity	gedragmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes	3.5.6.
Health Counseling	Methode gericht op bewustwording, gedragsverandering en gedragsbehoud	2.2.
Motivational Interviewing	Gespreksmethode die gericht is op het ontlocken en versterken van intrinsieke motivatie tot verandering	2.2.
MOHO	Model Of Human Occupation	3.3.3.
OPHI II	Occupational Performance History Interview II	3.3.3.
OSA	Occupational Self Assessment	3.3.4.
SMART	hulpmiddel bij het formuleren van doelen	3.4.2.
Tijdscontingent	volgens een tijdschema	3.5.1.
VAS	Visual Analog Scale	3.3.5.



Praktijk voor ergotherapie, handtherapie en werkplekadvies

Ineke Meijerhof

Meidoornlaan 18a
6971 EX Brummen
Loenenseweg 88a
6961 CT Eerbeek
Tel: 06-44579400
Fax: 0575-565910
ergoinbeweging@hotmail.com
www.ergoinbeweging.nl
EN 211338 KP 69901447190



Novergo, praktijk voor ergotherapie Noord-Oost Veluwe

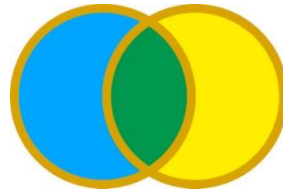
Paula van Drie-Verschoor

Pr. Hendrikweg 11-13
8171 EG Vaassen
Tel: 06 - 28 55 19 31
Fax: 0578 - 64 80 49
info@novergo.nl
www.novergo.nl
En 212166 KP 39901502790



Buddha Ossewaarde

Lammerhof 64
7232 AX Warnsveld-Zutphen
Tel: 0575-530620 of 06-10938679
Fax: 0575-476767
info@ergotherapieopeigenkracht.nl
www.ergotherapieopeigenkracht.nl
EN 212411 KP 09901421890



In Beginsel

Ergotherapie & Coaching

Ingrid Daniels- de Horde

Langestraat 124
7419 AW Deventer
Tel. 06- 52539764
beginssel@xs4all.nl
www.inbeginssel.nl
EN 214414 KP 69902152490



Praktijk Ergotherapie

Swanet Riphagen

Schoolplein 1
7231 GN Warnsveld
Tel 06-44 151 309
Fax: 0575-526582
info@ergotherapieriphagen.nl
www.ergotherapieriphagen.nl
EN 210736 KP 69901829690

Werkgroep Chronische Pijn Steden Regio Driehoek van VEG - Vrijgevestigde Ergotherapeuten Gelderland.
Gebruik van teksten is toegestaan mits de bron wordt vermeld.

Voor het bestellen van het document kunt u contact opnemen met één van de auteurs.