

Revalidatieprogramma 'Veerkracht' streeft naar betere levenskwaliteit voor de chronische pijnpatiënt



dr. Ann Ver Donck
dienst Pijnkliniek
campus Sint-Jan

Veerkracht is een twaalf weken durend revalidatieprogramma, gebaseerd op een biopsychosociale aanpak dat patiënten met chronische pijn opvangt in een multidisciplinair team dat interdisciplinair met elkaar samenwerkt. Zo beantwoordt het Multidisciplinair Centrum voor de Behandeling van Chronische pijn (MCC) ook aan de richtlijnen van het FOD.¹

Doelgroep en doelstellingen

Het Veerkracht-programma richt zich op patiënten met een subacuut of chronisch pijnsyndroom waarbij de pijnproblematiek een onomkeerbare organische oorzaak en een blijvend karakter heeft, ook na eventuele interventionele of medicamenteuze pijnbehandeling. Een vereiste is dat de patiënt minder dan twee jaar arbeidsongeschikt is en zich uiteraard gemotiveerd toont om te rehabiliteren. Een doorverwijzing kan steeds gebeuren via een consult bij een van de pijnartsen en/of de revalidatieartsen. Tijdens dit traject leert de patiënt vooral anders omgaan met zijn klachten, om zo te streven naar een maximale participatie in de maatschappij en een betere levenskwaliteit. Ook werkherhvatting kan hierbij een einddoel zijn.

Praktisch verloop

Het volledige programma neemt twaalf weken in beslag. Een blik achter de schermen bij de eerste patiëntengroep:



Het Veerkrachtteam, v.l.n.r.: ergotherapeut Gretel Vyvey, kinesitherapeut Els Degryse, ergotherapeut Hilde Coulier, verpleegkundig coördinator Joke Vanden Berghe, medisch maatschappelijk werker Johanna Duyck en klinisch psycholoog Steffi De Paepe (die tijdelijk Kim Strubbe verving).



De watertemperatuur van 34°C warmt de spieren op voor de hydrotherapie, waar onder meer ook halters aan te pas komen.

Spieropwarming

Op maandag 4 januari 2016 stond de eerste groep van vier patiënten voor Veerkracht vol spanning en verwachtingen klaar aan het zwembad. Het warme water bracht de spieren in paraatheid om de bewegingen van de kinesitherapeut te volgen.

Infomoment

Na deze lichamelijke inspanning vroeg het programma nog de volle concentratie van de patiënten om een infomoment door de

verpleegkundig coördinator bij te wonen. Stap voor stap trachtte zij antwoorden te bieden op de vele vragen die de chronische pijnpatiënt bezighouden: hoe kom ik aan deze pijn, wat kan ik eraan doen, zal dit nog lang duren, hoe zal dit in de toekomst evolueren ...

Fysieke training

Op donderdag oefenden de patiënten in de fitnesszaal: van step naar gocart, van armfiets naar roeioestel, van ligfiets naar loopband. Al gauw werd duidelijk dat het revalidatieprogramma Veerkracht een actieve inzet van de patiënt zelf vraagt. Met advies en bemoedigende woorden van de kinesitherapeut bouwden zij zo langzaam hun kracht en conditie op.

Relaxatie

Tijdens de relaxatiesessies verkenden de patiënten opnieuw hun lichaam. Spanningsvelden werden opgespoord en ontladingen volgden.



De ergotherapeuten geven de patiënten tal van praktische tips voor thuis mee, onder meer aan de hand van oefeningen op de dr. Wolff-toestellen.

Tips voor thuis

Doorheen de verschillende workshops en individuele sessies bij de ergotherapeuten kregen de patiënten heel wat tips mee om thuis uit te proberen. Zij bleken veel baat te hebben bij de stabilisatieoefeningen van het bekken, het gebruik van het BTE Primus RS-toestel (een veelzijdig, objectief, evidence-based therapietoestel) ...

Maatschappelijke begeleiding

De medisch maatschappelijk werker maakte de patiënten wegwijs in de maatschappelijke problemen die



Meer info beschikbaar in de azlink-app



deze patiënten vaak ondervinden. Zij begeleidde hen bij administratieve taken, tegemoetkomingen waar de patiënt recht op heeft, lotgenotencontact, een parcours uitstippelen naar haalbaar werk en andere maatschappelijke aangelegenheden.

Psychologische begeleiding

Naar eigen wens en behoefte kon elke patiënt zich laten bijstaan door de klinisch psycholoog. Zaken als taakmanagement, de coping bijsturen, begeleiding in het aanvaardingsproces en dergelijke meer zijn belangrijke actiepunten in dit revalidatieprogramma.

Educatieve sessies

De educatieve sessies, onder meer rond slaap en pijnmedicatie, eindigden steeds in een sterke interactie tussen de groepsleden. Hun eigen ervaringen kunnen uitwisselen gaf een meerwaarde aan het programma.

Medische opvolging

De twaalf weken revalidatie gingen gepaard met multidisciplinaire besprekingen van de patiënten. Bij de afsluiting van het programma besprak de patiënt de bereikte resultaten samen met de revalidatie- en/of doorverwijzende arts. De huisarts kreeg een verslag.

Follow-upprogramma Veerkracht

Doorheen de revalidatieweken groeide ook het besef dat een follow-upprogramma van Veerkracht niet mocht ontbreken. Zo krijgen de patiënten nu de mogelijkheid om in aansluiting op Veerkracht nog eenmaal per week oefentherapie te volgen. Dat maakt de overgang van Veerkracht naar volledige zelfredzaamheid minder bruusk.

Intussen een jaar later, met alle ervaringen van het multidisciplinair team en van tevreden eerste patiëntengroepen, hebben we het Veerkracht-

programma verder bijgestuurd om een nog beter effect op de rehabilitatie te bekomen. In de toekomst wil het MCC dit traject nog verder uitbouwen.

Dankzij de subsidiëring door het FOD is het mogelijk om de financiële belasting voor de patiënt minimaal te houden. Alle paramedische ondersteuning die de patiënt krijgt gedurende deze 12 weken, kan gekoppeld worden aan een kinesitheraapiesessie. Voor de patiënt betekent dit een herleiding van het volledige programma tot de betaling van 24 kinesitheraapiesessies.

Referentie

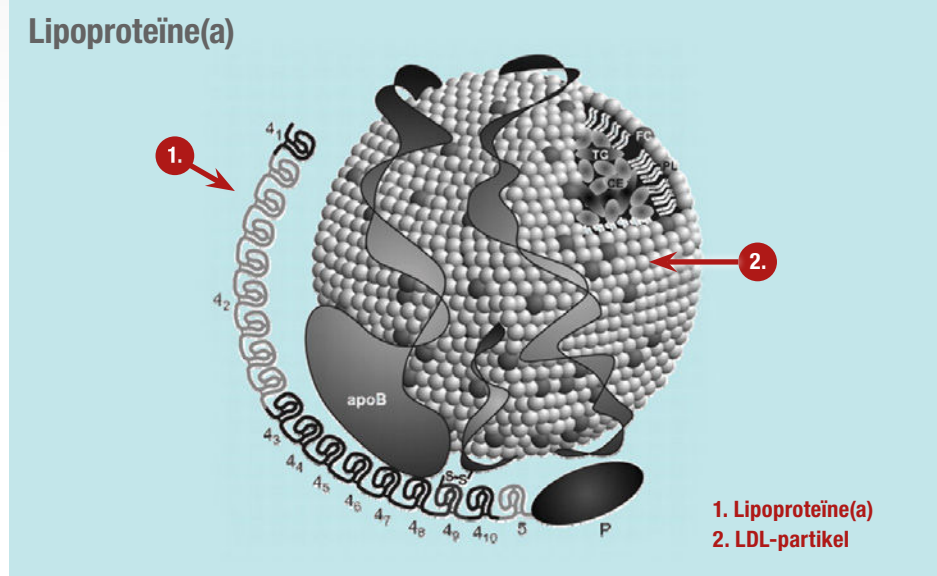
1. Zie omzendbrief FOD maart 2013.

Medical **mystery**

Oplossing

Het laboratoriumteam detecteert een zeer hoge Lp(a)-concentratie in het serum van deze man: 97 mg/dl. Lp(a) of 'lipoproteïne(a)' is een cholesterolrijk LDL-partikel waarop een bijkomend apolipoproteïne, het apo(a), gebonden is aan het apoB (zie figuur). Apo(a) is een lange keten van meerdere, 'kringle'-achtige eiwitstructuren die sterke homologie (85%) met plasminogeen vertonen. Het 'kringle 4 type 2' is bij de mens aanwezig in multipele herhaalde kopieën die variëren van 2 tot >40, afhankelijk van de genetische apo(a)-isovorm van het individu. De plasmaconcentratie van Lp(a) is daardoor afhankelijk van de hepatische synthesesnelheid van apo(a). Hoe kleiner de apo(a)-isovorm, hoe sneller de synthese verloopt en dus hoe hoger de Lp(a)-concentratie. Hoe groter de apo(a)-isovorm, hoe trager de synthese in de lever en dus hoe lager de Lp(a)-concentratie, tot zelfs onmeetbaar in het bloed. Hoge Lp(a)-concentraties zijn daardoor aangeboren en identificeren personen met een genetische predispositie voor atherotrombotische hart- en vaatziekten.²

Zo'n 20% van de bevolking heeft een hoge Lp(a), >50 mg/dl. Het is aanbevolen om Lp(a) te testen bij personen met vroegtijdige cardiovasculaire ziekte, bij familiaal voorkomen van vroegtijdige cardiovasculaire ziekte en/of hoog Lp(a), of bij terugkerende cardiovasculaire verwickelingen onder statinetherapie.² Het cholesterol in Lp(a) bedraagt ongeveer 45% van het gewicht van het partikel. Bij patiënten met een hoge Lp(a) kan dit bijdragen tot hoge totaal- en LDL-cholesterol meetwaarden in het laboratorium. Totaal cholesterol is de som van het cholesterol in alle lipoproteïnen HDL, LDL, VLDL en Lp(a). Het LDL-cholesterol wordt in de meeste laboratoria berekend met de Friedewald-formule:
 $LDLchol = Tot.chol - HDLchol - VLDLchol$ waarbij



VLDLchol wordt ingeschat als triglyceriden/5 (in mg/dl). De Friedewald-formule houdt dus geen rekening met de Lp(a)-cholesterolcomponent.

Bij deze man met Lp(a) concentratie van 97 mg/dl is de werkelijke, Lp(a)-gecorrigeerde LDLchol = 156 mg/dl – [0.45x Lp(a)] slechts 112 mg/dl! Deze gecorrigeerde waarde ligt onder de streefwaarde van <115 mg/dl voor matig-risico personen volgens de EAS/ESC richtlijnen.¹

Als preventiemaatregel adviseert de arts aan deze man het aanpassen van de levensstijl, inclusief professioneel dieetadvies en rookstopbegeleiding. Bij patiënten met verhoogd Lp(a) wordt een therapeutische streefwaarde van Lp(a) <50 mg/dl aanbevolen volgens EAS-consensus.² Statines doen het Lp(a) slechts weinig dalen. Meer doorgedreven is het mogelijk om een reductie van >25% van Lp(a) te bekomen met

niacine of met de nieuwe, veelbelovende antistoffen anti-PCSK9, maar er is voorlopig nog onvoldoende bewijs van de klinische effectiviteit van Lp(a)-gerichte farmacotherapie.

Voor meer informatie:
Prof. dr. Michel Langlois
dienst Laboratoriumgeneeskunde, campus Sint-Jan

Referenties

1. Catapano, AL, Graham, I, De Backer, G et al. (2016). 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Atherosclerosis*, 253, 281-344.
2. Nordestgaard, BG, Chapman, MJ, Ray, K et al. (2010). Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status. *Eur Heart J*, 31, 2844-2853.