

Monodisciplinaire richtlijn diagnostiek bij kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat

Initiatief

NIP sectie Revalidatie

Met medewerking van

NVO

Samenstelling werkgroep

Mw. drs. Dorine van Bentum-Schouwink, orthopedagoog/GZ-psycholoog

Mw. dr. Vivian Merlijn, GZ-psycholoog

Mw. drs. Wanda Nijbroek, orthopedagoog/GZ-psycholoog

Projectleider

Mw. drs. Diana Wiegerink, klinisch psycholoog / Kinder- en jeugdpsycholoog specialist

Inhoudsopgave

Bladzijde	3	Aanleiding
		Doelstelling
	4	Probleemomschrijving en uitgangspunten
		Werkwijze
	5	Definiëring en criteria
	6	Theoretisch kader en wetenschappelijke onderbouwing
	9	Diagnostiek
	12	Uitvoering
	14	Rapportage
		Kwalificaties
	15	Meeleescommissie
	16	Referenties
	19	Referenties vragenlijsten
	20	Bijlage 1: Checklist
	22	Bijlage 2: Stroomdiagram

Aanleiding

Een kwart van de Nederlandse kinderen en adolescenten (0-18 jaar) heeft chronische pijnklachten (Perquin et al., 2000). Veel voorkomende pijnklachten zijn hoofdpijn, rugpijn, buikpijn en pijn in ledematen. Bij een groot deel van de kinderen nemen de pijnklachten naar verloop van tijd weer af, echter bij de helft bestaan de pijnklachten 1 jaar later nog en 33% heeft 2 jaar later nog last van chronische pijnklachten (Mikkelsen et al., 1997; Perquin et al., 2003). Het lijkt daarom belangrijk om juist die kinderen, waarbij de pijn niet vanzelf overgaat en lijkt te persisteren vroegtijdig te herkennen om diagnostische en therapeutische efficiëntie en effectiviteit te verhogen (Konijnenberg, 2005). Te meer omdat chronische pijn gerelateerd is aan beperkingen in dagelijks leven zoals schoolabsentie (Palerma, 2000; Matthews, 2002), verminderde kwaliteit van leven (Langeveld et al., 1997; Bandell-Hoekstra et al., 2002), psychiatrische aandoeningen zoals angst- en stemmingsstoornissen (Konijnenberg et al., 2005) en veelvuldig gebruik van de gezondheidszorg (Perquin, 2001; Hansen et al., 2003; Holstein et al., 2003). Kinderen en hun ouders consulteren huisarts en specialist in respectievelijk 31,1% en 13,9% van de gevallen. Fysiotherapeuten en alternatieve hulpverleners worden geconsulteerd in 11,5% en 4,0%, respectievelijk (Perquin et al., 2001). Uiteindelijk komt een deel van de groep kinderen met chronische a-specifieke pijn aan houdings- en bewegingsapparaat die geen (of niet voldoende) baat hebben gehad bij eerder genoemde behandelingen, terecht in een kinderrevalidatiesetting. Binnen een revalidatiecentrum wordt door de revalidatiearts beoordeeld in hoeverre somatische oorzaken een rol spelen bij de chronische pijnklachten. De revalidatiearts maakt een analyse van de pijnklachten en een inventarisatie van functies, activiteiten en participatie (ICF model), waarbij somatische, psychische en sociale factoren meegewogen dienen te worden. Daarna wordt doorverwezen naar het multidisciplinaire team voor diagnostiek en behandeling. Deze werkwijze berust op een theoretisch kader, waarbij chronisch pijn als een multidimensioneel fenomeen wordt gezien. Een interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren vormt het uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling van kinderen met chronische a-specifieke pijn. In deze monodisciplinaire richtlijn omtrent het diagnostische proces voor kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, zullen wij ons primair richten op de vakinhoudelijke bijdrage van de psycholoog/orthopedagoog binnen het multidisciplinaire team in de revalidatie.

Doelstelling

Het ontbreken van een landelijke consensus aangaande de diagnostiek door de psycholoog of orthopedagoog bij kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn is aanleiding geweest voor de ontwikkeling van een monodisciplinaire richtlijn. Middels deze richtlijn tracht de NIP-sectie Revalidatie de eisen te verduidelijken die zij stelt aan de diagnostiek van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn ten behoeve van de revalidatie (in kinderrevalidatiecentra en kinderrevalidatie-afdelingen van ziekenhuizen). De richtlijn bevat daarom aanbevelingen ter ondersteuning van het diagnostische proces van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn en beoogt vergroting van de kwaliteit van de diagnostiek door psycholoog of orthopedagoog werkzaam in kinderrevalidatiecentra en kinderrevalidatie-afdelingen van ziekenhuizen. Hierbij geldt het uitgangspunt dat de diagnostiek gebruikt kan worden als richtlijn voor behandeling. Op basis van de bevindingen in de diagnostische fase kan de behandeling afgestemd worden op (individuele) problematiek van kind/ jongere en zijn systeem. De richtlijn is wellicht (met enige aanpassing) eveneens toepasbaar in een andere setting dan de hier gekozen revalidatiesetting. Mogelijk dient de diagnostiek in een dergelijke setting een ander doel en worden er andere eisen aan de diagnostiek gesteld. De richtlijn berust op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en theorievorming van modellen ter verklaring van chronische

a-specifieke pijn. Het werken volgens richtlijnen biedt tevens een kader voor wetenschappelijk onderzoek.

Probleemomschrijving en uitgangsvragen

De richtlijn is gericht op diagnostiek en zal niet ingaan op behandel mogelijkheden. Een richtlijn gericht op behandeling van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn zou echter een logisch vervolg kunnen zijn op deze richtlijn.

Tijdens het ontwikkelen van de richtlijn zijn de volgende vragen richtinggevend geweest:

- Welke theoretische modellen zijn er beschikbaar voor chronische a-specifieke pijnklachten bij kinderen en jongeren?
- Welke psychosociale factoren blijken uit wetenschappelijk onderzoek gerelateerd aan het aanwezig zijn, in stand houden van en/of versterken van chronische a-specifieke pijnklachten?
- Hoe ziet de groep kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn in de revalidatie eruit (leeftijd, sekse, aantallen e.d.)?
- Welke diagnostische middelen worden momenteel gebruikt binnen de verschillende kinderrevalidatiecentra en afdelingen revalidatie van algemene ziekenhuizen?

Werkwijze

Werkgroep

Om de vraagstellingen te beantwoorden is een werkgroep gevormd van psychologen en orthopedagogen uit het werkveld. De richtlijn is zonder externe financiering tot stand gekomen en er bestaan geen conflicterende belangen bij de werkgroepleden. In de werkgroep is in eerste instantie gezocht naar wetenschappelijke studies t.a.v. chronische pijn bij kinderen en jongeren. Het uitgangspunt hierbij is geweest het verklaringsmodel t.a.v. instandhoudende factoren van chronische a-specifieke pijnklachten dat gepresenteerd is in het promotieonderzoek van Merlijn (2004). Van daaruit is gezocht naar aansluitende literatuur en zijn uitgangspunten en definities in kaart gebracht. Tenslotte zijn de uitgangsvragen voor de huidige richtlijn geformuleerd. Deze vragen zijn in een landelijke enquête voorgelegd aan psychologen en orthopedagogen van kinderrevalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. Aansluitend is er een werkconferentie belegd met psychologen en orthopedagogen uit het werkveld. In deze werkconferentie is gediscussieerd en consensus bevonden aangaande de definitie van chronische a-specifieke pijn en over de omschrijving van de doelgroep. Op basis van de discussie is tevens een voorstel geformuleerd over de diagnostische middelen van de psycholoog en orthopedagoog binnen de revalidatie. Dit voorstel is gepresenteerd en bediscussieerd in een tweede werkconferentie. Op basis van theorievorming, wetenschappelijke onderbouwing en consensus is uiteindelijk de monodisciplinaire richtlijn voor diagnostiek bij kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn geformuleerd.

Enquête

Voor een goede onderbouwing bij het ontwikkelen van de richtlijn is het van belang om zoveel mogelijk collegae die met deze doelgroep werken te betrekken. Hierop heeft de projectgroep besloten een enquête naar de revalidatiecentra (24 enquêtes) en algemene ziekenhuizen met een revalidatieafdeling (14 enquêtes) te versturen. Op deze enquête zijn 26 reacties binnengekomen: 18 vanuit revalidatiecentra en 8 van revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen. Hiervan behandelen 3 ziekenhuizen en 1 revalidatiecentrum geen kinderen met chronische a-specifieke pijn. Dus onderstaande resultaten zijn gebaseerd op

22 reacties. Uit de inventarisatie/ het overzicht van de reacties bleek de diversiteit groot te zijn:

- Het aantal kinderen en jongeren met chronische pijn dat per revalidatie centrum of afdeling worden behandeld varieert van 2 tot 20 kinderen en jongeren per jaar.
- De leeftijd van de kinderen en jongeren varieert globaal van 9 tot 20 jaar.
- De behandelingen zijn zowel klinisch (2), poliklinisch (14), dagklinisch (1) als gecombineerd (5), ook afhankelijk van de mogelijkheden van het revalidatiecentrum.
- De pijnklachten die worden behandeld zijn divers: chronische pijn aan het houdings- of bewegingsapparaat, pijn zonder duidelijke medische oorzaak, fibromyalgie, CRPS-1, dystrofie, chronische pijn n.a.v. ziekte of trauma, whiplash, Ehlers Danlos, chronische hoofdpijn en rugpijn, chronische a-specifieke pijn in combinatie met vermoeidheid, angst voor pijn.
- De instrumenten die gebruikt worden bij de diagnostiek zijn ook zeer divers. De diagnostiek varieert van 5 uur uitgebreide individuele diagnostiek tot 1 uur intake en gemengde diagnose/ behandeling.
- Op 7 locaties wordt er voor de diagnostiek gebruik gemaakt van een richtlijn of protocol. Dit is doorgaans multidisciplinair, maar ook de testbatterij vanuit de werkgroep "Kinderen en jongeren met functionele klachten binnen de revalidatie" wordt genoemd.
- Op 9 locaties wordt voor de behandeling gebruik gemaakt van een richtlijn of protocol. Uit de toelichting hierop komt naar voren dat deze vraag inhoudelijk heel verschillend is geïnterpreteerd; van gevolgenmodel, gedragstherapeutische technieken, doelen formuleren, multidisciplinair behandelprogramma tot protocol Benders en boek "Pijn de baas".

Werkconferenties

Op 30 november 2005 is met afgevaardigden van 9 revalidatiecentra/ revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen gediscussieerd over de volgende vragen:

- Welke in- en exclusiecriteria moeten gehanteerd worden. Wie bepaalt dat?
- Vanuit welke visie en/of theoretisch model wordt er gewerkt?
- Welke vragen moeten er in de diagnostische fase door de psycholoog/ orthopedagoog beantwoord worden?
- Welke instrumenten/ middelen kunnen we gebruiken om deze vragen beantwoord te krijgen?
- Hoeveel tijd kan/ moet er uitgetrokken worden voor diagnostiek?

Bij de discussie zijn we uiteen gegaan in twee discussiegroepen

1. Chronische pijn die (deels) verklaard kan worden door een somatische aandoening.
2. Chronische pijn die medisch onverklaard is.

De tweede werkconferentie is georganiseerd op 27 september 2006. In deze bijeenkomst is aan afgevaardigden van 14 revalidatiecentra/revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen een door de werkgroep uitgewerkt voorstel gepresenteerd en met hen bediscussieerd. Op de verschillende discussiepunten is consensus bereikt.

Definiëring en criteria

a. Chronische a-specifieke pijn:

Kenmerkend is dat er voor de pijnklachten geen aantoonbare somatische oorzaak gevonden kan worden en/of dat de mate van klachten en gevolgen niet passend is bij de somatische aandoening. Het betreft hier a-typische klachten. Uitgangspunt hierbij is de erkenning dat lichamelijke, psychische en sociale factoren van invloed zijn op de beleving en instandhouding van de klachten (Meihuizen-de Regt e.a.,2003).

Voor deze richtlijn onderscheiden we de twee subgroepen zoals in de definitie aangegeven:

1. Chronische pijn die deels verklaard kan worden door een somatische aandoening.
2. Chronische pijn die medisch onverklaard is.

De Commissie van de Gezondheidsraad spreekt van chronische pijn wanneer het klachtenpatroon langer dan 6 maanden bestaat (Meihuizen-de Regt e.a., 2003). Echter, in de praktijk en in wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij kinderen en jongeren een klachtenpatroon van 3 maanden wordt gehanteerd (Eccleston et al., 2002, Perquin et al., 2000, Apley and Naish, 1978). In deze richtlijn wordt dan ook uitgegaan van chronische a-specifieke pijn wanneer het klachtenpatroon 3 maanden of langer bestaat.

Opmerkingen:

- Kinderen en jongeren met chronische pijn passend bij een aantoonbare medische aandoening of ziekte zoals reuma vallen niet binnen de doelgroep, omdat de doelstelling van de behandeling anders is (=leren omgaan met beperkingen passend bij reuma), tenzij de klachten niet in verhouding staan tot het ziektebeeld (deels onverklaarde klachten).
- Chronische vermoeidheid valt niet binnen deze definitie

b. Leeftijdscriteria:

In theorie kunnen kinderen en jongeren van alle leeftijden chronische a-specifieke pijn ontwikkelen en hiervoor behandeld worden in de kinderrevalidatie. In de praktijk blijkt dat – na inventarisatie - de doelgroep vooral bestaat uit kinderen en jongeren vanaf (ongeveer) 9 jaar tot en met 18 jaar. In de richtlijn wordt bij de keuze van de diagnostische instrumenten uitgegaan van deze leeftijdsgroep.

c. In- en exclusiecriteria:

Inclusie:

- Pijn aan houdings- en bewegingsapparaat welke langer dan 3 maanden bestaat.
- Traject van medische onderzoeken is afgerond.
- Medische behandeling is niet mogelijk op stoomniveau.
- Aanzienlijke beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren voor de behandeling.
- Motivatie voor multidisciplinaire behandeling en openstaan voor bio-psycho-sociaal model.

Exclusie:

- Als men nog medische onderzoeken wil of heeft lopen.
- Psychiatrische problematiek van kind of ouders die de behandeling in de weg staat (eventueel psychiater consulteren).
- Ernstige psychosociale problematiek die de behandeling belemmert.
- Alternatieve geneeswijzen cq paramedische behandelingen die negatief interveniëren met revalidatiebehandeling.
- Lopende juridische procedures.

Opmerkingen:

- Hoofdpijn, buikpijn en chronische vermoeidheid vallen niet onder de inclusiecriteria, maar kunnen wel aanwezig zijn.
- Laag intelligentieniveau (ZMLK en lager) is geen exclusie criterium, maar vraagt wel om een goede inschatting van de veranderingsmogelijkheden.

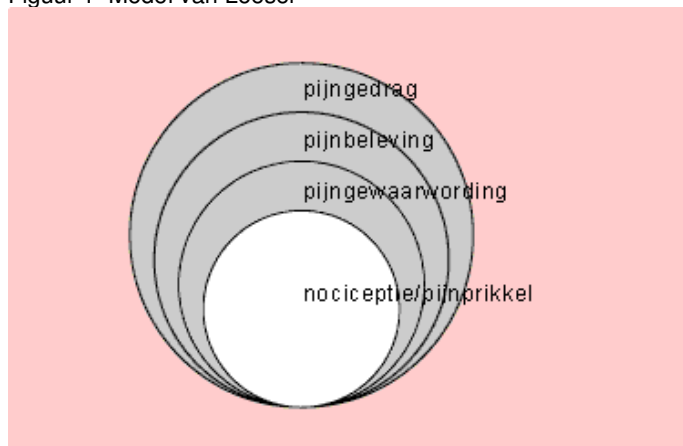
Theoretisch kader, wetenschappelijke onderbouwing

Het referentiekader van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat is het biopsychosociale model (Gatchel et al. 1999; Flor et al. 1992; Engel, 1980, 1977).

Uitgangspunt binnen dit model is dat medische, psychologische en sociaal-culturele factoren elkaar wederzijds beïnvloeden en instand houden.

Een voorbeeld van een uitwerking van het biopsychosociale model wordt gevonden in het model van Loeser (1980). Hierin staan vier overlappende cirkels centraal, welke staan voor: nociceptie, pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag. Allereerst is er de pijnprikkel (de nociseptis) die op het moment dat de pijnprikkel de hersenen bereikt ervoor zorgt dat iemand zich bewust is van de pijn (pijngewaarwording). Loeser neemt aan dat als er pijn wordt waargenomen, deze wordt gekleurd door eerdere ervaringen, emoties, en persoonlijkheidskenmerken. Bepalend voor de pijnbeleving is de beoordeling van de pijnsituatie. Iedereen kent een bepaalde betekenis toe aan pijn en ervaart daar de nodige gevoelens bij. Als mensen met catastroferende gedachten zich overgeven aan de pijn en niet meer in staat zijn de pijn te controleren, kan deze negatieve emotie de pijn beïnvloeden en/of instandhouden. Tenslotte bepalen de gevoelens en gedachten die iemand heeft in sterke mate wat iemand doet (pijngedrag). Dit is waarneembaar en is mede afhankelijk van reacties van de omgeving.

Figuur 1 Model van Loeser



Bovenstaand model maakt duidelijk dat zowel bij diagnostiek als bij de inschatting van behandelingsmogelijkheden van patiënten met chronische a-specifieke pijn al de bovengenoemde factoren en hun onlosmakelijke samenhang betrokken dienen te worden. Daarbij dient onderstreept te worden dat er niet gekeken moet worden naar oorzakelijke factoren maar naar instandhoudende factoren. Dit omdat de klachten al zo lang bestaan dat de relatie tussen de klachten en mogelijk uitlokkende situaties niet meer gelegd kan worden. Daarnaast zijn de klachten niet direct terug te voeren op bepaalde persoonlijkheidskenmerken.

Een model welke juist uit gaat van instandhoudende factoren is het gevolgenmodel. Het gevolgenmodel, een cognitief-gedragsmatig referentiekader van Van Rood et al., 2005 is een model dat zich richt op het beïnvloeden van de instandhoudende factoren van chronische a-specifieke pijn en de gevolgen daarvan. De behandelaar analyseert naast de pijnklacht zelf, de ideeën over en de betekenis van de pijn ook cognitief-emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen van de pijn. Deze gevolgen worden voor zowel ouders als het kind in kaart gebracht. De behandeling richt zich op het verminderen of opheffen van de gevolgen. Doordat de nadruk ligt op de instandhoudende factoren is het gevolgenmodel zowel geschikt voor behandeling van onverklaarde lichamelijke klachten als voor (deels) verklaarde lichamelijke klachten (De Jong et al., 2005).

Onderbouwing voor het biopsychosociale model en het gevolgenmodel wordt gevonden in het vele empirische onderzoek dat heeft aangetoond dat er een groot aantal factoren zijn die chronische a-specifieke pijnklachten kunnen beïnvloeden en in stand kunnen houden. Gezien de focus van onze monodisciplinaire richtlijn zullen wij ons in de uiteenzetting van de wetenschappelijke bevindingen beperken tot de psychosociale factoren.

Wetenschappelijk onderzoek heeft een relatie laten zien tussen chronische a-specifieke pijn bij kinderen en jongeren en (de neiging tot het ontwikkelen van) angstige en depressieve symptomen (Konijnenberg 2005, Merlijn et al., 2003, Harma et al., 2002, Huang et al., 2000, Scharff, 1997, Carlson, 1996). De **psychologische kwetsbaarheid** die hiermee aangetoond wordt, lijkt eveneens tot uiting te komen in de prestatie motivatie van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn. Onderzoek van Borge en Nordhagen (1995) heeft aangetoond dat kinderen met chronische a-specifieke pijn een hogere prestatie motivatie hebben. Tevens is er bij deze groep kinderen een grotere neiging om op stress te reageren met somatische symptomen (Aromaa et al., 2000). Met name faalervaringen en negatieve faalangst lijken gerelateerd aan de mate van chronische a-specifieke pijn (Merlijn et al., 2003, Levine et al., 1993, Passchier en Orlebeke, 1985).

Onderzoek naar **copingstrategieën** heeft laten zien dat de neiging tot negatief denken en zichzelf afzonderen geassocieerd is met een hogere pijnintensiteit, meer functionele beperkingen en meer gebruik van de gezondheidszorg (Gil et al., 1991, 1993). Uit een Nederlandse studie komt naar voren dat kinderen en jongeren met een hogere pijnintensiteit geneigd zijn sociale steun te zoeken (Bandell-Hoekstra et al., 2002). Daarnaast blijken zij meer internaliserende en externaliserende copingstijlen te hanteren (Merlijn et al., 2003, Bandell-Hoekstra et al., 2002) en zijn zij minder geneigd om gedrags- en cognitieve afleidingstechnieken te hanteren. Palliatieve technieken, vermindering en depressieve coping blijken gerelateerd aan een hogere pijnintensiteit (Van den Bree et al., 1990). Jensen heeft laten zien dat patiënten die geloven dat ze controle hebben over de pijn en die catastrofen vermijden beter functioneren (1991). De gedachte dat pijn oncontroleerbaar is blijkt bij kinderen en jongeren lange termijn beperkingen te voorspellen (Walker et al., 2005). Passieve coping zoals **catastrofen**, is geassocieerd met hogere niveaus van pijn en beperkingen (Walker et al., 1997). Aansluitend blijkt een meer actieve coping (gerichte poging om met pijn om te gaan en actieve methode gebruiken om gevoelens te reguleren) gerelateerd aan minder beperkingen (Reid et al., 1998).

Wetenschappelijk laboratorium onderzoek levert enig causaal bewijs dat het pijngedrag van ouders het pijngedrag van kinderen en jongeren op directe wijze beïnvloedt (Goodman en McGrath, 2003). Dit gegeven berust mogelijk op het principe van **modeling**, waarbij het gedrag van ouders model staat voor het gedrag van het kind. Klinische studies ondersteunen deze bevindingen. Aangetoond is dat kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn vaker ouders met chronische pijn hebben (Robinson et al., 1990, Walker et al., 1993, 1994). Tevens is er in toenemende mate bewijs gevonden voor een positieve relatie tussen het aantal mensen met chronische a-specifieke pijn in de omgeving (pijnmodellen) en de mate (frequentie en intensiteit) van pijnklachten (Edwards et al., 1985, Osborne et al., 1989).

De invloed van reacties van ouders op het pijngedrag van kinderen is eveneens onderdeel van wetenschappelijke studies geweest. Laboratorium onderzoeken hebben aangetoond dat pijngedrag onder invloed staat van operante leercondities, waarbij pijnintensiteit toeneemt na **bekrachtiging** van pijngedrag door de omgeving (Jolliffe and Nicholas, 2004, Flor et al., 2002). Er zijn klinische studies voorhanden die deze resultaten ondersteunen, waaruit blijkt dat bekrachtiging van ziektegedrag vaker voorkomt bij kinderen en jongeren die niet adequaat (bijv. hogere mate van schoolabsentie) lijken om te gaan met hun pijnklachten (Dunn-Geier et al., 1986, Walker et al., 1993). Recent onderzoek laat tevens zien dat kinderen en jongeren met catastroferende ouders (over de pijn van hun kind) meer beperkt worden door hun pijnklachten dan kinderen en jongeren van ouders die niet catastrofen

(Goubert et al., 2006). Echter, de resultaten zijn niet eenduidig. Enerzijds zijn er studies voorhanden die een negatieve relatie tussen bekrachtiging van pijngedrag en de mate van pijn laten zien (Osterhaus, 1998, Merlijn et al., 2003). Mogelijke verklaringen voor deze tegenstrijdige bevindingen zijn te vinden in de verschillende gebruikte meetmethoden (observatie, registratie versus vragenlijsten) en berusten mogelijk op principes van intermitterende bekrachtiging (McGrath, 1993, Merlijn, 2003). Anderzijds is ook zeer natuurlijk en biologisch bepaald dat pijn-en ziektegedrag van het kind bij de ouder verzorgend gedrag uitlokt. De rol van ouders zou derhalve verder onderzocht moeten worden.

Naast het aspect van bekrachtiging werd onlangs onderzocht of ouders van kinderen met somatoforme klachten meer opvoedingsstress ervaren (Vanderfaellie et al., 2006). Er blijkt echter geen verschil te zijn tussen de ervaren opvoedingsstress van ouders van kinderen zonder klachten en kinderen met klachten. Wel kwam naar voren dat de moeders van de klinische groep minder hoog opgeleid zijn. Er is geen verschil in samenstelling van de gezinnen.

Op basis van de hierboven genoemde studies is het belangrijk om in de diagnostiek psychosociale factoren als: psychologische kwetsbaarheid van het kind, copingstijl (kind en ouders) en reacties van ouders en anderen op de pijnklachten van het kind in kaart te brengen.

Vanuit de werkconferenties is op basis van consensus eveneens besloten dat het belangrijk kan zijn om aanvullende informatie te verzamelen over het algemeen functioneren van kind of jongere. Hierbij wordt gedacht aan cognitief functioneren, schoolprestaties en/of intelligentie, depressiviteit en angst. Bij de psychologische diagnostiek gaat men dus niet op zoek naar (oorzakelijke) psychogene factoren maar naar psychologische factoren die een rol spelen bij het blijven bestaan en/of versterken van de klachten. Wanneer deze factoren in kaart zijn gebracht, kan de behandeling op het individu en zijn systeem worden afgestemd en kan men aansluiten bij sterke en zwakke kanten en beperkingen van kind en systeem.

Diagnostiek

Op basis van bovenstaande theorie (wetenschappelijk onderzoek) en praktijk kan afgeleid worden dat het doel van diagnostiek bij kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijnklachten binnen de revalidatie breed is en zich dient te richten op de volgende onderdelen:

- Het in kaart brengen van factoren die de chronische a-specifieke pijn in stand houden dan wel versterken.
- Het in kaart brengen van faciliterende factoren bij het kind, het gezinssysteem en/of de leefomgeving van het kind ten behoeve van de behandeling.
- Het verzamelen van informatie over de ontwikkelingsgeschiedenis van het kind en de voorgeschiedenis van pijnklachten.
- Het verwerven van inzicht in gedrag, intellectueel niveau en persoonlijkheidsstructuur zowel ten aanzien van de pijnklachten als ten aanzien van het overige functioneren door middel van observatie en psychologisch onderzoek.
- Het integreren van bovenstaande bevindingen in een werkmodel als uitgangspunt voor behandeling.
- Het formuleren van aanbevelingen ten aanzien van doel van behandeling, invulling van behandelplan en begeleiding

Om deze vragen te beantwoorden heeft de psycholoog / orthopedagoog verschillende diagnostische middelen tot haar beschikking, welke in twee fasen toegepast dienen te worden.

- Interview aan de hand van een checklist (zie bijlage). In het interview wordt aandacht besteed aan de hulpvraag en gevolgen van de pijnklachten voor de verschillende ontwikkelingsgebieden (sociaal, gedragsmatig, cognitieve en emotionele gevolgen). Tevens worden anamnestiche gegevens verzameld.

- Vragenlijsten

Psychologische kwetsbaarheid:

- Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst-Junior (NPV-J): zelfrapportage vragenlijst met 105 uitspraken over kinderen en jongeren. De kinderen en jongeren moeten de uitspraken beoordelen op een 3 puntsschaal. De totale score wordt berekend voor 5 verschillende persoonlijkheidskenmerken: inadequatie, sociale inadequatie, volharding, recalcitrantie en dominantie. De COTAN beoordeling is voldoende tot goed met uitzondering van de normen (onvoldoende).
- De Prestatie Motivatie Test voor kinderen (PMT-K): zelfrapportage vragenlijst waarmee o.a. negatieve en positieve faalangst en prestatie motivatie tendens gemeten worden. De vragenlijst heeft een goede construct validiteit. De COTAN beoordeelt de lijst op alle punten met een goed.
- Child Behavior Checklist (CBCL; 2001): vragenlijst voor ouders gericht op het evalueren van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen. Ouders geven informatie middels 20 competentie items die gaan over sociale relaties, activiteiten van het kind en schoolprestaties. Tevens zijn er 118 items welke gaan over specifieke gedrags- en emotionele problemen waarvan ouders op een 3 puntsschaal moeten aangeven of het van toepassing is op hun kind. De CBCL is uitgebreid onderzocht op validiteit, wat positieve resultaten heeft laten zien. De COTAN beoordeling is voldoende tot goed.
- De Youth Self Report (YSR) is een vragenlijst voor jongeren vanaf 12 jaar en pretendeert de vaardigheden en probleemgedrag zoals zelf door de jongere gepercipieerd weer te geven. Er zijn 112 items welke gaan over specifieke gedrags- en emotionele problemen waarvan de jongere op een 3 puntsschaal moeten aangeven of het van toepassing is op zichzelf. De YSR sluit wat betreft de vragen aan bij de CBCL en TRF en samen geven zij door een cross informant analyse weer hoe de verschikkende informanten het gedrag van de jongere ervaren. De COTAN beoordeelt deze vragenlijst evenals de CBCL en TRF met een voldoende tot goed.
- Depressie en angst worden in eerste instantie geanalyseerd middels de score op de CBCL, YSR en TRF. Indien geïndiceerd kan aanvullend onderzoek gedaan worden. Geadviseerd wordt om hiervoor de Child Depression Inventory (CDI) of de Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK) te gebruiken. De CDI is een zelfrapportagelijst voor kinderen en jongeren van 8 tot en met 17 jaar en brengt symptomen van depressie in kaart. De 27 items hebben betrekking op cognitieve, affectieve en gedragsmatige depressiesymptomen en worden beantwoord op een driepuntsschaal. De totaalscore geeft een indicatie van de ernst van de zelfgerapporteerde depressieve symptomen. (Kovacs, 1985, Nederlandse bewerking: Braet & Timbremonte, 2002). De COTAN heeft de CDI nog niet beoordeeld. De VAK is een zelfrapportage vragenlijst die is ontwikkeld voor het kwantificeren van angst bij kinderen en jongeren. De totaalscore op de VAK weerspiegelt de algemene geneigdheid van het kind al dan niet angstig te reageren op een groot aantal situaties en objecten. Aan de hand van de totaalscore kan een uitspraak gedaan worden over de aard van de stimuli die een angstreactie oproepen. Zowel een hoge als een lage VAK score zijn een aanleiding voor verder onderzoek. De COTAN beoordeelt de VAK met voldoende tot goed, met uitzondering van de criteriumvaliditeit (is onvoldoende onderzocht).
- De Competentie Belevingsschaal Kinderen (CBSK) en de CBSA (adolescenten versie) geven op een gestandaardiseerde wijze een indruk van de wijze waarop een kind zichzelf ervaart en hoe hij zijn eigen vaardigheden en adequaatheid op een

aantal relevante levensgebieden inschat. De schalen bestaan uit 36 items verdeeld over zes subschalen: Schoolvaardigheden, Sociale acceptatie, Sportieve vaardigheden, Fysieke verschijning, Gedragshouding en Gevoel van eigenwaarde. De psychometrische aspecten van de schalen zijn zowel voor de oorspronkelijke als de Nederlandse bewerking uitgebreid onderzocht en goed bevonden. Voor beide schalen zijn uitgebreide Nederlandse en Vlaamse normen beschikbaar voor respectievelijk kinderen van 8 t/m 12 en jeugdigen van 12 t/m 18 jaar. De COTAN beoordeelt de CBSK met voldoende tot goed, met uitzondering van de criteriumvaliditeit (is onvoldoende onderzocht). De CBSA is nog niet in de COTAN opgenomen.

- Wanneer bij de intake een vermoeden bestaat dat het kind c.q. de jongere op intellectueel gebied wordt over- of ondervraagd, is onderzoek naar cognitief functioneren geïndiceerd. Geadviseerd wordt om, indien qua leeftijd mogelijk, voor een intelligentieonderzoek de WISC-III-NL te gebruiken.

Coping van het kind:

- Pain Catastrophizing Scale (PCS): 13 items, 3 schalen: rumination, magnification en helplessness. Deze lijst biedt een gestandaardiseerde, betrouwbare en valide meting van een cognitief proces met een unieke predictieve waarde ten aanzien van zowel pijnintensiteit als pijngerelateerde functionele beperkingen (Verstraeten e.a., 2003). De PCS heeft een predictieve validiteit in een klinische steekproef (Gedragstherapie, 4, 299-306). De PCS is nog niet beoordeeld door COTAN.
- Pain Coping Questionnaire (PCQ*) geeft een beeld van de passieve en actieve copingstijl bij pijn (Reid et al., 1998). De 39 items meten 3 schalen: approach, problem-focused avoidance en emotion-focused avoidance. De vragenlijst is van Amerikaanse oorsprong en gegevens omtrent validiteit, betrouwbaarheid en normering van de vragenlijst binnen een Nederlandse populatie ontbreekt. De PCQ is nog niet beoordeeld door COTAN.
- Utrechtse Coping Lijst (UCL* is voor 16 jaar en ouder) en de UCL-A (adolescentenversie 13 – 15 jaar). Beide vragenlijsten hebben 47 items die een beeld geven van het copinggedrag van de (jonge) adolescent bij een confrontatie met problemen. De subschalen zijn: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, emoties uiten, geruststellen. Op een vierpuntsschaal kan worden aangegeven hoe men in het algemeen op een probleem reageert. De UCL wordt door de COTAN over het geheel genomen voldoende tot goed beoordeeld, met uitzondering van de normen (onvoldoende). De UCL-A wordt door de COTAN over het geheel genomen als onvoldoende beoordeeld met uitzondering van de uitgangspunten van de testconstructie (goed) en de kwaliteit van het testmateriaal (voldoende).

Ouders:

Stress in de ouder-kind interactie

- De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index, verkorte versie (NOSIK). De NOSIK is een sterk verkorte versie van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Het is een zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit 25 items en kan worden gebruikt bij ouders met kinderen van 2 tot 13 jaar. Deze lijst bevat een ouder- en een kinddomein. De items van het ouderdomein meten in welke mate de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich inadequaat en gespannen voelt. Items uit het kind domein meten de bijdrage van bepaalde karakteristieken van het kind aan de mogelijke stress in de ouder-kindinteractie. Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed te noemen (de Brock et al., 1992). De COTAN beoordeelt de NOSI voldoende tot goed, met uitzondering van de normen (onvoldoende). De NOSIK is nog niet beoordeeld.

Coping

- Pain Catastrophizing Scale – Parent: 13 items, 3 schalen: rumination, magnification en helplessness. Deze lijst biedt een gestandaardiseerde, betrouwbare en valide meting van een cognitief proces met een unieke predictieve waarde ten aanzien van zowel pijnintensiteit als pijngerelateerde functionele beperkingen (Verstraeten e.a., 2003). De PCS heeft een predictieve validiteit in een klinische steekproef (Gedragstherapie, 4, 299-306). De COTAN heeft de PCS nog niet beoordeeld.

School:

Psychologische kwetsbaarheid

- Teacher Report Form (TRF;2001). Middels deze rapportage wordt inzicht verkregen in de schoolprestaties van het kind/ de jongere en mogelijk schoolverzuim. Deze vragenlijst voor leerkrachten is evenals de CBCL gericht op het evalueren van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren. Er zijn 118 items welke gaan over specifieke gedrags- en emotionele problemen waarvan de leerkracht op een 3 puntsschaal moeten aangeven of het van toepassing is op hun kind. De COTAN beoordeelt deze vragenlijst op alle punten voldoende tot goed

** Tijdens de 2^e werkconferentie, gehouden op 27 september 2006, zijn de voorgestelde instrumenten besproken en is er besloten tot de volgende instrumenten. De discussie rondom de UCL/ UCL-A en de PCQ is: moet er gebruik gemaakt worden van een algemene copinglijst of een meer specifiek op pijn gerichte copinglijst. In de praktijk moet blijken welke lijst de meest informatieve waarde heeft.*

Uitvoering

a. Tijdstip binnen het revalidatieproces

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen *screening* en *diagnostiek*.

Screening: Tijdens de intake fase is er sprake van een screening, waarbij in algemene zin gekeken wordt naar in- en exclusiecriteria om de vraag te kunnen beantwoorden of er een indicatie is voor (klinische dan wel poliklinische) behandeling. Voor deze screening kan de checklist (zie bijlage) gebruikt worden tijdens een gesprek met ouders en/of kind. Afhankelijk van de verkregen informatie wordt beoordeeld of er al dan niet sprake is van een behandelindicatie. Bij aanwezige kenmerken voor exclusie (zie pagina 6) worden ouders en kind terugverwezen naar de verwijzer dan wel doorverwezen. In de overige gevallen wordt overgegaan tot de volgende fase, de uitgebreide diagnostiek.

Diagnostiek: Na de intake volgt een observatieperiode waarin de uitgebreide diagnostiek plaats vindt. De diagnostiek van de psycholoog/ orthopedagoog zal in dezelfde periode als de andere betrokken disciplines moeten plaatsvinden en met een schriftelijk verslag worden afgerond, zodat alle informatie tegelijkertijd in een teambespreking uitgewisseld kan worden. Binnen een periode van 6 weken moet de diagnostische fase zijn afgerond. Afhankelijk van de testresultaten wordt (opnieuw) bepaald of (én welke) behandeling geïndiceerd is.

b. Tijdsduur van de afname

Het afnemen van de verschillende onderdelen neemt in totaal 2 ¾ uur in beslag:

- | | |
|----------------------------|---------|
| • interview (kind, ouders) | 1 ½ uur |
| • NPV-J | 20 min |
| • PMT-K | 20 min |
| • UCL/ UCL-A | 20 min |
| • PCS | 10 min |
| • CBSK/ CBSA | 15 min |
| • PCQ | 20 min |

Het wordt geadviseerd om, rekening houdend met de belastbaarheid van het kind/de jongere, de vragenlijsten en het interview in 2x 1 ½ uur af te nemen.

De vragenlijsten voor de ouders worden meegegeven en kunnen thuis worden ingevuld (NOSIK, CBCL, PCS-P). Zo ook de YSR bij een kind >12 jaar.

Voor school geldt hetzelfde (TRF).

c. Tijd voor de scoring en verslaglegging

Voor het scoren van de verschillende vragenlijsten is in totaal 2 uur nodig.

Om alle gegevens te verwerken tot een verslag met daaruit voortvloeiend de conclusie is in het algemeen 2 á 3 uur nodig.

d. Uitvoering en toepasbaarheid van de richtlijn in de dagelijkse praktijk

De psycholoog is verantwoordelijk voor de informatie die verzameld wordt. Afhankelijk van de situatie en de werksituatie kan het afnemen en/of scoren van de psychologische vragenlijsten onder supervisie van de psycholoog worden uitgevoerd door de psychologisch medewerker. De psycholoog is verantwoordelijk voor de eindconclusie van het onderzoeksverslag en dient deze te bespreken met ouders en/of kind. Hiervoor is 1 uur nodig.

Wij zijn ons er van bewust dat de aanbevelingen niet voor ieder revalidatie-instelling te realiseren is. Het toepassen van de aanbevelingen kan zodanige inhoudelijke en/of organisatorische veranderingen vereisen binnen een instelling dat deze een belemmering vormen om de aanbevelingen in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Bij de samenstelling van de diagnostische batterij is stilgestaan bij het kostenplaatje (m.n. gezien de aanschaf van eventuele nieuwe vragenlijsten en de benodigde tijdsinvestering van GZ-psychologen). Aangezien tijdens de werkconferentie naar voren kwam dat een uitgebreide diagnostische fase een duidelijke meerwaarde betekent voor de behandeling van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijnklachten, achten wij de voorgestelde batterij als realiseerbaar in de praktijk.

Bij het opstellen van de richtlijn zijn beoogde gebruikers betrokken bij het opstellen van de richtlijn. Het verdient aanbeveling om, na een uitgebreide implementatie fase van 1 á 2 jaar, de richtlijn te evalueren en zo nodig bij te stellen aan de hand van zowel ervaringen uit de praktijk als vernieuwde literatuur.

e. Afstemming met andere disciplines

Het is van belang om de diagnostische activiteiten van de verschillende disciplines op elkaar af te stemmen. Aanbevolen wordt om ieders deskundigheid binnen de revalidatie optimaal te benutten. Afspraken over welke discipline welke onderzoeken uitvoert zijn belangrijk.

Tijdens de intakefase staat de samenwerking met het multidisciplinaire team centraal. Met de betrokken disciplines zal de verzamelde informatie worden uitgewisseld om met elkaar de beslissing te kunnen nemen of er sprake is van een behandelindicatie.

In de samenwerking met de maatschappelijk werkende kan worden afgesproken wie welke aspecten van de checklist met de ouders bespreekt. Het gesprek met kind of jongere zal door de psycholoog worden gehouden.

Ten behoeve van het multidisciplinaire team zal de psycholoog/ orthopedagoog aan het eind van de diagnostische fase verslag uitbrengen en wordt de informatie uitgewisseld in de teambespreking. De analyse van de instandhoudende factoren vormt de leidraad voor de behandeling.

Rapportage

a. Algemeen

De psycholoog rapporteert de bevindingen uit het onderzoek schriftelijk aan het revalidatiebehandelteam. Het is van belang zorg te dragen voor overeenstemming over de gebruikte termen binnen het behandelteam. De rapportage maakt deel uit van de medische status (WGBO) en is in te zien door de ouders en/of de jongere. Vanaf de leeftijd van 12 jaar worden kinderen, ongeacht de aanspraken van zijn wettelijke vertegenwoordigers, zoveel mogelijk bij de uitoefening van zijn rechten betrokken. (Beroepsethiek van het NIP)

Meewerken van kind beneden 16 jaar: hij/zij kan formeel niet weigeren als ouders achter het onderzoek staan. Meewerken van kind vanaf 16 jaar: jongere kan toestemmen zonder medewerking van ouders.

b. Aan wie en in welke volgorde wordt gerapporteerd

De rapportage dient in eerst instantie aan de ouders en het kind/de jongere te worden voorgelegd, zodat zij kunnen beslissen of deze onverkort uitgebracht kan worden aan de revalidatiearts en het behandelteam (zie Praktijkrichtlijn NIP/NVO voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in het onderwijs). De instandhoudende factoren voor kind en ouders en daarnaast uit onderzoek komende psychologische kwetsbaarheden en copingstijlen worden aan zowel ouders en kind mondeling gerapporteerd.

De procedure die gehanteerd wordt ten aanzien van de rapportage naar het behandelteam wordt aan ouders en eventueel jongere uitgelegd. Na goedkeuring en eventuele bijstelling wordt de rapportage voorgelegd aan het team.

c. Geldigheidsduur

Kinderen en jongeren zijn in ontwikkeling. Daarom heeft het onderzoek een beperkte geldigheidsduur van 1 jaar en is alleen bedoeld ter beantwoording van de in de rapportage genoemde vraagstelling.

d. De rapportage bevat de volgende punten

- Vraagstellingen voor het onderzoek (zie blz. 9)
- Objectieve beschrijving van de onderzoeksresultaten
- Conclusie voortvloeiend uit de onderzoeksresultaten, waarbij de vraagstellingen beantwoord worden. De interpretatie van de onderzoeksresultaten dient helder en inzichtelijk te zijn. De conclusie bevat aanbevelingen ten aanzien van behandeling en begeleiding.

e. Mogelijkheden voor evaluatie

Door in een aparte bijlage een overzicht te geven van de ruwe scores en standaardcores van de gebruikte vragenlijsten is het mogelijk om op objectieve wijze de behandeling te evalueren. Te denken valt aan gedragsvragenlijsten, coping-en pijnvragenlijsten.

f. Aanbevelingen

Vanuit deze richtlijn zal er ook een richtlijn ontwikkeld dienen te worden voor de behandeling van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat. Met deze richtlijn wordt op basis van de diagnostiek de instandhoudende factoren in kaart gebracht welke de leidraad vormen voor behandeling.

Kwalificaties

De psycholoog/orthopedagoog dient bij voorkeur ruime ervaring te hebben in de diagnostiek van kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn en gekwalificeerd te zijn als GZ-psycholoog en derhalve te zijn geregistreerd in het BIG-register.

Meeleescommissie van externe experts

Mw. Drs. M. de Craen

GZ-psycholoog, psychotherapeut,
RC De Trappenberg, Huizen

Mw. Drs. S. Huber

Orthopedagoog, klinisch psycholoog
Jan van Breemen Instituut, Amsterdam

Mw. Dr. J.A.M. Hunfeld

Psycholoog,
Erasmus MC Rotterdam

Mw. Drs. L.W.A.M. de Jong

GZ-psycholoog/gedragstherapeut,
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Medische psychologie, Nijmegen

Prof. Dr. J. Passchier

Hoofd afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie,
Erasmus MC Rotterdam

Referenties

Apley J, Naish N. Children with recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. Arch Dis Child 1978;33:165-170.

Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P, Helenius H. Pain experience of children with headache and their families: a controlled study. Pediatrics 2000;106:270-275.

Bandell-Hoekstra IENG, Huijjer Abu-Saad H, Passchier J, Frederiks CMA, Feron FJM, Knipschild P. Coping and quality of life in relation to headache in Dutch schoolchildren. Eur J Pain 2002;6:315-321.

Beroepsethiek voor psychologen, beroepscode 1998. Eindredactie Joke Bravenboer, NIP, Amsterdam, augustus 2001. De Longte, Dordrecht

Blécourt ACE de, Sciphorst Preuper HR en Breedveld RJ. Chronische pijn in het houdings- en bewegingsapparaat. In: Meihuizen-de Regt MJ, de Moor JMH, Mulders AHM. Kinderrevalidatie 2003;501-511, 3^e geheel gewijzigde druk. Koninklijke Van Gorcum, Assen

Borge AI, Nordhagen R. Development of stomach-ache and headache during middle childhood: co-occurrence and psychosocial risk factors. Acta Paediatr 1995;84:795-802.

Carlsson J. Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. Acta Paediatr 1996;85:692-696.

Dunn-Geier BJ, McGrath PJ, Rourke BP, Latter J, D'Astous J. Adolescent chronic pain: the ability to cope. Pain 1986;26:23-32.

Eccleston C, Morley S, Williams A, Yorke L, Mastroiannopoulou. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. Pain 2002;99:157-165.

Edwards PW, Zeichner A, Kuczmierczyk, Boczkowski J. Familal pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. Pain 1985;21:379-384.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196(4286):129-36.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137:535-44.

Flor H, Knost B, Birbaumer N. The role of operant conditioning in chronic pain: an experimental investigation. Pain 2002;95:111-118.

Gatchel RJ., Gardea MA. Psychosocial issues: their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation. Neurol Clin 1999;17:149-66.

Gil KM, Thompson RJ, Keith BR, Tota-Faucette M, Noll S., Kinney TR. Sickle cell disease in children and adolescents: change in pain frequency and coping strategies over time. J Pediatr Psychol 1993;18:621-637.

Gil KM, Williams DA, Thompson RJ, Kinney TR. Sickle cell disease in children and adolescents: the relation of child and parent pain coping strategies to adjustment. *J Pediatr Psychol* 1991;16:643-663.

Goodman JE, McGrath PJ. Mothers' modeling influences children's pain during a cold pressor task. *Pain* 2003;104:559-565.

Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, V., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). The Pain Catastrophizing Scale for Parents (PCS-P).

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 2003;37:361-366.

Harma AM, Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scan J Prim Health Care* 2002;20:92-96.

Holstein BE, Hansen EH, Due P, Almarsdóttir. Self-reported medicine use among 11- to 15-year-old girls and boys in Denmark 1988-1998. *Scan J Public Health* 2003;31:334-341.

Huang RC, Palmer LJ, Forbes DA. Prevalence and pattern of childhood abdominal pain in an Australian general practice. *Paediatr Child Health* 2000;36:349-353.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain* 1991;47:249-283.

Jolliffe CD, Nicholas MK. Verbally reinforcing pain reports: an experimental test of the operant model of chronic pain. *Pain* 2004;107:167-175.

Langeveld JH, Koot HM, Passchier J. Headache intensity and quality of life in adolescents: how are changes in headache intensity in adolescents related to changes in experienced quality of life? *Headache* 1997;37:37-42.

Levine FM, Krass SM, Padawer WJ. Failure hurts: the effects of stress due to difficult task and failure feedback on pain report. *Pain* 1993;54:335-340.

Loeser JD. A definition of pain. *Univ Washington Med* 1980;7:3-4.

Konijnenberg Y. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life (thesis). Utrecht (2005).

Matthews E. A snapshot view of the impact of chronic pain on adolescents. *Br J Nurs* 2002;11:735-744.

McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in infants, children, and adolescents*. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1993:39-63.

Merlijn VPBM, Hunfeld JAM, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur AAJM, van Suijlekom-Smit LWA, Koes BW, Passchier J. Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain* 2003;101:33-43.

Mikkelsen M, Salminen JJ, Kautiainen H. Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain* 1997;73:29-35.

Osborne RB, Hatcher JW, Richtsmeire AJ. The role of social modeling in unexplained pediatric pain. *J Pediatr Psychol* 1989;14:43-61.

Osterhaus SOL. Recurrent headache in youngsters. Measurement, behavioral treatment, stress-and family factors (thesis). Amsterdam: Bureau Grafic Productions University of Amsterdam, 1998.

Palermo T. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:58-69.

Passchier J, Orlebeke JF. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1985;5:167-176.

Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Hunfeld JAM, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, van der Wouden JC. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 2000;87:51-58.

Perquin CW, Hunfeld JAM, Hazebroek-Kampschreur AAJM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, Koes BW, van der Wouden JC. The natural course of chronic benign pain in childhood and adolescence: a two-year population-based follow-up study. *Eur J Pain* 2003;7:551-559.

Perquin CW, Hunfeld JAM, Hazebroek-Kampschreur AAJM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, Koes BW, van der Wouden JC. Insights in the use of health care services in chronic benign pain in childhood and adolescence. *Pain* 2001;94:205-213.

Praktijkrichtlijnen voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in het onderwijs. Werkgroep NIP/NVO, Maart 2003

Robinson JO, Alvarez JH, Dpdge JA. Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *J Psychosom Res* 1990;34:171-181.

Van Rood Y.R., de Jong, L.W.A.M., de Roos, C.J.A.M. Behandeling van medisch onverklaarde lichamelijke klachten bij jongeren: 1. De intake. *Kind en adolescent praktijk* 2005; 3: 108-118.

Scharff L. Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clin Psychol Rev* 1997;17:145-166.

Van den Bree MB, Passchier J, Emmen HH. Influence of quality of life and stress coping behavior on headaches in adolescent male students: an explorative study. *Headache* 1990;30:165-168.

Vanderfaellie, J., de Fever, F., Vandernplas, Y. Kinderen met somatoforme klachten: symptoomherkenning en perceptie door ouders. *Tijdschrift voor orthopedagogiek* 2006; 45: 116-127.

Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol* 1993;102:248-258.

Walker LS, Garber J, Greene JW. Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1213-1221.

Walker LS, Smith CA, Garber J, van Slyke DA. Development and validation of the Pain Response Inventory for children. *Psychol Assess* 1997;9:392-405.

Walker LS, Jones DS. Psychosocial factors: impact on symptom severity and outcomes of pediatric functional gastrointestinal disorders. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41 :S51-2.

Referenties vragenlijsten

Achenbach, T.M. (2001). *Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar*. Reproduced bij permission. Nederlandse vertaling: Verhulst, F.C., & Ende, J. van der. Erasmus MC. Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Achenbach, T.M. (2001). *Gedragsvragenlijst voor kinderen van 6-18 jaar, informatie van de leerkracht*. Reproduced bij permission. Nederlandse vertaling: Verhulst, F.C., & Ende, J. van der. Erasmus MC. Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Bijlstra, O., Jackson, S., Bosman, H.A. (1994). *Utrechtse Copinglijst versie voor Adolescenten*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Bijttebier, P., Crombez, G., Vlaeyen, J.W.S., Muris, P., & Mascagini, T. (2000). *The Pain Catastrophizing Scale for Children (PCS-C)*. (Ongepubliceerde geautoriseerde Nederlandstalige aanpassing van de Pain Catastrophizing Scale: aanpassing voor afname bij kinderen en adolescenten.

Brock, A.J.L.L.de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M., Abidin, R.R. (1992). *Nijmeegse ouderlijke stress index-verkorte versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, V., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). *The Pain Catastrophizing Scale for Parents (PCS-P)*.

Kort, W., Compaan, E.L., Bleichrodt, N., Resing, W.C.M., Schittekatte, M., Bosmans, M., Vermeir, G. & Verhaeghe, P. (2002). *WISC-III NL. Handleiding*. London: The Psychological Corporation.

Reid GJ, Gilbert CA, McGrath PJ. The Pain Coping Questionnaire: preliminary validation. *Pain* 1998;76:83-96.

Straathof, T., (1994). *Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten*, Curium Oestgeest.
Veerman, I.W., Straathof, M.A.C., Treffers, Ph.P.A., Berg, B.R.H, van der & Tes Brink, L.T. (1997). *Competentiebelevingsschaal voor Kinderen*, Harcourt Test Publisher Amsterdam.

Verstraeten e.a., 2003. De PCS heeft een predictieve validiteit in een klinische steekproef. *Gedragstherapie*, 4, 299-306.

Vlaeijen, J.US., Geurts, M., Eek, H, van, Snijders, A.M.J., Schuerman, J.A., Groenman, N.H. (1989). *Pijn Cognitie Lijst*, Harcourt Test Publisher Amsterdam.

Bijlagen

Bijlage 1

Checklist bij de diagnostiek bij kinderen en jongeren met chronische a-specifieke pijn aan het houdings- of bewegingsapparaat.

Deze checklist is gebaseerd op het gevolgenmodel. Met behulp van het gevolgenmodel worden de klacht, de betekenis van de klacht en de cognitief-emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen van de klacht systematisch in kaart gebracht.

Klacht en klachtanalyse

1. Hulpvraaganalyse vanuit het perspectief van het kind en diens ouders

A. Wat is de lichamelijke klacht:

- soort klacht
- lokalisatie van de klacht
- intensiteit, frequentie en duur van de klacht
- aanvang en ontwikkeling van de klacht
- tegelijk voorkomende andere lichamelijke klachten
- onderzoek en behandeling dat reeds heeft plaatsgevonden, plaats vindt of men nog overweegt

B. Ideeën over en betekenis van de klacht

- Attributies (van zowel patiënt en ouder(s) en anderen/ideeën over de Oorzaak.
- Gedachten over deze verwijzing of dit behandelingsaanbod.
- Betekenis van de klacht (zelfomschrijving of omschrijving van de omgeving over de patiënt als persoon)

C. Gevolgen van de klacht

1. Cognitieve en emotionele gevolgen onder andere:

- Gedachten op het moment dat de klacht optreedt
- Stemming: angst, woede, verdriet, spanning, irritatie, blij

2. Gedragsmatige gevolgen onder andere:

- Zich verzetten tegen de beperkingen
- Vermijden van activiteiten
- Afname van fysieke activiteiten en toename van mentale activiteiten
- Monitoren van lichaam
- Hulpmiddelen, medicatie

3. Lichamelijke gevolgen onder andere:

- In-en doorslaapproblemen
- Verandering eetpatroon
- Verslechterde conditie
- Spierspanning en verkeerd ademen
- Aandacht, concentratie en geheugen

4. Sociale gevolgen onder andere:

- Schoolverzuim
- Verlies van sociale contacten
- Interactie met de ouders en broers en zussen
- Interactie met artsen en andere hulpverleners

II. Klachtanalyse vanuit het perspectief van de hulpverlener

1. Klachtanalyse

- Concretiseren en expliciteren van de klacht
- Topografische analyses, functionele analyse (ABC-analyse) en holistische theorie

2. Anamnestiche gegevens:

Systemisch perspectief

- Ouderrrol (opvoedingskwaliteiten, opvoedingsstijl)
- Kwaliteit partnerrelatie
- Andere relevante systemen

Ontwikkelingsperspectief

- Ontwikkelingstaken kind
- Cognitieve ontwikkeling, school/beroepsopleiding
- Sociaal-emotionele ontwikkeling/conflicten/relaties leeftijdgenoten
- Zelfbeeld van het kind
- Psychoseksuele ontwikkeling en relatievorming
- Life events
- Faseproblematiek en fasenovergang kind/gezin, volwassene/oudere

Co-morbiditeit

- Psychopathologie.
- Andere somatische aandoeningen
- Sociale problemen
- Problemen die niet genoemd zijn, maar de hulpverlener wel vermoed

Protectieve factoren

- In welke perioden heeft het kind/ het systeem goed gefunctioneerd?
- Welke sterke kanten zijn er bij het kind/ systeem

STROOMDIAGRAM RICHTLIJN DIAGNOSTIEK BIJ KINDEREN EN JONGEREN MET CHRONISCHE A-SPECIFIEKE PIJNKLACHTEN AAN HOUDINGS- EN BEWEGINGSAPPARAAT

Aanmelding / kenmerken

Inclusiecriteria:

- Chronische a-specifieke pijn (medisch onverklaard of de mate van beperkingen en pijn niet passend bij somatische aandoening).
- Pijn aan houdings- en bewegingsapparaat welke langer dan 3 maanden bestaat.
- Traject van medische onderzoeken is afgerond.
- Medische behandeling is niet mogelijk op stoornisniveau.
- Aanzienlijke beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren.
- Motivatie voor multidisciplinaire behandeling.



Exclusiecriteria:

- Lopende medische onderzoeken of de wens tot nieuw medisch onderzoek.
- Psychiatrische problematiek van kind of ouders die de behandeling in de weg staat (eventueel psychiater consulteren).
- Ernstige psychosociale problematiek die de behandeling belemmert.
- Alternatieve geneeswijzen die negatief interveniëren met revalidatiebehandeling.
- Lopende juridische procedures.



EXCLUSIE
Terugverwijzen /
doorverwijzen

Vervolg: Diagnostiek

