

42e jaargang, 2023

nr
86

Nederlandstalig Tijdschrift

PIJN bestrijding

Officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland
i.s.m. de Belgische Pijnvereniging VAVP



3RD
EDITION

Dr. Charles A. Gauci MD FRCA FIPP FFPMRCA

Manual of RF Techniques

A practical manual of radiofrequency procedures in chronic pain management



CoMEDICAL
Radiofrequency Pain Management

COMEDICAL B.V. , Gieterijstraat 46 - 47, 2984 AB Ridderkerk , NL.
Tel.: +31 180 420 708 , Fax.: +31 180 463 846 , Mobile.: +31 613 886 424
info@comedical.nl , enrico@comedical.nl , www.comedical.eu

Inhoud

Colofon	4
Richtlijnen voor auteurs	4
Voorwoord	5
Hoofdartikelen	6
Pijn en de gevolgen bij dementie: het observeren van de complexe relatie tussen pijn, gedrag en ADL functioneren bij verpleeghuisbewoners <i>Dr. A.H. van Dalen-Kok</i>	6
De psycholoog als pijnbehandelaar De rol van de psycholoog: waar staan we en waar willen we naartoe <i>Dr. H. Samwel, Dr. L. Zonneveld, Dr. D. Stronks, Drs. J. Reitsma -Lutjes, Drs. P. Koetsier</i>	15
“Pijn bij kinderen - de impact van ouderlijke responsen en pijneducatie op pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen” <i>Dr. E. Rheel</i>	20
FF voorstellen	24
Roberto Perez Poster prijs	29

Colofon

Het Nederlandstalig Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding is een officiële uitgave van de Pijn Alliantie in Nederland in samenwerking met de Belgische Pijnvereniging VAVP. Het tijdschrift verschijnt drie maal per jaar (in de tweede helft van de maand) en wordt gratis toegezonden aan de leden van de PAin en Pijncentra Nederland. Een abonnement is verkrijgbaar voor de kostprijs van € 30,00 per jaar voor particulieren en € 100,00 per jaar voor instellingen. Abonnementsgelden overmaken op IBAN NL98ABNA0615323049, t.n.v. Dr. T.C. Besse, penningmeester Stichting NTPP, onder vermelding van abonnement Nederlands Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding.

Hoofredacteur

Dr. A. Köke, senior onderzoeker
Vakgroep Revalidatie Geneeskunde
Universiteit Maastricht
Universiteitssingel 40
6229 ER Maastricht
E-mail: albere.koke@maastrichtuniversity.nl

Kernredactie

Dr. B. Brouwer, neuroloog
Vakgroep Anesthesiologie/Pijnbestrijding
MUMC
P. Debyelaan 25
6229 HX Maastricht
E-mail: ba.brouwer@mumc.nl

Prof. Dr. G. Hans, anesthesioloog
Hoofd Pijncentrum UZA
Medisch Directeur UZA
Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem
België
E-mail: guy.hans@uza.be

Dr. H.R. Schiphorst Preuper, revalidatiearts
Afdeling Revalidatiegeneeskunde
UMCG, Locatie Beatrixoord
Dilgweg 5
9751 ND Haren
E-mail: h.r.schiphorst.preuper@umcg.nl

Dr. J.L.H.M. De Witte, anesthesioloog
Coördinator Multidisciplinair Pijncentrum
Dienst Anesthesiologie en Intensieve Zorgen
OLV-Ziekenhuis
Moorselbaan 164
9300 Aalst
België
E-mail: jan.de.witte@olvz-aalst.be

Redactieraad

Wervelkolomgerelateerde Pijn:

- Dr. Bob Ickx, Klina Antwerpen:
robert.ickx@pandora.be
- Dr. Nelleke de Meij, MUMC, p.de.meij@mumc.nl
- Dr. Paul Willems, MUMC+ p.willems@mumc.nl
- Dr. Jan De Witte, OLV Aalst,
Jan.De.Witte@olvz-aalst.be
- Prof. Dr. Jan van Zundert, PhD, ZOL, MUMC+
jan.vanzundert@zol.be, jan.van.zundert@mumc.nl

Neuropathische Pijn:

- Dr. Koen van Boxem, ZOL, koen.vb@telenet.be
- Dr. Jan Pierre Van Buyten: AZ Nikolaas St.
Niklaas: vanbuyten@skynet.be
- Prof. Dr. Karin Faber, PhD, MUMC+,
c.faber@mumc.nl
- Prof. Dr. Frank Huygen, PhD, Erasmus MC,
F.Huygen@erasmusmc.nl
- Prof. Dr. Bert Joosten, PhD, MUMC+,
bert.joosten@mumc.nl
- Dr. Remko Liebrechts,
r.liebrechts@vumc.nl
- Prof. Dr. Bart Morlion, PhD, Universitaire Ziekenhuizen Leuven: Bart.Morlion@uz.kuleuven.ac.be
- Dr. Pascal Vanelderen, ZOL:
pascal.vanelderen@gmail.com

Viscerale Pijn:

- Dr. Guy Boeckstaens, AMC,
g.e.boeckstaens@amc.nl
- Dr. Yolande Keulemans, PhD, MUMC+,
yolande.keulemans@mumc.nl
- Dr. Martine Puylaert, ZOL,
martine.puylaert@skynet.be

Pijn bij kinderen:

- Dr. Monique van Dijk, PhD, Erasmus MC,
m.vandijk3@erasmusmc.nl
- Dr. Piet Leroy, PhD, MUMC+ p.leroy@mumc.nl
- Dr. Micha Sommer, PhD, MUMC+,
micha.sommer@mumc.nl
- Prof. Dr. Dick Tibboel, PhD, Erasmus MC,
d.tibboel@erasmusmc.nl

Pijn bij Ouderen:

- Dr. Anne Beyen, ZOL, Anne.Beyen@zol.be
- Dr. W. Mulder, PhD, MUMC+ w.mulder@mumc.nl

Neurochirurgie:

- Dr. Dieter Peuskens, ZOL, Dieter.Peuskens@zol.be

Psychiatrie:

- Dr. Carsten Leue, MUMC+ c.leue@mumc.nl

Oncologie/Palliatie:

- Dr. Kees Besse, UMCN, kees.besse@radboudumc.nl
- Prof. Dr. Marieke van de Beuken, PhD, MUMC+,
m.vanden.beuken@mumc.nl
- Dr. Markus Janssen, MUMC,
markus.janssen@mumc.nl
- Prof. Dr. Kris Vissers, PhD, UMCN,
kris.vissers@radboudumc.nl

Psychologie:

- Dr. Mariëtte Goossens, PhD, MUMC+,
M.Goossens@DEP.unimaas.nl
- Dr. Ann Meulders, KU Leuven
ann.meulders@psy.kuleuven.be
- Prof. Dr. Madelon Peters, PhD, MUMC+,
Madelon.Peters@DEP.unimaas.nl
- Dr. Steven de Peuter, KU Leuven
steven.depeuter@psy.kuleuven.be
- Han Samwel, info@hansamwelpsychotherapie.nl

Revalidatie:

- Prof. Dr. Rob Smeets, PhD, MUMC+,
rob.smeets@mumc.nl
- Prof. Dr. Jeanine Verbunt, PhD, MUMC+,
j.verbunt@mumc.nl

Manuele Geneeskunde:

- Dr. Sjef Rutte, Praktijk Haarlem,
sjefrutte@gmail.com

Ergotherapie:

- Inge Kieboom, inge@kieboom.name

Secretariaat NTPP

Wendy Thoma
E-mail: secretariaat.ntpp@gmail.com

Advertenties

Dr. T.C. Besse, anesthesioloog/pijnspecialist
UMCN, afd. Anesthesiologie
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
Telefoon 024-3619032, Fax: 024 - 3666312
E-mail: t.besse@anes.umcn.nl

Wendy Thoma

E-mail: secretariaat.ntpp@gmail.com

Advertenties kunnen zonder opgaaf van reden worden geweigerd

Grafische verzorging

Andi smart print solutions
Afrikalaan 40, 6199 AH Maastricht-Airport
Telefoon: 043-36 67 160
E-mail: info@andi-printsolutions.com
Website: www.andi-printsolutions.com

Richtlijnen voor auteurs

Berichten, mededelingen en artikelen dienen, respectievelijk vóór 1 maart, juli en november, in bezit te zijn van het secretariaat: secretariaat.ntpp@gmail.com.

Door het inzenden van de kopie verklaart de auteur:

- Dat hij/zij volledige auteursrecht aan dit tijdschrift overdraagt. Wordt het stuk afgewezen dan vallen de rechten weer terug aan de inzender. De inzender krijgt de kopie in enkelvoud teruggezonden.
- Dat het manuscript niet terzelfder tijd aan een ander tijdschrift is aangeboden, elders is geaccepteerd voor publicatie of reeds eerder is gepubliceerd.
- Dat hij/zij ermee akkoord gaat dat de redactie zijn/haar kopij aan haar reviewers voorlegt.
- Dat de met name genoemde personen die op enigerlei wijze aan het tot stand komen van het artikel hebben bijgedragen akkoord gaan met de vermelding van hun naam erin.
- Dat de betrokkenen hun toestemming hebben gegeven voor het publiceren van reeds eerder gepubliceerd materiaal of van foto's waarop een persoon herkenbaar is.

Aanleveren als word-document. Gebruik papierformaat A4, met enkele regelafstand en duidelijk leesbare standaardletter. Aan de linkerkant dient een kantlijn van 4 cm aangehouden te worden. Let op de correcte schrijfwijze van woordsamenstellingen.

De volgorde van de verschillende onderdelen is als volgt:

1. Titelpagina met naam en titel(s) van de auteur(s). Vermeld van iedere auteur instituut, afdeling, titulatuur en discipline alsmede van de eerste auteur het correspondentieadres, telefoonnummer en e-mailadres.
2. Samenvatting van ten hoogste 200 woorden, alsmede een Engels abstract.
3. Inleiding.
4. Methodiek.
5. Resultaten.
6. Discussie.
7. Wat is al bekend en Wat voegt deze studie toe.
8. Literatuur. Als in de tekst naar de literatuurlijst wordt verwezen moet dat door een nummer in superschrift in de tekst te plaatsen achter het leesteken waarmee de bewering wordt afgesloten. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst. De literatuurlijst is gerangschikt naar het nummer van de verwijssnoet. Elk nummer krijgt een nieuwe regel: nummer, namen en voorletters van alle auteurs (geen "et al." vermeldingen), volledige titel van de publicatie, de naam van het tijdschrift in de standaardafkortingen volgens de Index Medicus, jaartal, deelnummer, eerste en laatste bladzijde (bijv. Egbert DL, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of post-operative pain by encouragement an instruction of patients. New Engl J Med 1964; 270:825-7).
9. Dankbetuiging.
10. Tabellen dienen in Wordformat aangeleverd te worden. Legenda van ingestuurde tabellen of figuren toevoegen. De nummering verloopt in volgorde van verwijzing in de tekst.
11. Legenda van eventueel ingestuurde figuren.
12. Figuren in de vorm van tekeningen met zwarte inkt of van zwart-wit foto's. Bij het insturen van figuren moet rekening gehouden worden met de verhouding van de figuur ten opzichte van de grootte in het artikel. Bij elk onderdeel moet op een nieuwe pagina worden begonnen.
13. Afbeeldingen digitaal aanleveren als psd, jpeg, tif of pdf; in het gewenste formaat, resolutie 300 dpi.

Bij Case Reports is de volgorde van de verschillende onderdelen hetzelfde als bovenvermeld voor wat betreft 1, 2 en 3. Hierna volgt onder 4. beschrijving van de casus, gevolgd door 5. Discussie. Voor het overige wordt het format gevolgd zoals hierboven onder punt 8 t/m 12 is vermeld.

Bij Referaten van artikelen is de volgorde van de verschillende onderdelen 1. Originele titel van het gerefereerde artikel, 2. Referentie van het artikel, 3. Originele Engelse Abstract van het artikel 4. Referaat (minimaal 500 en maximaal 1000 woorden), 5. Naam referent, instituut, e-mail adres.



Van de kernredactie

Terugkijkend op 2022 stemt niet heel vrolijk. Corona is weliswaar langzaam naar de achtergrond verschoven, maar andere zorgen zijn ervoor in de plaats gekomen. Zorgen die niet een twee drie op te lossen zijn. Alleen een lange termijn visie en bezinning op wat belangrijk is in het leven zijn nu van belang. Gaan we door met alleen maar streven naar economische groei of willen we duurzaam investeren in een gezonde toekomst voor iedereen. De zorg staat onder druk, de kosten stijgen en daardoor dus ook de zorgpremies. Het is maar de vraag hoe lang we nog goede zorg voor iedereen kunnen blijven garanderen. Meer samenwerken, netwerken, ketenzorg, de juiste patiënt op de juiste plek zijn veel gehoorde termen om een en ander op te lossen. Op zich voor de zorg voor pijn geen slechte ontwikkelingen. De vraag is echter of en wanneer dit ook daadwerkelijk gaat lukken. Het is niet alleen een kostenplaatje maar vraagt ook een attitudeverandering in denken en doen van allemaal, zorgprofessionals, patiënten en zorgverzekeraars! In de basis is meer of een bredere kennis nodig over pijn en tegelijkertijd moeten we weten wat de ander te bieden heeft. In het NTPP zijn we daarom gestart met de rubriek FF voorstellen. Daar-in geeft iedere beroepsvereniging aan wat hun bijdrage aan diagnostiek en behandeling kan zijn. In dit nummer komen de psycholoog, de ergotherapeut en de neuroloog aan het woord. Bij deze uitgave van het NTPP mogen we u zelfs een uitgave van het blad Nervus aanbieden. Nervus is een tijdschrift voor praktijkgerichte nascholing voor neurologen. Onder redactie van Brigitte Brouwer, is het themanummer Pijn geschreven, waarin pijn vanuit het biopsychosociale model wordt belicht. Doel is de kijk- en werkwijze van neurologen op pijn te verbreden. Maar de inhoud is uiteraard niet alleen leerzaam voor neurologen, ook andere zorgprofessionals kunnen de kennis tot zich nemen. Door een bijdrage van de Pijn Alliantie in Nederland kunnen we u dit themanummer van Nervus gratis toe te sturen. Wellicht een goed idee om het verder te verspreiden onder uw beroepsgroep.

Naast het extra themanummer staat ook deze uitgave van NTPP in het teken van pijn bij specifieke groepen. Het proefschrift van A. van Dalen over pijn en de gevolgen bij dementie laat zien dat pijn bij mensen met een dementie niet alleen vaak voorkomt maar ook moeilijk meetbaar en daardoor adequaat behandelbaar is. Het proefschrift biedt eerste handvaten om zorg voor pijn bij demente mensen te verbeteren.

Het proefschrift van E. Rheel gaat over pijn bij kinderen en de manier waarop ouders op pijn reageren en wat daar weer de invloed van is op de pijn van het kind. Verder wordt duidelijk dat preventie of optimale begeleiding van pijn bij veel pijnlijke ingrepen bij jonge kinderen van belang is om te voorkomen dat deze op latere leeftijd chronische pijn ontwikkelen. Adequate voorlichting en pijneducatie op jonge leeftijd is van belang.

Ook geven de psychologen in dit blad hun visie weer over hun rol als pijnbehandelaar; "waar staan we nu en waar willen we naar toe" Een mooi document waarin de psychologen aangeven hoe ze denken bij te dragen aan de zorg voor pijn, maar ook waar de knelpunten liggen.

Kortom goede initiatieven aan het eind van het jaar om weer volle kracht vooruit te kunnen. Dus op naar een goed 2023 en ondertussen hopen dat de rest van de wereld een beetje afkoelt en tot bezinning komt.

van de kernredactie

Pijn en de gevolgen bij dementie: het observeren van de complexe relatie tussen pijn, gedrag en ADL functioneren bij verpleeghuisbewoners

Dr. A.H. van Dalen-Kok¹

Samenvatting

Het werk in dit proefschrift beschrijft de complexe relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren bij mensen met een gevorderde tot vergevorderde dementie.

Dit proefschrift bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft deze relatie tussen pijn, probleemgedrag zoals agitatie en agressie, met speciale aandacht voor het effect van pijn op het ADL functioneren. Het tweede deel richt zich op de ontwikkeling en onderzoek van de psychometrische eigenschappen van een nieuwe observatieschaal om pijn bij mensen met dementie te kunnen meten: PAIC (Pain Assessment in Impaired Cognition).

De bevindingen uit deel I van dit proefschrift laten zien dat de relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren complex is en dat er op verschillende vlakken verbetering mogelijk is. Zo laten de resultaten van dit proefschrift onder andere zien dat pijn effect heeft op het ADL functioneren, onafhankelijk van het stadium van de dementie. In het bijzonder geldt dit voor een achteruitgang in het maken van transfers en het zelfstandig eten en drinken.

De resultaten uit deel II van dit proefschrift laten zien dat de PAIC een betrouwbaar en valide meetinstrument is om pijn bij mensen met een dementie te kunnen meten, maar geven ook belangrijke informatie over de ontwikkeling en verbetering op het gebied van onderwijs wat bijdraagt aan het gebruik van de definitieve versie van de PAIC15.

Abstract

The primary aim of this thesis was to investigate the complex relationship between pain, neuropsychiatric symptoms, and ADL functioning in persons with dementia. Furthermore, the psychometric properties of a new and universal observational pain assessment instrument Pain Assessment In Impaired Cognition: PAIC, were studied. The results of this thesis show that pain in nursing home residents with dementia is related to a decline in ADL functions, independent of dementia severity. Specifically, a decline in the ADL activities transferring and feeding.

Additionally, the psychometric evaluation of the PAIC presented in this thesis not only results in a promising measurement instrument, but also provides useful information for the development and improvement of educational programmes that contribute to the utilization of the final PAIC15.

Introductie

Dementie is wereldwijd een van de meest voorkomende ziekten waarbij iemand achteruitgaat in functioneren. Het is een syndroom dat zich kenmerkt door geheugenverlies, problemen met het denken en begrijpen, veranderingen in gedrag en problemen met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Dementie is niet alleen overweldigend en ingrijpend voor de mensen die de diagnose krijgen, maar ook voor hun naasten.¹ De meest voorkomende oorzaken

van dementie zijn de Ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy body dementie en fronto-temporale dementie (FTD). Het is een progressieve ziekte welke niet te genezen is. Uiteindelijk sterft iemand aan de gevolgen van dementie, bijvoorbeeld door een longontsteking. De neuropathologische veranderingen in het brein zorgen naast geheugenverlies en verlies van communicatieve vaardigheden, ook voor probleemgedrag zoals agitatie en agressie. Daarnaast hebben deze veranderingen ook invloed op het waarnemen en het verwerken van pijn.²

Pijn bij mensen met dementie

Ouder worden is een risicofactor voor het ontwikkelen van dementie, maar ook voor ziekten die gepaard gaan met pijn, bijvoorbeeld osteoporose en cardiovasculaire ziekten zoals een hartinfarct of een herseninfarct.^{3,4} Men kan dus verwachten dat mensen met dementie ook pijn hebben: uit eerder onderzoek blijkt dat de prevalentie voor mensen met een milde tot ernstige dementie rond de 60 tot 80% ligt.⁵⁻⁷ Om te begrijpen hoe de relatie tussen pijn en dementie in elkaar zit, is het belangrijk de definitie van pijn te kennen. De definitie volgens de International Association for the Study of Pain (IASP) luidt als volgt: 'Pijn is een onplezierige, sensorische en emotionele gewaarwording. Deze wordt geassocieerd met actuele of potentiële weefselbeschadiging of beschreven in termen van beschadiging.'⁸

Wellicht kunt u zich voorstellen dat deze definitie minder toepasbaar is op mensen met dementie gezien het gebruik van de term 'emotionele gewaarwording'. Onderzoek naar de emotionele reactie op pijn bij mensen met dementie laat tegenstrijdige resultaten zien: zowel een verhoogde als verlaagde emotionele reactie werd gevonden. Bovendien tasten de neuropathologische veranderingen, zoals witte stof schade en atrofie, verschillende onderdelen van het brein aan die betrokken zijn bij de verwerking van een pijnprikkel.² Bijvoorbeeld de somatosensore cortex, welke o.a. verantwoordelijk is voor het lokaliseren van de pijn, de hippocampus, waar het pijngeheugen gelegen is en de amygdala, welke verantwoordelijk is voor de emotionele ervaringen van de pijn.^{2,9,10} Daarnaast heeft pijn drie verschillende dimensies: biologisch, psychologisch en sociaal.¹¹⁻¹³ Deze dimensies zijn onderling met elkaar verbonden en resulteren uiteindelijk in een persoonlijke ervaring en expressie van pijn. Daar komt bij dat de communicatieve vaardigheden bij mensen met dementie, ook aangetast zijn en dat het verbaliseren van pijn moeilijk, en soms geheel niet mogelijk is. Al deze veranderingen tezamen zorgen voor een complexe relatie tussen pijn en dementie en veroorzaken verschillende problemen. Het

1. Specialist ouderengeneeskunde, Stichting Zorggroep Florence, verpleeghuis Mariahoeve; Post-doctoraal onderzoeker LUMC/UNC-ZH

herkennen van pijn bij iemand met dementie en het uiteindelijk instellen van een adequate behandeling, is een uitdaging.

Probleemgedrag

Agitatie, agressie, maar ook depressie en apathie zijn voorbeelden van neuropsychiatrische symptomen, ofwel probleemgedrag. Tijdens het ziektebeloop van dementie komt probleemgedrag veel voor.¹⁴ Dit is een van de belangrijkste redenen voor opname in een zorginstelling.¹⁵ Zorgverleners interpreteren probleemgedrag vaak niet als het gevolg van een onvervulde behoefte, bijvoorbeeld honger of dorst, maar ook de aanwezigheid van onbehandelde pijn. Vaak wordt probleemgedrag gezien als een gevolg van de dementie zelf. Het gedrag wordt vaak behandeld met psychofarmaca, zoals haldol en lorazepam.¹⁶ Echter, de oorzaak van het probleemgedrag wordt daarmee niet aangepakt. Het gebruik van dergelijke medicatie is geassocieerd met ernstige bijwerkingen zoals een toename van cognitieve achteruitgang, valpartijen, cardiovasculaire incidenten en zelfs overlijden.¹⁷⁻¹⁹ Om te voorkomen dat onvervulde behoeften, zoals onbehandelde pijn, inadequaet worden behandeld, is het belangrijk dat probleemgedrag zoals agitatie en agressie opgemerkt wordt als een signaal, een rode vlag. Deze rode vlag dient aanleiding te geven tot verder onderzoek naar pijn als mogelijke oorzaak voor het probleemgedrag.

Fysiek functioneren

Fysiek functioneren of Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) zijn fundamentele vaardigheden welke nodig zijn om activiteiten zoals wassen, kleden, eten en lopen, zelfstandig te kunnen uitvoeren.^{20,21} Wanneer het niet mogelijk is deze activiteiten zelfstandig uit te voeren, is men afhankelijk van anderen en wordt er vaak een beroep gedaan op bijvoorbeeld thuiszorg of zorginstellingen. Met de achteruitgang van de dementie, gaat ook het ADL functioneren achteruit.^{22,23} Dit is een natuurlijk gevolg van de neuropathologische veranderingen in het brein welke ook de dementie veroorzaken. Met andere woorden, een achteruitgang in ADL functioneren is te verwachten, vooral in de laatste fase van de dementie. Desalniettemin is achteruitgang in ADL functioneren een complex fenomeen; naast de dementie zijn er ook andere factoren die een achteruitgang in ADL functioneren kunnen veroorzaken. Apathie en depressie, medicatiegebruik zoals antipsychotica (bijvoorbeeld haldol en lorazepam), maar ook pijn zijn voorbeelden van dergelijke factoren.²⁴⁻²⁶ Het is echter onduidelijk wat het (toegevoegde) effect van pijn op het ADL functioneren van mensen met dementie is.

Verpleeghuiszorg in Nederland

De zorg voor mensen met een gevorderde tot vergevorderde dementie (MMSE score 0-10, score 25-30: normaal cognitief functioneren) vindt vaak plaats in verpleeghuizen op zogenoemde psychogeriatrische afdelingen. Het aantal personen met dementie in 2021 in Nederland wordt geschat op 290.000 mensen.²⁷ Een geschatte 70.245 daarvan waren opgenomen in een zorginstelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis.²⁸ In het verpleeghuis wordt geïntegreerde, multidisciplinaire medische en paramedische zorg verleend door een multidisciplinair team bestaande uit een psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en een specialist ouderengeneeskunde.²⁹ Daarnaast is er een zorgteam wat 24 uur per dag, 7 dagen per week de zorg

verleent en zij zijn ook onderdeel van het multidisciplinaire team. Nederland is het enige land ter wereld wat een medisch specialisme ouderenzorg heeft.³⁰⁻³²

Beoordeling van pijn

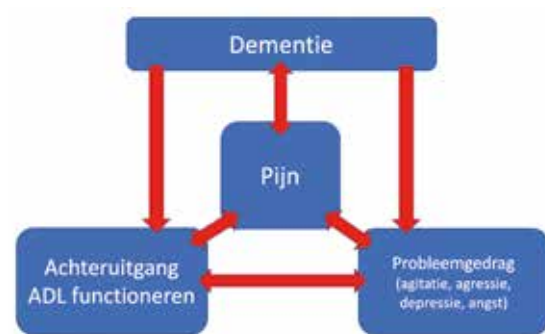
Door de complexe interactie tussen dementie, pijn, probleemgedrag en ADL is het herkennen van pijn moeilijk, vooral wanneer het verbaliseren van pijn nauwelijks of zelfs niet mogelijk is. Verschillende verbale en non-verbale gedragingen en veranderingen kunnen duiden op de aanwezigheid van pijn. Bijvoorbeeld zuchten, kreunen, ijsberen, agressie en een veranderd slaappatroon.³³ Wanneer zelfrapportage van pijn niet meer lukt, is directe observatie van de bewoner en daarbij gebruik maken van een pijnobservatieschaal, de meest belangrijke methode om pijn bij mensen met dementie te herkennen. De afgelopen jaren zijn er verschillende pijnobservatieschalen ontwikkeld, bijvoorbeeld de PACSLAC-D en de PAINAD.³⁴⁻³⁶ De psychometrische eigenschappen van deze instrumenten zijn echter niet goed onderzocht en door ontwikkeld.^{5,37} Ook zijn er verschillen in hoe de observatieschalen in de praktijk worden gebruikt en ontbreekt er een internationale standaard.³⁸

Onderzoeksvragen

Het primaire doel van dit proefschrift was om de complexe relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren bij mensen met dementie te onderzoeken (figuur 1). Het ontrafelen van deze relatie is belangrijk omdat het kan helpen in het toespitsen van verschillende behandelingen; moeten we pijn of juist het probleemgedrag behandelen, of moeten er interventies ingezet worden om achteruitgang in functioneren te voorkomen of stabiliseren?

Figuur 1

Interactie tussen dementie, pijn, probleemgedrag en ADL functioneren



Het eerste deel van dit proefschrift beschrijft de relatie tussen pijn, probleemgedrag zoals agitatie en agressie en er is speciale aandacht voor het effect van pijn op het ADL functioneren. Het tweede deel richt zich op de ontwikkeling en onderzoek van de psychometrische eigenschappen van een nieuwe observatieschaal om pijn bij mensen met dementie te kunnen meten: PAIC (Pain Assessment in Impaired Cognition). Dit proefschrift richt zich op zowel de Engelse als Nederlandse onderzoeksversie van de PAIC.

De volgende onderzoeksvragen werden behandeld:

Deel I. Relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren

1. Welke evidence is beschikbaar met betrekking tot de uitdagingen rondom pijnmanagement bij mensen met dementie, gericht op
 - a. De bijdrage van neuropathologische veranderingen in het brein op de pijnbeleving
 - b. de beoordeling van pijn
 - c. de behandeling van pijn
 - d. de organisatorische en onderwijskundige aspecten van pijn
2. Hoe sterk zijn de associaties tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren bij mensen met dementie?
3. Wat is de relatie tussen het beloop van pijn en een verandering in ADL functioneren, zowel ADL functioneren in het algemeen als op specifieke ADL-verrichtingen?

Deel II. Pain Assessment in Impaired Cognition: PAIC

4. Wat is de content validiteit van de Nederlandse versie van de Pain Assessment in Impaired Cognition?
5. Wat is de betrouwbaarheid van de 36 items van de Nederlandse versie van de PAIC, uitgedrukt in de 'observer agreement' en onderzocht in de klinische setting van het verpleeghuis?
6. Wat is de observer agreement en factoranalyse van de 36 items van de PAIC?

Overzicht bevindingen

Deel I

Antwoord op vraag 1: deze narratieve review beschrijft vier belangrijke perspectieven van pijnmanagement (figuur 2).³⁹ Allereerst het biologisch perspectief waaruit blijkt dat er tegenstrijdige onderzoeksbevindingen zijn over de impact van de neuropathologische veranderingen in het brein op de pijnbeleving. Er lijkt ook een verschil in pijnbeleving te zijn tussen de verschillende vormen van dementie. Mensen met vasculaire dementie lijken bijvoorbeeld meer pijn te ervaren in vergelijking met mensen met FTD. Het tweede perspectief beschrijft de beoordeling van pijn.

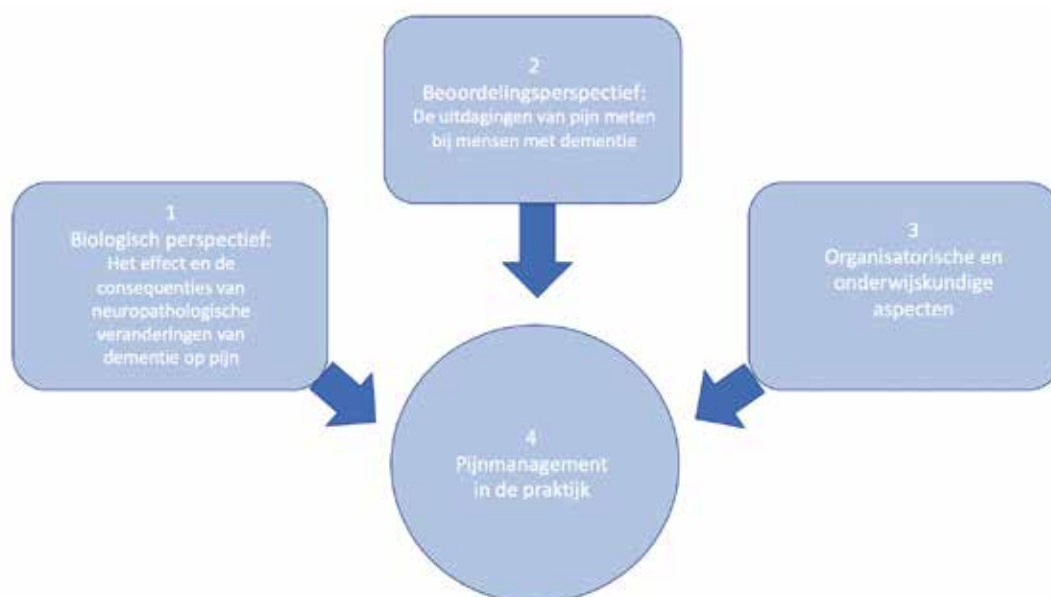
Door onder andere het verlies van communicatieve vaardigheden, is het verbaal uiten van pijn moeilijk en moet de beoordeling van pijn verschoven worden naar het observeren van gedragingen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van pijn, zoals agitatie en agressie. Hiervoor kunnen pijnobservatieschalen gebruikt worden. Wat betreft de behandeling van pijn (derde perspectief), blijkt dat er maar weinig bewijs is voor adequate inzet van pijnmedicatie, zoals paracetamol. Een systematische en stapsgewijze aanpak van pijn kan hierin ondersteunen. Er kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van de interventie: STAPsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas vermindert onbegrepen gedrag en pijn bij ouderen met een (vergevoerde) dementie: STA-OP!^{40,41} Daarin wordt op een systematische en multidisciplinaire wijze probleemgedrag geanalyseerd. Er is zowel aandacht voor een medicamenteuze aanpak als ook voor een niet-medicamenteuze aanpak, bijvoorbeeld het inzetten van snoezelen of fysiotherapie. Als vierde en laatste perspectief worden organisatorische en onderwijskundige aspecten besproken. Het gebrek aan interdisciplinair onderwijs en training van zorgmedewerkers over het onderwerp 'pijn' tezamen met een grote behoefte aan evidence based richtlijnen, maakt dat pijnmanagement in de dagelijkse praktijk een grote uitdaging is.

Antwoord op vraag 2 en 3: Pijn bij dementie heeft de afgelopen decennia veel aandacht gekregen, omdat er steeds meer bekend werd over de impact van pijn op de kwaliteit van leven bij mensen met dementie. Uit de systematische review blijkt echter dat er maar weinig studies zijn die de relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren hebben onderzocht en dat er vaak geen gebruik werd gemaakt van valide meetinstrumenten.⁴² Een meta-analyse laat zien dat de associaties tussen pijn en gedrag en vooral tussen pijn en ADL functioneren, zwak zijn.

Om de relatie tussen pijn en ADL functioneren nader te onderzoeken is er gebruik gemaakt van een longitudinale studie.⁴³ Hierin wordt het effect van pijn (gemeten met de

Figuur 2

Uitdaging in pijnmanagement bij mensen met dementie



Figuur 3
Nederlandse onderzoeksversie PAIC

1. Gezichtsuitdrukkingen

GEZICHTS- UITDRUKKINGEN	Betekenis item	Indica- tor	Indica- tor	Indica- tor
Gevingde uitdrukking	Gezichtsuitdrukking van pijn	0	1	2
Ervenen	Werkzaamheden omhoog brengen en samenstellen	0	1	2
Open verzuimen	Ongeduld samenstellen, met spanning rond de ogen	0	1	2
Open sluiten	Ogen actief sluiten, niet alleen sluiten	0	1	2
Bewerping omhoog trekken	Bewerping omhoogtrekken, hoofd rond naar voren plaatsen	0	1	2
Bevoende mond	Lippen en kaak van elkaar	0	1	2
Samengedruide lippen	Lippen zijn samengedrukt en lippen sluiten	0	1	2
Op elkaar geklemd tanden	Tanden en kaak zijn op elkaar geklemd met spanning in de kaak	0	1	2
Open laten geen enkele emotie of actieve gedachtegang zien, 'uitdrukkingloos'	Ogen laten geen enkele emotie of actieve gedachtegang zien, 'uitdrukkingloos'	0	1	2
Ongeduld omhoog trekken	Gezicht laat geen enkele interesse in de omgeving zien	0	1	2
Blauw gezicht	Blauw huidkleur	0	1	2
Betruide ogen	Wachten ogen (meer dan normaal)	0	1	2
Geopen- uitdrukking	Gezichtsuitdrukking is gespannen, bevoend	0	1	2
Verdringde uitdrukking	Gezichtsuitdrukking is dwang, aanwijzing of niet gelukkig	0	1	2
Er slecht sluiten	Gezichtsuitdrukking is ongeduldig, geheimhoudend of heeft verhoogde opgevoelde weer	0	1	2

2. Lichaamsbewegingen

LICHAAMS- BEWEGINGEN	Betekenis item	Indica- tor	Indica- tor	Indica- tor
Verlammen	Plotse beweging, verlamming van beweging, soms inbrengen	0	1	2
Wankelingen	Lichaam slecht opstellen, soms en soms inbrengen	0	1	2
Getilde handen	Handen gesloten, vasten maken, uitspreiden slecht verwijzen	0	1	2
Verzetten tegen zorg	Verzetten tegen verplaatsing of zorg, met meewerken	0	1	2
Druiven	Actief iemand of iets vasthouden	0	1	2
Beschermen	Aangezien lichaamsdeel beschermen, lichaamsdeel verwijzen, aanwijzing verwijzen, afwenden	0	1	2
Wijzen	Aanwijzing of meewerken van het aangegeven lichaamsdeel	0	1	2
Strampelen	Pijn veroorzaken door op een ongelukkige manier te lopen	0	1	2
Rusteloosheid	Wachten, in de handen vechten, heen en weer zwaaien	0	1	2
Wachten	Rusteloos heen en weer lopen; van ook in een trippelende toestand	0	1	2

3. Stemgeluiden

STEMGELUIDEN	Betekenis item	Indica- tor	Indica- tor	Indica- tor
Beledigende taal gebruiken	Verbalen, schelden, onbehoorlijke taal gebruiken	0	1	2
Pingsponnende woorden gebruiken	Pingsponnende woorden (soms wilt, wilt of 'dat doet pijn')	0	1	2
Herhalen van woorden	Een op twee herhalen van woorden of zinnen (soms duidelijk)	0	1	2
Klagen	Aangeven/klagen ongeduldig, om documenten te krijgen/of pijn te hebben	0	1	2
Roeppen	Hard stemgeluid gebruiken om iets te zeggen	0	1	2
Mompelen	Wachten en/of geluiden onduidelijk uitspreken	0	1	2
Schreeuwen	Hard en/of hoog stemgeluid gebruiken om geluiden te laten horen	0	1	2
Kruisen	Een laag, onovereenkomstig geluid maken	0	1	2
Halen	Samen, uitspreken, uitspreken of wachten	0	1	2
Fluierachtig gebruiken	Scherp, meesamen en/of juist aangegeven	0	1	2
Zuchten	Inademen en lang, meesamen uitspreken	0	1	2

PACSLAC-D)^{34,36,44} op ADL functioneren (gemeten met de Katz)²⁰ onderzocht. Niet alleen het effect van pijn op het ADL functioneren in het algemeen, maar ook op specifieke ADL-activiteiten is onderzocht. De resultaten uit deze studie laten zien dat pijn effect heeft op het ADL functioneren, onafhankelijk van het stadium van de dementie. Dit is een belangrijk gegeven, omdat met de progressie van de dementie het ADL functioneren ook achteruitgaat. Met andere woorden: een achteruitgang in ADL functioneren bij een bewoner met dementie kan ook komen door de aanwezigheid van pijn. Er mag niet louter vanuit worden gegaan dat de achteruitgang veroorzaakt wordt door de progressie van de dementie. Opvallend is dat pijn vooral een effect heeft op een achteruitgang in het maken van transfers en het zelfstandig eten en drinken. Er is meer onderzoek nodig om deze relatie nader te analyseren. In de systematische review wordt nog een ander opvallend detail beschreven, namelijk het niet tot nauwelijks gebruik maken van gevalideerde meetinstrumenten om pijn bij mensen met dementie te kunnen meten. Dit maakt het ontrafelen van de complexe relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren nog moeilijker. In deel 2 van dit proefschrift worden de ontwikkeling en de psychometrische eigenschappen van de PAIC beschreven: een nieuw instrument om pijn bij mensen met dementie te kunnen meten.

Deel II

Antwoord op vraag 4: Uit de narratieve en systematische review is gebleken dat het voor de beoordeling van pijn bij dementie essentieel is gebruik te maken van betrouwbare en gevalideerde pijnobservatieschalen, maar dat in de dagelijkse praktijk deze niet of nauwelijks worden toegepast, door onder andere een hoge ervaren werkdruk en gebrek aan onderwijs en training. Hierdoor besloot een groep internationale wetenschappers een nieuwe pijnobservatieschaal te ontwikkelen, welke gebaseerd is op de beste

meetinstrumenten die er tot nu toe ontwikkeld zijn, om uiteindelijk te komen tot een internationale standaard.³⁸ Deze pijnobservatieschaal heet Pain Assessment in Impaired Cognition; PAIC. De PAIC bevat de allerbeste items (in totaal 36) afkomstig uit 12 bestaande pijnobservatieschalen, waaronder de PACSLAC en de PAINAD. De items zijn verdeeld over 3 domeinen: 1) gezichtsuitdrukkingen, 2) lichaamsbewegingen en 3) stemgeluiden (figuur 3).

In een observationele studie wordt de content validiteit van de Nederlandse onderzoeksversie van de PAIC36 beschreven.⁴⁵ De content validiteit beschrijft in hoeverre de items van de PAIC36 meten wat we daadwerkelijk willen meten, namelijk pijn. Alle 36 items van de PAIC36 werden voorgelegd aan de beoogde gebruikers van de PAIC: 20 specialisten ouderengeneeskunde (SO) en 20 verzorgenden/verpleegkundigen. Zij hadden allen ervaring in het werken met mensen met dementie op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Het was geen vereiste om ervaring te hebben in pijn bij mensen met dementie of ervaring te hebben in het gebruik van een pijnmeetinstrument.

Per item moesten zij aangeven of het item indicatief en/of specifiek was voor pijn of juist specifiek voor een andere aandoening, bijvoorbeeld voor een depressie of dementie. De resultaten laten zien dat de items van de PAIC36 over het algemeen een goede content validiteit hebben. Opvallend was dat SO's en verzorgenden/verpleegkundigen vaak anders over de items dachten. Er was vooral weinig overeenstemming betreffende de items van het domein 'gezichtsuitdrukkingen'. De meeste overeenstemming werd gevonden over de items van het domein 'lichaamsbewegingen'. Het verschil in overeenstemming suggereert dat SO's en verzorgende/verpleegkundigen niet dezelfde taal spreken wanneer het over pijn gaat en dat er daarom behoefte is aan interdisciplinair onderwijs en training.

Figuur 4
PAIC-15

Naam cliënt:

Datum:

Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC 15)

Item	Betekenis items	Helemaal niet	Geringe mate	Gemiddelde mate	Hoge mate	Niet scorebaar
GEZICHTSUITDRUKKINGEN						
Fronsen	Wenkbrauwen omlaag bewegen en samentrekken	0	1	2	3	x
Ogen vernauwen	Oogleden samenknijpen, met spanning rond de ogen	0	1	2	3	x
Bovenlip omhoog trekken	Bovenlip omhooggetrokken, huid rond neus kan plooiën	0	1	2	3	x
Mond openen	Lippen en kaken van elkaar	0	1	2	3	x
Gespannen uitdrukking	Gezichtsuitdrukking is gespannen, bezorgd	0	1	2	3	x
LICHAAMSBEWEGINGEN						
Verstarren	Verstijving, vermijden van beweging, adem inhouden	0	1	2	3	x
Beschermen	Aangedaan lichaamsdeel beschermen, lichaamsdeel vasthouden, aanraking vermijden, afwenden	0	1	2	3	x
Verzetten tegen zorg	Verzetten tegen verplaatsing of zorg, niet meewerken	0	1	2	3	x
Wrijven	Aanraken of masseren van het aangedane lichaamsdeel	0	1	2	3	x
Rusteloosheid	Friemelen, in de handen knijpen, heen en weer wiegen	0	1	2	3	x
STEMGELUIDEN						
Pijngerelateerde woorden gebruiken	Pijnwoorden gebruiken zoals 'auw', 'ahh' of 'dat doet pijn'	0	1	2	3	x
Schreeuwen	Hard en/of hoog stemgeluid gebruiken om geluiden te uiten	0	1	2	3	x
Kreunen	Een laag, onsamenvattend geluid maken	0	1	2	3	x
Mompelen	Woorden en/of geluiden onduidelijk uitspreken	0	1	2	3	x
Klagen	Aangeven/zeggen ongelukkig, ziek of oncomfortabel te zijn en/of pijn te hebben	0	1	2	3	x
Totaal =						

In welke situatie heb je de cliënt geobserveerd?

- ☐ Tijdens rust
- ☐ Tijdens algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), namelijk:
- ☐ Tijdens een passieve beweging, namelijk:



Antwoord op vraag 5 en 6: Een volgende stap in de ontwikkeling van de PAIC36 was het onderzoeken van de betrouwbaarheid van het meetinstrument: of de observaties tussen verschillende beoordelaars vergelijkbaar zijn (observer agreement). De eerste observationele studie is verricht in vijf Nederlandse verpleeghuizen.⁴⁶ Een tweede, multicenter, observationele studie naar de validiteit, betrouwbaarheid en factor analyse van de PAIC36 werd uitgevoerd in vier Europese landen: Italië, Servië, Spanje en Nederland.⁴⁷

In de Nederlandse observationele studie werden in totaal 45 bewoners met een gevorderde tot vergevorderde demantie geobserveerd door zorgmedewerkers (observatoren).

De observatoren bestonden uit verzorgenden en verpleegkundigen met een minimumleeftijd van 18 jaar en tenminste 3 maanden ervaring in de zorg voor mensen met een demantie. De observatoren werden tijdens een korte trainingssessie van ongeveer 30 minuten waarin gebruik gemaakt werd van o.a. een trainingvideo, geïnstrueerd hoe de PAIC in te vullen. De trainingssessie waren bewust kort, omdat het de bedoeling is dat de PAIC op een betrouwbare manier gebruikt kan worden zonder uitgebreide training. De observaties vonden plaats tijdens rust en tijdens beweging gedurende standaard zorghandelingen, zoals bijvoorbeeld het maken van een transfer ('care as usual'). Elke bewoner werd gedurende 5 tot 10 minuten geobserveerd door vier verschillende observatoren:

- Dag 1: interobserver agreement > twee verzorgenden/verpleegkundigen observeerden de bewoner tijdens rust op hetzelfde moment, maar onafhankelijk van elkaar
- Dag 2: intraobserver agreement > de bewoner van dag 1 werd door 1 van de verzorgende/verpleegkundige van de eerste dag geobserveerd tijdens rust

Deze observaties werden herhaald op dag 3 en dag 4 bij dezelfde bewoner tijdens beweging (bijvoorbeeld tijdens een transfer), maar door een ander paar verzorgenden/verpleegkundigen.

Van elk item van de PAIC36 werd vervolgens de prevalentie en de observer agreement onderzocht. Deze studie laat zien dat vooral de items uit de domeinen 'lichaamsbewegingen' en 'stemgeluiden' een hoge observer agreement hebben (>70%). De prevalentie van deze items was echter laag, vooral tijdens rust. De items van het domein 'gezichtsuitdrukkingen' hadden een lager percentage observer agreement (70%). Ook hier zagen we dat observer agreement van enkele items van het domein 'gezichtsuitdrukkingen' lager was. Dit gold bijvoorbeeld voor de items: 'lege blik' en een 'gespannen gezichtsuitdrukking'. Een opvallende bevinding in de Europese observationele studie was dat er vooral in Nederland een lagere overeenstemming betreffende de items van het domein 'gezichtsuitdrukkingen' gevonden werd. Mogelijk omdat juist in Nederland minder onderwijs en training in het gebruik van dergelijke meetinstrumenten gegeven wordt. Er werd ook een factoranalyse uitgevoerd. De factoranalyse werd gebruikt om te kijken of er onderliggende factoren/ patronen zijn in de verschillende items. Items die vergelijkbare patronen hebben worden bij elkaar geplaatst. De factoranalyse liet zes onderliggende patronen/factoren zien: verbale expressie van pijn, (anatomisch gestandaardiseerde) gezichtsuitdrukkingen, beschermende lichaamsbewegingen, verbaal verzet, gespannenheid en verminderde emotionele reactie. Op basis van de resultaten van

beide observationele studies én de resultaten van de studie naar de content validiteit, kan geconcludeerd worden dat observaties middels de PAIC36 goed uitgevoerd kunnen worden. Echter, een pijnobservatieschaal bestaand uit 36 items is te omvangrijk om te implementeren in de praktijk. Itemreductie was daarom een belangrijke stap in de ontwikkeling van de PAIC en de resultaten hierboven beschreven hebben daaraan bijgedragen. Uiteindelijk heeft dit geleid tot de definitieve klinische pijnobservatieschaal: PAIC15 (figuur 4).⁴⁸ Op dit moment lopen er verschillende onderzoeken naar de implementatie en effectiviteit van de PAIC15, waaronder bij het Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland (UNC-ZH) in Leiden en bij het Universitair Netwerk Ouderenzorg (UNO-UMCG) in Groningen.

Discussie

Uit het eerste deel van dit proefschrift komt naar voren dat pijnmanagement bij mensen met demantie, waaronder het regulier gebruik van pijnobservatieschalen, slecht geïmplementeerd is. Daarentegen is ook uit onderzoek gebleken dat de implementatie van een pijnobservatieschaal alleen niet voldoende is om de pijn bij mensen met demantie te verlagen. Het is dus belangrijk dat we verder denken dan alleen meetinstrumenten en ons richten op een systematische aanpak van pijn. De beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde: Verenso heeft daarom de multidisciplinaire richtlijn 'Pijn; Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen' opgesteld.⁴⁹ Echter, er zijn verschillende aandachtspunten, zowel op organisatieniveau als aandachtspunten betreffende interdisciplinair onderwijs/training. Op organisatieniveau is het vooral belangrijk om een multidisciplinair pijnteam te implementeren,⁵⁰ een individueel zorg- en behandelplan op te stellen, goede samenwerking tussen artsen en verpleging, gebruik maken van een evidence based programma zoals STA-OP!^{40,51,52} en aandacht voor implementatiestrategieën waarin het o.a. belangrijk is om aandacht te hebben voor implementatie barrières.⁵³⁻⁵⁵ Daarnaast is het van belang om gebruik te maken van zogeheten 'pain champions'.^{53,56} Pain champions zijn getrainde zorgprofessionals (bijvoorbeeld een verpleegkundige) op de werkvloer die collega's kunnen motiveren en onderwijzen over bijvoorbeeld het inzetten van een pijnmeetinstrument. Zij vormen de brug tussen de verpleging en artsen en fungeren als de drijvende kracht achter het integreren van de pijnobservatie in de dagelijkse praktijk.^{53,57} Uit dit proefschrift blijkt dat verpleging en artsen niet dezelfde taal spreken en daarom is het van belang dat er aandacht is voor interdisciplinaire onderwijsvormen en dat er verschillende vormen van onderwijs en training, zowel in de basisopleidingen als nascholingen, gecombineerd worden.^{25,53,58,59}

Toekomstperspectief

Om de relatie tussen pijn en ADL functioneren nader te onderzoeken zijn er niet alleen meer longitudinale studies nodig, maar kunnen ook N=1 studies een alternatief zijn.⁶⁰ Hoewel niet breed geaccepteerd in medisch onderzoek, wordt een N=1 studie gezien als een ideale studieopzet om causaliteit te onderzoeken op individueel niveau.⁶¹ Veel onderzoek betreft interventies op groepsniveau.⁶² De relatie tussen pijn, probleemgedrag en ADL functioneren bij mensen met demantie is deels reciprook en daardoor moeilijk te onderzoeken in grote klinische trials

waarin de heterogeniteit van de studiepopulatie vaak groot is. N=1 studies bevatten belangrijke elementen van klinische trials, zoals randomisatie en blinding, maar hebben een meer flexibele benadering waarin de deelnemer als controle fungeert.

Om ervoor te zorgen dat de PAIC15 daadwerkelijk geïmplementeerd en gebruikt wordt zijn verschillende aanvullende studies nodig waaronder onderzoek naar de responsiviteit. Ook is het belangrijk om te kijken naar het gebruik van de PAIC15 bij andere patiëntengroepen, zoals mensen met de ziekte van Parkinson, mensen met een afasie en/of aangezichtsverlamming en mensen met de ziekte van Huntington.^{63,64}

Conclusie

De resultaten en aanbevelingen die voortgekomen zijn uit dit proefschrift kunnen bijdragen aan het verbeteren van het pijnmanagement bij mensen met dementie. Denk aan de onmisbare onderwijs- en trainingsprogramma's en implementatie strategieën. Een van de belangrijkste bevindingen is dat, naast probleemgedrag, ook een achteruitgang in ADL functioneren een rode vlag is voor de aanwezigheid van pijn. De klinische boodschap is dan ook: wanneer er een achteruitgang in ADL functioneren wordt opgemerkt, moet dit niet automatische toegeschreven worden aan de progressie van de dementie. Er moeten ook andere oorzaken overwogen worden waarvan pijn absoluut tot de differentiaaldiagnose behoort.

De ontwikkeling van de PAIC markeerde het startpunt van het creëren van een robuust, valide en betrouwbaar en internationaal meta-tool om pijn te kunnen meten bij mensen met dementie. Een instrument wat zowel in de kliniek als in wetenschappelijk onderzoek gebruikt kan worden. Momenteel wordt er nog steeds onderzoek gedaan naar de PAIC15 onder andere naar de uitvoerbaarheid en de klinische bruikbaarheid bij andere doelgroepen, zoals mensen met de ziekte van Huntington.

Link digitale proefschrift: https://www.lumc.nl/sub/9600/att/Proefschrift_Annelore_van_Dalen-Kok

Meer informatie:

PAIC15.com met onder andere een gratis E-training (geaccrediteerd voor verpleegkundigen)
<https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/toolbox-pijn> voor de Toolbox Pijn met onder andere een stappenplan voor de implementatie van de PAIC15

Wat is al bekend:

- Pijn bij mensen met dementie komt veel voor; ongeveer 50% van de mensen met dementie heeft pijn.
- Neuropathologische veranderingen in het brein die verantwoordelijk zijn voor de dementie hebben ook invloed op het waarnemen en verwerken van pijn.
- Het herkennen en detecteren van pijn bij mensen met dementie is moeilijk.

Wat voegen deze studies toe:

- Pijnmanagement bij mensen met dementie is een uitdaging en behoeft op verschillende vlakken aandacht, waaronder het beoordelen van de pijn.
- De relatie tussen dementie, pijn, probleemgedrag en ADL functioneren is complex en er wordt vaak geen gebruik gemaakt van valide meetinstrumenten.
- Een achteruitgang in ADL functioneren is een rode vlag voor de aanwezigheid van pijn, onafhankelijk het stadium van de dementie.
- De PAIC15 is een veelbelovende pijnobservatieschaal om pijn bij mensen met dementie te kunnen meten.
- Interdisciplinaire onderwijsvormen waaraan verschillende zorgprofessionals tegelijkertijd deelnemen kunnen bijdragen aan het verbeteren van pijnmanagement bij mensen met dementie.



Correspondentieadres

Dr. A.H. van Dalen-Kok
Verpleeghuis Mariahoeve
Hofzichtlaan 115, 2594 XZ Den Haag.
Telefoonnummer: 06-51227831
E-mail: Annelore.van.Dalen@Florence.nl/
a.h.van_dalen@lumc.nl

Literatuur

- WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva 2010
- Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2(11):677-86. doi: S1474442203005568 [pii]
- Feldt KS, Warne MA, Ryden MB. Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *JGerontolNurs* 1998; 24(11):14-22.
- Duncan R, Francis RM, Collerton J, et al. Prevalence of arthritis and joint pain in the oldest old: findings from the Newcastle 85+ study. *Age Ageing* 2011; 40(6):752-5. doi: 10.1093/ageing/afr105 [published Online First: 2011/09/23]
- Corbett A, Husebo B, Malmangio M, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *NatRevNeurol* 2012; 8(5):264-74. doi: nrneurol.2012.53 [pii];10.1038/nrneurol.2012.53 [doi]
- Maxwell CJ, Dalby DM, Slater M, et al. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients. *Pain* 2008; 138(1):208-16. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.007 [published Online First: 2008/06/03]
- van Kooten J, Smalbrugge M, van der Wouden JC, et al. Prevalence of Pain in Nursing Home Residents: The Role of Dementia Stage and Dementia Subtypes. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18(6):522-7. doi: 10.1016/j.jamda.2016.12.078 [published Online First: 2017/02/27]
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161(9):1976-82. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939 [published Online First: 2020/07/23]
- Scherder E, Herr K, Pickering G, et al. Pain in dementia. *Pain* 2009; 145(3):276-8. doi: 10.1016/j.pain.2009.04.007 [published Online First: 2009/05/05]
- Oosterman JM, van Harten B, Weinstein HC, et al. Pain intensity and pain affect in relation to white matter changes. *Pain* 2006; 125(1-2):74-81.
- Craig KD. The social communication model of pain. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 2009; 50(1):22.
- Craig KD. Social communication model of pain. *Pain* 2015; 156(7):1198-9. doi: 10.1097/j.pain.000000000000185
- Loeser JD. Pain and suffering. *Clin J Pain* 2000; 16(2 Suppl):S2-6. doi: 10.1097/00002508-200006001-00002
- Corbett A, Smith J, Creese B, et al. Treatment of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *CurrTreatOptionsNeurol* 2012; 14(2):113-25. doi: 10.1007/s11940-012-0166-9 [doi]
- Holzer S, Warner JP, Iliffe S. Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs Aging* 2013; 30(9):667-76. doi: 10.1007/s40266-013-0098-4 [published Online First: 2013/06/19]
- Bartels SJ, Horn SD, Smout RJ, et al. Agitation and depression in frail nursing home elderly patients with dementia: treatment characteristics and service use. *AmJGeriatrPsychiatry* 2003; 11(2):231-8.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294(15):1934-43. doi: 10.1001/jama.294.15.1934 [published Online First: 2005/10/20]
- Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355(15):1525-38. doi: 10.1056/NEJMoa061240 [published Online First: 2006/10/13]
- Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, et al. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 2009; 5(5):245-55. doi: 10.1038/nrneurol.2009.39 [published Online First: 2009/06/03]
- Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31(12):721-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x [published Online First: 1983/12/01]
- Bienkiewicz MM, Brandi ML, Goldenberg G, et al. The tool in the brain: apraxia in ADL. Behavioral and neurological correlates of apraxia in daily living. *Front Psychol* 2014; 5:353. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00353 [published Online First: 2014/05/06]
- Farias ST, Harrell E, Neumann C, et al. The relationship between neuropsychological performance and daily functioning in individuals with Alzheimer's disease: ecological validity of neuropsychological tests. *Arch Clin Neuropsychol* 2003; 18(6):655-72. [published Online First: 2003/11/01]
- Farias ST, Park LQ, Harvey DJ, et al. Everyday cognition in older adults: associations with neuropsychological performance and structural brain imaging. *J Int Neuropsychol Soc* 2013; 19(4):430-41. doi: 10.1017/S1355617712001609 [published Online First: 2013/02/02]
- Husebo BS, Ballard C, Fritze F, et al. Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29(8):828-36. doi: 10.1002/gps.4063
- Sandvik RK, Selbaek G, Seifert R, et al. Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. *Eur J Pain* 2014; 18(10):1490-500. doi: 10.1002/ejp.523
- Aasmul I, Husebo BS, Flo E. Staff Distress Improves by Treating Pain in Nursing Home Patients With Dementia: Results From a Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52(6):795-805. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.07.004 [published Online First: 2016/08/16]
- Francke AL, vdH, de Bruin S, Gijzen R, Poos R, Verbeek M, et al. Een samenhangend beeld van demencie en dementiezorg: kerncijfers, behoeften, aanbod en impact. *Themaportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Nivel* 2018
- RIVM. Available at: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-persoon-en-met-dementie-zorg> Accessed July 2020 |
- Koopmans RT, Lavrijsen JC, Hoek JF, et al. Dutch elderly care physician: a new generation of nursing home physician specialists. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(9):1807-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03043.x [published Online First: 2010/09/25]
- Koopmans R, Pellegrom M, van der Geer ER. The Dutch Move Beyond the Concept of Nursing Home Physician Specialists. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18(9):746-9. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.013 [published Online First: 2017/07/03]
- Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, et al. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(3):244-9. doi: 10.1002/gps.816 [published Online First: 2003/03/19]
- Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(3):207-12. doi: 10.1097/01.JAM.0000123031.43619.60 [published Online First: 2004/04/30]
- AGS PoPPIOP. The management of persistent pain in older persons. *JAmGeriatrSoc* 2002; 50(6 Suppl):S205-S24. doi: jgs5071 [pii]
- Fuchs-Lacelle S, Hadjstavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain ManagNurs* 2004; 5(1):37-49. doi: S152490420300122X [pii]
- Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *JAmMed-DirAssoc* 2003; 4(1):9-15. doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7 [doi];S1525-8610(04)70258-3 [pii]
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, et al. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006; 6:3. doi: 10.1186/1471-2318-6-3
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006; 126(1-3):210-20. doi: S0304-3959(06)00353-8 [pii];10.1016/j.pain.2006.06.029 [doi]
- Corbett A, Achterberg W, Husebo B, et al. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol* 2014; 14(1):229. doi: 10.1186/s12883-014-0229-5
- Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, et al. Pain management in patients with dementia. *ClinIntervAging* 2013; 8:1471-82. doi: 10.2147/CIA.S36739 [doi];cia-8-1471 [pii]
- Pieper MJ, Francke AL, van der Steen JT, et al. Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(2):261-9. doi: 10.1111/jgs.13868

41. Vilans. STA-OP! <https://www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-sta-op> 2018
42. van Dalen-Kok AH, Pieper MJ, de Waal MW, et al. Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2015; 15(1):49. doi: 10.1186/s12877-015-0048-6
43. van Dalen-Kok AH, Pieper MJC, de Waal MWM, et al. The impact of pain on the course of ADL functioning in patients with dementia. *Age Ageing* 2020 doi: 10.1093/ageing/afaa247 [published Online First: 2020/12/11]
44. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *J Adv Nurs* 2007; 58(5):493-502. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04255.x [doi]
45. van Dalen-Kok AH, Achterberg WP, Rijkman WE, et al. Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC): content validity of the Dutch version of a new and universal tool to measure pain in dementia. *Clin Interv Aging* 2018; 13:25-34. doi: 10.2147/CIA.S144651
46. van Dalen-Kok AH, Achterberg WP, Rijkman WE, et al. Pain assessment in impaired cognition: observer agreement in a long-term care setting in patients with dementia. *Pain Manag* 2019; 9(5):461-73. doi: 10.2217/pmt-2019-0025 [published Online First: 2019/08/14]
47. de Waal MWM, van Dalen-Kok AH, de Vet HCW, et al. Observational pain assessment in older persons with dementia in four countries: Observer agreement of items and factor structure of the Pain Assessment in Impaired Cognition. *Eur J Pain* 2020; 24(2):279-96. doi: 10.1002/ejp.1484 [published Online First: 2019/09/15]
48. Kunz M, de Waal MWM, Achterberg WP, et al. The Pain Assessment in Impaired Cognition scale (PAIC15): A multidisciplinary and international approach to develop and test a meta-tool for pain assessment in impaired cognition, especially dementia. *Eur J Pain* 2020; 24(1):192-208. doi: 10.1002/ejp.1477 [published Online First: 2019/09/06]
49. Verenso. Multidisciplinaire richtlijn Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen [Multidisciplinary Guideline Recognition and treatment of pain in vulnerable elderly]. Utrecht, The Netherlands 2011, update 2016
50. Hadjistavropoulos T, Marchildon GP, Fine PG, et al. Transforming long-term care pain management in north america: the policy-clinical interface. *Pain Med* 2009; 10(3):506-20. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00566.x [published Online First: 2009/03/04]
51. Pieper MJC, van der Steen JT, Francke AL, et al. Effects on pain of a stepwise multidisciplinary intervention (STA OP!) that targets pain and behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med* 2018; 32(3):682-92. doi: 10.1177/0269216316689237 [published Online First: 2017/02/02]
52. Pieper MJ, Achterberg WP, Francke AL, et al. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2011; 11:12. doi: 10.1186/1471-2318-11-12 [pii];10.1186/1471-2318-11-12 [doi]
53. Brunkert T, Simon M, Zuniga F. Use of Pain Management Champions to Enhance Guideline Implementation by Care Workers in Nursing Homes. *Worldviews Evid Based Nurs* 2021 doi: 10.1111/wvn.12499 [published Online First: 2021/03/19]
54. Coker E, Papaioannou A, Kaasalainen S, et al. Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults on acute medical units. *Appl Nurs Res* 2010; 23(3):139-46. doi: 10.1016/j.apnr.2008.07.003 [published Online First: 2010/07/21]
55. Pieper MJC, Achterberg WP, van der Steen JT, et al. Implementation of a Stepwise, Multidisciplinary Intervention for Pain and Challenging Behaviour in Dementia (STA OP!): A Process Evaluation. *Int J Integr Care* 2018; 18(3):15. doi: 10.5334/ijic.3973 [published Online First: 2018/09/18]
56. Groot Kormelinck CM, Janus SIM, Smalbrugge M, et al. Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *Int Psychogeriatr* 2020; 1-17. doi: 10.1017/S1041610220000034 [published Online First: 2020/02/08]
57. Jonsdottir T, Gunnarsson EC. Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Manag Nurs* 2020 doi: 10.1016/j.pmn.2020.11.002 [published Online First: 2020/12/19]
58. Munoz-Narbona L, Cabrera-Jaime S, Lluch-Canut T, et al. E-Learning course for nurses on pain assessment in patients unable to self-report. *Nurse Educ Pract* 2020; 43:102728. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102728 [published Online First: 2020/03/04]
59. Kutschar P, Berger S, Brandauer A, et al. Nursing Education Intervention Effects on Pain Intensity of Nursing Home Residents with Different Levels of Cognitive Impairment: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Pain Res* 2020; 13:633-48. doi: 10.2147/JPR.S237056 [published Online First: 2020/04/11]
60. de Siqueira S, Rolim TS, Teixeira MJ, et al. Oral infections and orofacial pain in Alzheimer's disease: Case report and review. *Dement Neuropsychol* 2010; 4(2):145-50. doi: 10.1590/S1980-57642010DN40200012 [published Online First: 2010/04/01]
61. Vandenbroucke JP. [The N-of-1 trial: the ideal study design that is underused]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150(51):2794-5. [published Online First: 2007/01/16]
62. Lillie EO, Patay B, Diamant J, et al. The n-of-1 clinical trial: the ultimate strategy for individualizing medicine? *Per Med* 2011; 8(2):161-73. doi: 10.2217/pme.11.7 [published Online First: 2011/06/23]
63. Sprenger GP, van der Zwaan KF, Roos RAC, et al. The prevalence and the burden of pain in patients with Huntington disease: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2019; 160(4):773-83. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001472 [published Online First: 2019/03/20]
64. Neeltje J. (Carolien) de Vries PHS, Wilco P. Achterberg. Pain and pain assessment in stroke patients with aphasia: a systematic review. *Aphasiology* 2017; 31(6):703-19. doi: 10.1080/02687038.2016.1254150

De psycholoog als pijnbehandelaar

De rol van de psycholoog: waar staan we en waar willen we naartoe

Dr. H. Samwel,¹ Dr. L. Zonneveld,² Dr. D. Stronks,³ Drs. J. Reitsma -Lutjes,⁴ Drs. P. Koetsier⁵

Samenvatting

De onderzoeksliteratuur laat zien dat psychologische factoren een belangrijke rol spelen bij het proces van chronificatie van pijn en de ervaren pijnintensiteit. Tegelijk wordt vastgesteld dat psychologen die werken binnen de Nederlandse chronische pijnzorg op dit moment niet goed georganiseerd zijn en dat er mede daarom geen consensus bestaat over een overkoepelende visie op de rol van de psycholoog in de zorg voor patiënten met chronische pijn. Dit heeft tot gevolg dat de samenwerking met andere disciplines in de pijnzorg niet optimaal is wat een negatief effect heeft op de kwaliteit van zorg.

In 2021 heeft het Netwerk Pijnpsychologen (in oprichting) daarom het initiatief genomen om een visie te ontwikkelen en daarmee op de langere termijn via het participeren in, en ontwikkelen van multidisciplinair pijnonderwijs de visie vorm te geven binnen de zorg. Het onderhavige artikel is de weerslag van dit initiatief en het perspectief dat het netwerk voor ogen heeft.

1 Inleiding

"Pijn is van iedereen en tegelijkertijd van niemand", zo is te lezen in het *Rapport Chronische pijn* 2011, van de Regieraad Kwaliteit van Zorg onder leiding van Frank J.P.M. Huygen, bijzonder hoogleraar Anesthesiologie aan het Erasmus MC. De geneeskunde wordt in toenemende mate geconfronteerd met mensen met pijn waar een medisch-technische benadering niet toereikend is. Nederland telt meer dan 2 miljoen mensen met pijn die langer aanhoudt dan zes maanden.¹ In vergelijking met andere aandoeningen zoals diabetes, kanker en coronaire hartziekten, zijn zowel de prevalentie als de maatschappelijke kosten van aanhoudende pijn hoger.^{1,2} De WHO heeft chronische pijn met ingang van 2022 geclassificeerd als onafhankelijke diagnose. Aanhoudende pijn wordt daarmee niet langer beschouwd als symptoom van een aandoening maar als een op zichzelf staande ziekte, "a disease in it's own right".³

Het langdurig ervaren van pijn heeft enorme invloed op het dagelijkse leven van een mens en op diens gezondheid. De aanhoudende pijn, als stresstoestand, heeft bijvoorbeeld een grote impact op de stemming. Depressie is de meest voorkomende comorbiditeit bij pijn. Studies laten verschillende cijfers zien maar tonen aan dat tot bij 85% van de mensen de pijn vergezeld wordt door een depressieve grondstemming.⁴ Hoe erger de ervaren pijn, des te groter de mate van depressie. Mensen die lijden aan aanhoudende pijn en depressie vertonen een slechtere prognose zowel voor pijn als voor de depressie dan ieder van deze condities apart. De studie van Campbell et al toont aan dat deze groep mensen tweemaal vaker dan gemiddeld signalen van suïcidaal gedrag vertoont en/of

een suïcidepoging onderneemt. Er zijn sterke aanwijzingen dat de aanhoudende pijn zelf de risicofactor is voor suïcide. Racine stelt dat de mentale verslagenheid, hooploosheid, het gevoel ander tot last te zijn en nergens meer bij te horen, factoren zijn die geassocieerd zijn met (ideatie over of pogingen tot) suïcide. En juist deze gevoelens en gedachten komen vaak bij mensen met aanhoudende pijn voor.^{5,6}

Ongeveer 2 à 3% van de ruim twee miljoen mensen met aanhoudende pijn, loopt vast in de diagnostiek- en/of behandelfase. Ondanks de wisselwerking tussen lichaam en psyche bij pijn blijft deze groep vaak naar antwoorden zoeken in de biomedische gezondheidszorg. Zelfs als deze zorg geen verdere antwoorden meer biedt, wat de ervaren machteloosheid vergroot.⁷ De psychologische zorg functioneert vaak als een "last-resort" wanneer eerdere (vaak biomedisch of paramedische) behandelingen onvoldoende effectief waren en de patiënt nog altijd pijn ervaart, (maatschappelijk) disfunctioneert met vaak een hoge lijdensdruk en ervaren onbegrip.

Om de lijdensdruk voor de patiënt, zijn sociale omgeving en de maatschappij vroegtijdig te verminderen is het van wezenlijk belang dat zowel bij subacute alsook bij aanhoudende pijn in de diagnostische fase zowel biologische alsook psychologische en sociale factoren onderzocht worden om de wisselwerking ervan te kunnen herkennen en tijdig in het behandelbeleid mee te nemen. Alleen deze zorgstrategie is in overeenstemming van de Zorgstandaard Chronische Pijn en doet recht aan het inmiddels breed gedragen biopsychosociale model voor pijn als theoretisch kader.⁸

Empirische evidentie voor het biopsychosociale model als theoretisch kader.

Vóór de jaren zestig werd chronische pijn in de eerste plaats als een medisch probleem beschouwd. Een probleem dat (dus) een biomedische behandeling vereist, bijvoorbeeld een medicamenteuze of een chirurgische. Meer en meer bleek echter dat de effectiviteit van deze biomedische interventies veel te wensen overliet. Voor verschillende van deze interventies bestaat qua werkzaamheid onvoldoende empirische evidentie. Daarnaast bleek dat sommige medische handelingen zelfs tot (extra) schade leidden die de pijnintensiteit versterkten, oftewel iatrogene schade tot gevolg hadden.^{9,10}

Vanaf het einde van de jaren zestig begonnen psychologen verklaringsmodellen uit hun vakgebied toe te passen op de pijn ten einde chronische pijn beter te leren begrijpen. Een groeiend aantal studies toonde de invloed en impact aan van psychosociale factoren op de pijn

1. Klinisch psycholoog en Programmaleider: Revalis Clinics voor Chronische pijn en vermoeidheid. 2. Klinisch psycholoog: Amsterdam UMC, afd. Medische Psychologie, afdeling Anesthesiologie, poli Pijn geneeskunde. 3. Onderzoeker / psycholoog: EMC, afdeling Pijn geneeskunde. Recent gepensioneerd. 4. Gezondheidszorgpsycholoog: vrijgevestigd. 5. Cognitief gedragstherapeut / psycholoog NIP: vrijgevestigd.

en op de coping met de pijn.^{11,12,13,14,15} De psychosociale variabelen omvatten onder anderen angst, stemmingsstoornissen, psychotrauma, economische ongelijkheid, interpersoonlijke en culturele omgevingsfactoren. Ook pijn-gerelateerde psychosociale variabelen blijken pijn te beïnvloeden, zoals catastrofen ten aanzien van pijn, verwachtingen ten aanzien van het pijnbeloop en pijn-gerelateerde coping.¹⁶ De brede klinische steun voor het begrijpen van chronische pijn met behulp van het biopsychosociale model ten opzichte van het biomedische model werd hiermee ook empirisch sterk verankerd.

Niet alleen begonnen psychologen hun vakgebied in te zetten om chronische pijn te begrijpen, maar ook om deze te behandelen. Verschillende psychologische interventies werden ontwikkeld op basis van de verbinding tussen psychologische theorieën en het biopsychosociale model. Er werden gedragsinterventies ontwikkeld vanuit het operante conditioneringsmodel door Wilbert Fordyce en zijn collega's eind jaren 60 en begin jaren 70.^{17,18} Daarnaast werden cognitieve pijninterventies ontwikkeld aan de hand van het Cognitie (Gedrags) model.^{19,20,21,22,23,24} Vooral het werk van Dennis Turkis belangrijk geweest omdat hij de cognitieve en gedragsinterventies met elkaar verbond en daarmee de effectiviteit versterkte.²⁵

Hierdoor ontstond er een paradigma verschuiving, namelijk van één dat chronische pijn puur vanuit een biomedisch perspectief beschouwt (een "ziektemodel")¹⁸ naar één dat pijn vanuit een biopsychosociaal perspectief benadert. Deze biopsychosociale benadering beschrijft pijn als een multidimensionale, dynamische integratie tussen biologische, psychologische en sociale factoren die elkaar wederzijds beïnvloeden.^{26,27} De Zorgstandaard Chronische Pijn (2017) stelt dan ook: "Gegeven de complexiteit van de pijnresponse en de overgang naar chroniciteit is het van belang dat pijn wordt beschreven en behandeld op basis van het biopsychosociale model. Een belangrijk uitgangspunt van dit biopsychosociale model is dat het ontstaan, het beloop en de beleving van chronische pijn worden beïnvloed door omgeving, cognities, emoties, verwachtingen, fysieke gesteldheid en gedrag. Andersom beïnvloedt chronische pijn het psychologisch welzijn en de sociale relaties. Aangrijpingspunten voor behandeling of preventie van chronische pijn moeten dan ook geïdentificeerd worden met behulp van een inventarisatie van mechanische en neurobiologische processen en het in kaart brengen van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en contextuele factoren."

De empirische evidentie voor de invloed van psychosociale factoren op pijn neemt in de laatste decennia verder toe bijvoorbeeld door het onderzoek naar de effectiviteit van interventies op basis van cognitieve gedragstherapie, medische hypnose, mindfulness en op acceptatie gebaseerde modellen.²⁸

2 De organisatie van de pijnzorg

Ondanks de ambitie en aanbeveling om pijn vanuit het biopsychosociale model te diagnosticeren en te behandelen blijkt dit in de praktijk moeilijk te realiseren. Recente studies tonen aan dat zowel huisartsen als paramedici slechts in geringe mate psychosociale factoren als gespreksonderwerp introduceren, terwijl bij deze disciplines vaak de pijnzorg voor patiënten met pijn start.^{29,30,31,32}

Logischerwijs dient de eerste stap van een arts te zijn om pijn verklarende acute medische aandoening te di-

agnosticeren, te behandelen en/of uit te sluiten. Parallel hieraan zou de arts echter ook de psychosociale factoren ervan in kaart moeten brengen. Artsen voelen zich echter niet alleen onvoldoende competent om psychosociale factoren te bespreken, hun gedragsmatige interventies blijken aanhoudende lichamelijke klachten op de langere termijn ook onvoldoende te beïnvloeden.³³ Ook fysiotherapeuten hebben het idee onvoldoende vaardigheden te hebben en/of te kunnen verwerven om succesvol de psychosociale factoren te adresseren, terwijl het KNGF recent aangaf dat ook fysiotherapeuten een signalerende functie hebben.^{32,33} Het resultaat is, dat de (pijn-gerelateerde) psychosociale factoren en coping strategieën in de huidige pijndiagnostiek onvoldoende onderzocht en/of opgemerkt worden. En daar waar ze opgemerkt worden, worden ze nog te weinig geïntegreerd binnen het behandelbeleid.

Een passende oplossing zou kunnen zijn om de psycholoog eerder in de pijnzorg te betrekken, in plaats als "last resort". Ons inziens zou de psycholoog in de eerste lijn als diagnosticus en -op indicatie- als behandelaar vanaf de subacute fase betrokken moeten worden. De psycholoog is competent en opgeleid in het onderzoeken en beïnvloeden van psychosociale factoren.

3 De psycholoog en pijn

De psycholoog heeft kennis en kunde in de diagnostiek en behandeling van psychosociale factoren die kwaliteit van leven hinderen. Deze kennis en kunde worden echter met name ingezet in de geestelijke in plaats van de somatische gezondheidszorg. Dit wordt pijnlijk zichtbaar als we kijken naar de curricula Psychologie, het psychologische zorgveld en de verwijzingsmogelijkheden naar psychologische pijnzorg.

- Beperkte pijnpsychologische opleidingsmogelijkheden

Uit een Amerikaans observationeel onderzoek bleek dat een derde van de psychologische curricula niet meer dan 4 cursussen aan pijneducatie besteedt.³⁴ Slechts 28% van de curricula besteedde 11 uur of meer aan pijneducatie. Als gevolg hiervan voelden 55% van de psychologen zich niet zeker over de behandeling van mensen met aanhoudende pijn. Volgens Darnall e.a. zijn er ook andere primaire barrières die hinderen om pijnpsychologie binnen de pijnzorg te laten functioneren, zoals het ontbreken van een systeem om gekwalificeerde therapeuten te identificeren, schaarste aan therapeuten met pijntraining, gemis aan accreditatie voor huidige cursussen rond pijn, beperkt bewustzijn van de psychologische behandelingsmodaliteit en slechte verzekeringsdekking.³⁵

De situatie in Nederland lijkt niet wezenlijk te verschillen van die in Amerika. Ook binnen de Nederlandse curricula Psychologie is er zeer weinig aandacht voor pijn als zelfstandig studieonderwerp. Ook in de postdoctorale opleidingen en cursussen in de psychologie is er slechts fragmentarische aandacht voor het versterken van zowel kennis alsook therapeutische vaardigheden op het gebied van aanhoudende pijn. Internationale pijncongressen missen vaak de accreditatie voor psychologen.

- Gefragmenteerd psychologische zorgveld binnen de pijnzorg

Binnen de eerstelijnszorg werken de meeste psychologen, vaak met een eigen of gedeelde praktijk. Zij zijn meestal gericht op GGZ-problematiek, zoals depressie, angst-

stoornissen of persoonlijkheidsproblematiek. De meeste psychologen zien dan ook maar enkele patiënten met pijn per jaar. Het is dus nu niet lonend om zich daarin specifiek te scholen. De psychologen die dagelijks patiënten zien met pijn bevinden zich vooral in de tweede en derde lijn, zoals medisch psychologen binnen de ziekenhuizen (zeker binnen een pijnteam) en binnen de revalidatiezorg. Zij scholen zich vaak intern via supervisie en het opdoen van veel leerervaringen. Dit weerspiegelt de tweedeling in de zorg, waarin somatische en geestelijke gezondheidszorg vaak van elkaar gescheiden zijn. Dit is onwenselijk voor de zorg in het algemeen, en voor de (psychologische) pijnzorg in het bijzonder. Dit belemmert onderlinge uitwisseling van kennis en professionalisering van het pijnspecialisme.

We kunnen niet anders dan concluderen dat het biopsychosociale model onvoldoende uitgewerkt is in de gezondheidszorg.

- Beperkte verwijsmogelijkheden naar psychologische pijnzorg

Vanuit bovenstaande volgt vanzelf dat de mogelijkheden om mensen met chronische pijn vanuit de tweede- en derdelijns pijnzorg (terug) te verwijzen naar de eerstelijns pijnzorg beperkt zijn. De huisartsen weten vaak niet naar welke psycholoog zij hun patiënten met pijn binnen de eerstelijnszorg kunnen verwijzen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat ze verwijzen naar een pijnteam in de tweede-lijnszorg, terwijl de patiënt adequaat behandeld had kunnen worden in de eerste lijn.

4 Netwerk Pijnpsychologen – de start

In het algemeen, en ook onder psychologen, is er in de praktijk te weinig kennis over pijn. De groep van psychologen die wel expertise heeft ontwikkeld is te weinig zichtbaar, klein in aantal en profileert zich onvoldoende in de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van chronische pijn. Daarmee blijft de rol van de psycholoog binnen de pijnzorg onderbelicht, zowel voor de eigen alsook voor de andere disciplines.

Om de psycholoog zichtbaar te maken in een versnipperd veld, om wetenschap en theorie beter met de praktijk te verbinden, om het werk van de psycholoog binnen de pijnzorg te professionaliseren en om tegemoet te komen aan de expertisewens van andere pijnprofessionals hebben Jolanda Reitsma, Pauline Koetsier en Willy van Zanten, als pijnpsychologen, het initiatief genomen om een netwerk van pijnpsychologen op te richten. Dit netwerk verspreidt kennis onder de eigen beroepsgroep en wil een aanspreekpunt zijn voor alle zorgprofessionals die vragen over de psychologische pijnzorg hebben. Een dynamisch netwerk, dat zich voortdurend ontwikkelt, een bijdrage levert aan de wetenschappelijke ontwikkelingen en deze ontwikkelingen onder de aandacht brengt. Een netwerk met de missie om wetenschappelijke inzichten toe te passen en te bevorderen en knelpunten in de pijnzorg aan het licht te brengen.

Om dit netwerk zinvol en duurzaam op te zetten zijn een aantal doelen geformuleerd:

1. Pijnpsychologen met zowel expertise in de patiëntenzorg als in de wetenschap bij het Netwerk Pijnpsychologen betrekken.
2. Het organiseren van een Pijnmeeting met psychologen die actief zijn in de pijnzorg om ze bij het netwerk te betrekken en het draagvlak te vergroten.

3. Het definiëren van een visie vanuit expert opinie over de plaats van de psycholoog binnen de pijnzorg en het borgen van voldoende expertise in de praktijk.

In paragraaf 5 worden de resultaten van deze doelen uitgewerkt.

5 Netwerk Pijnpsychologen – het vervolg

Doel 1

Om ervoor te zorgen dat het draagvlak voor het opbouwen van een landelijk Netwerk Pijnpsychologen vergroot werd en dat in het netwerk een weerspiegeling zou zijn van zowel de wetenschappelijke kant als de klinische praktijk van pijn, zijn Han Samwel, Dirk Stronks, Marlies den Hollander en Lyonne Zonneveld gevraagd om zich bij het netwerk aan te sluiten. Zij zijn allen gepromoveerd op een studie over psychologische factoren bij chronische pijn en hebben daarnaast veel klinische ervaring binnen de pijnzorg. Zij kunnen hierdoor de verbinding tussen wetenschap en klinische praktijk vormen.

Doel 2

Op 3 juni 2021 hebben de initiatiefnemers in Almere een Pijnmeeting georganiseerd. Hiermee betrokken ze 34 geïnteresseerde psychologen met allen ervaring binnen het pijnveld bij het Netwerk Pijnpsychologen. Tijdens de Pijnmeeting discussieerden de pijnpsychologen onder leiding van Han Samwel aan de hand van vier stellingen over de inhoud en organisatie van het vakgebied Pijnpsychologie. Deze discussie leidde tot een formulering van de inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten van het Netwerk Pijnpsychologen, waarvoor draagvlak bij de aanwezigen was.

Doel 3

De discussies rondom de onderstaande vier stellingen tijdens de Pijnmeeting leidden tot de volgende visie over de plaats van de psycholoog binnen de pijnzorg en het borgen van voldoende expertise. Deze visie is tevens het uitgangspunt voor het Netwerk Pijnpsychologen.

Stelling 1: *Pijn is onderhevig aan leerprocessen. Ons zenuwstelsel is adaptief. Dus kan pijn ontleerd worden.*

Consensus over dit inhoudelijk uitgangspunt:

Ons zenuwstelsel is plastisch. Het pijnsysteem is deels onderhevig aan leerprocessen. Dat pijn geheel ontleerd kan worden, lijkt ons inziens niet bewoerd te kunnen worden. Er is consensus over de stelling dat een deel van de verergering van pijn toe te schrijven is aan leerprocessen. De psycholoog is bij uitstek de persoon die deze leerprocessen in kaart brengt bij patiënten en uitleg hierover geeft aan patiënten, naasten van patiënten en andere zorgprofessionals. Het lijkt zinvoller om de beïnvloeding van deze leerprocessen, in plaats van rechtstreekse pijnreductie, als doel op te nemen in het behandelplan. Wetenschappelijk onderzoek laat vooralsnog bescheiden behandel-effecten zien op pijnreductie, ook al wordt in behandeling ingestoken op deze leerprocessen. Een interessante vraag hierbij blijft: wat is pijnreductie? Wat is er veranderd als er pijnreductie wordt gerapporteerd?

Er is consensus over de aanname dat leerprocessen invloed hebben op de ontwikkeling van chronische pijn. Chronificatie van pijn kan echter ook niet uitsluitend verklaard worden vanuit leerprocessen. In een biopsychoso-

ciale aanpak van pijn past het onderzoeken en beïnvloeden van leerprocessen als onderdeel van een diagnostiek en pijnbehandeling. Mensen leren van ervaringen, dus ook van ervaringen met pijn zowel ten positieve als ten negatieve. Ander (gezond) gedrag bijleren (in plaats van iets óntleren) lijkt bij te kunnen dragen aan pijnvermindering en/of verbeteren van functioneren, en in ieder geval aan vermindering van het lijden aan de pijn.

Stelling 2: *Een speciale pijnpsycholoog is niet nodig. Iedere psycholoog kan pijn behandelen.*

Consensus over dit organisatorisch uitgangspunt:

Een 'pijnpsycholoog' heeft toegevoegde waarde binnen de pijnzorg. De naam 'pijnpsycholoog' kan vertrouwen geven aan potentiële patiënten en/of verwijzers en maakt hen beter vindbaar voor patiënten en/of verwijzers. Een 'pijnpsycholoog' heeft, naast voldoende ervaring met mensen met pijn, kennis van het pijn (-systeem) en van biopsychosociale processen die van invloed zijn op pijn, van richtlijnen rond pijn (ook van andere disciplines) en, tot op zekere hoogte medische kennis om de taal van andere disciplines (en patiënten) te kunnen spreken. De pijnpsycholoog is gericht op samenwerking en levert een bijdrage aan een multidisciplinair of interdisciplinair behandelplan, waarbij pijneducatie een belangrijke behandelinterventie is en de basis vormt van de gezamenlijke taal (en narratief) tussen de verschillende disciplines.

Het Netwerk Pijnpsychologen onderschrijft het speerpunt van P.A.i.N. om te streven naar een generalistische basisopleiding voor alle disciplines samen. Hiermee wordt het mogelijk dat alle disciplines die actief zijn binnen de pijnzorg pijneducatie kunnen geven, die in overeenstemming is met de Zorgstandaard Chronische Pijn. Zolang deze generalistische opleiding ontbreekt en het pijnonderwijs in universitaire en BIG-opleidingen ontoereikend is, is het nodig dat de pijnpsycholoog post-master cursussen en pijnscholing van en samen met andere disciplines volgt of dat er (interdisciplinaire) cursussen vanuit de werkvloer ontwikkeld worden.

Stelling 3: *De taak van de psycholoog is om gedragsverandering te faciliteren die ondanks de hulp van andere disciplines niet of onvoldoende tot stand komt.*

Consensus over dit inhoudelijk en organisatorisch uitgangspunt:

Het faciliteren van gedragsverandering is één van de specialisaties en taken van de psycholoog. De pijnpsycholoog dient daarom vroegtijdig en niet als 'last resort' ingeschakeld te worden bij het traceren en behandelen van niet-helpend pijngedrag. Dit gedrag hoeft niet ten alle tijden geproblematiseerd te worden en/of te voldoen aan een stoornisdefinitie. Het normaliseren van gedrag en vergroten van het gedragsrepertoire leiden ook tot preventieve en/of doelmatige zorg.

Een andere belangrijke reden om de psycholoog vroegtijdig in de diagnostiek, indicatie en behandeling te betrekken is het uitdragen van het biopsychosociale model. In de westerse maatschappij en ook in de huidige geneeskunde overheerst nog een biomedische kijk op pijn. Biopsychosociale factoren zouden door alle disciplines signaleerd en onderkend moeten worden. De psycholoog draagt bij aan de bewustwording en bijstelling van de biomedische visie naar een biopsychosociale visie op

pijn. Wanneer pijnzorg beschouwd wordt vanuit het biopsychosociale model dan heeft het 'fysieke' aspect evenveel prioriteit als de psychosociale aspecten.

Stelling 4: *Reductie of verdwijnen van pijn zou het kerndoel van de behandeling van de psycholoog moeten zijn.*

Consensus over dit inhoudelijk uitgangspunt:

Wanneer de veronderstelling is dat chronische pijn wijst op een afwijkend herstelproces waarin verschillende factoren het proces beïnvloeden, dan wordt eigenlijk verondersteld dat het werken aan deze factoren effect sorteert op de ervaren pijn. Wetenschappelijke evidentie laat echter zien dat bescheidenheid ten aanzien van pijnreductie op zijn plek is. Daarom is het beter om in de pijnzorg voorzichtig te zijn met stellige beloftes rondom pijnreductie.³⁶ Het lijkt in ieder geval paradoxaal om pijnreductie als rechtstreeks doel van behandeling op te nemen. Ook omdat pijnreductie als primair doel de pijn naar de voorgrond en onder de aandacht brengt, terwijl het doel is om de pijn op de achtergrond van iemands leven te brengen. De pijnpsycholoog draagt impliciet bij aan pijnvermindering door het verbeteren van zelfmanagement met een hoger welbevinden en functioneren als gevolg.

Met deze uitgangspunten als startpunt kunnen we de gemeenschappelijke grondvisie verder uitwerken, die voor andere disciplines verheldert en inzichtelijk maakt wat de rol van de pijnpsycholoog is binnen de pijnzorg op het gebied van educatie, diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en wetenschappelijk onderzoek.

6 Netwerk Pijnpsychologen – de toekomst

Voor de toekomst wil het Netwerk Pijnpsychologen de visie vanuit expert opinion verder uitwerken en uitdragen om daarmee de kwaliteit van pijnzorg te verbeteren en doelmatiger te maken en de rol van de psycholoog hierin te verhelderen en te versterken.

Een en ander zou moeten leiden tot een interdisciplinaire screening en parallelle samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals in de pijnzorg bij een afwijkend beloop van de pijn en/of het functioneren. Dit uitgangspunt heeft praktische en financiële uitdagingen: zorgen voor voldoende kennis over pijn bij psychologen, zorgdragen voor een toereikende capaciteit van pijnpsychologen, actieve aansturing van andere zorgprofessionals om psychologische interventies te includeren in pijnbehandelingen en een financiële prikkel om samenwerking tussen zorgprofessionals mogelijk te maken.

Een bijdrage van het Netwerk Pijnpsychologen hierin zou zijn het ontwikkelen van een eigen post-master pijncursus voor psychologen en/of het participeren in het pijnonderwijs van andere disciplines zodat het referentiekader van de Pijnpsychologie en rol van de pijnpsycholoog geïntegreerd wordt binnen het reguliere (post-master) pijnonderwijs.

De exacte formulering en uitwerking van middellange en lange termijn doelstellingen zullen onderwerp zijn van overleg tussen de huidige initiatiefnemers in de komende periode.

7 Conclusie

In de afgelopen halve eeuw hebben illustere voorgangers in de Pijnpsychologie een belangrijke bijdrage geleverd

aan het wetenschappelijk onderbouwen van de invloed van psychosociale factoren op pijn. Hiermee hebben zij de weg geopend voor een actieve rol voor psychologen binnen de pijnzorg voor patiënten met chronische pijn. De rol van de pijnpsycholoog binnen de uitvoering en de organisatie van de pijnzorg in Nederland heeft echter geen gelijke tred gehouden met de kwaliteit van en de inzichten vanuit het almaar groeiende psychologische wetenschappelijke pijnonderzoek.

Het huidige initiatief is er daarom op gericht om deze achterstand in te halen zodat de resultaten uit het wetenschappelijke pijnonderzoek duurzaam vertaald kunnen worden naar een heldere rol van de pijnpsycholoog in de klinische praktijk. Middels onderwijs kan deze rol ook uitgedragen worden aan de eigen beroepsgroep en andere beroepsgroepen binnen de pijnzorg. Bovendien leidt het onderwijs tot de kennis en kunde bij de pijnpsycholoog om deze rol in de klinische praktijk ook adequaat te kunnen uitvoeren.

Correspondentieadres

Dr. H. Samwel
Revalis Clinics
Goudsbloemvallei 12-28
5237MJ 's-Hertogenbosch
Tel. 06-31044068
E-mail: han.samwel@revalis.nl

Literatuur

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D.: Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 2006; 10,287-333.
- Gaskin D.J., Richard P.: The economic costs of pain in the United States. *Pain* 2012; 13:715-24
- Barke A, Korwisi B, Jakob R. et. al.: Classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11): results of the 2017 international World Health Organization Field Testing. *Pain* 2022; 163(2):e310-8
- Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K.: Depression and Pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163; 20:2433-45
- Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L, Aust N.Z.: The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatry* 2015; Sep;49(9):803-11
- Racine, M.: Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuropsychopharmacology Biological Psychiatry* 2018; 87(Pt B):269-80.
- Samwel Han, Meer Theo van, Crul Ben J.P.: De psycholoog als pijnbehandelaar. Bussum: Coutinho 2002.
- Vereniging Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem: Zorgstandaard Chronische Pijn. 2017.
- Chan, C. W., & Peng, P.: Failed back surgery syndrome. *Pain Medicine* 2011; 12(4),577-606.
- Deyo, R. A., & Mirza, S. K.: The case for restraint in spinal surgery: Does quality management have a role to play? *European Spine Journal* 2009; 18(Suppl. 3), 331-7
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Stroud, M. W., & Jensen, M. P.: Coping with pain. In D. C. Turk & R. J. Gatchel (Eds.), *Psychosocial factors in pain* (pp. 343-59). New York, NY: Guilford Press 1999.
- Carragee, E. J., Alamin, T. F., Miller, J. L., & Carragee, J. M.: Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: A prospective study in subjects with benign persistent back pain. *The Spine Journal* 2005; 5(1),24-35
- Jarvik, J. G., Hollingworth, W., Heagerty, P. J., Haynor, D. R., Boyko E. J., & Deyo, R. A.: Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: Clinical and imaging risk factors. *Spine* 2005; 30(13),1541-8.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P.: Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain* 1999; 47(3),249-83.
- Lester N., Keefe F.J., Rumble M.E., Labban J.D.: *Coping with chronic pain: from Psychology, Health and illness*. Cambridge University Press 2014.
- Haefeli M, Elfering A.: Pain assessment. *Eur Spine J*. Jan 2006; 15 Suppl 1(Suppl 1): S17-24.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., & DeLateur, B.: An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy* 1968; 6(1),105-7.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Jr., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L., & Trieschmann, R. B.: Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1973; 54(9),399-408.
- Beck, A.T.: *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press 1979.
- Dember, W. N.: Motivation and the cognitive revolution. *American Psychologist* 1974; 29(3),161-8.
- Ellis, A., & Grieger, R.: *Handbook of rational-emotive therapy*. New York, NY: Springer 1979.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer 1984.
- Meichenbaum, D.: *Cognitive factors in biofeedback therapy*. *Biofeedback Self-Regulation* 1976;1(2), 201-216.
- Segal, E. M., & Lachman, R.: Complex behavior or higher mental process: Is there a paradigm shift? *American Psychologist* 1972;27(1), 46 - 55
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M.: *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York, NY: Guilford Press 1983.
- Flor, H., & Turk, D. C.: *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. Seattle: IASP Press 2011.
- Gatchel R.J., Peng Y., Peters M.L., Fuchs P.N., Turk D.C.: The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin* 2007; 133(4),581-624.
- Hann K.E.J. & McCracken L.M.: A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2014; 3,217-22.
- Sitnikova K., Pret-Oskam R., Dijkstra-Kersten S. et al: Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. *BMC Fam. Pract.* 2018; 19(1):88.
- Houwen J., Lucassen P., Verviel A. et al: Which difficulties do GP's experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam. Pract.* 2019; 20(1):180.
- Hallegraef J., van Zweden L., Oostendorp R. et al: Psychological assessments by manual physiotherapists in the Netherlands in patients with nonspecific low back pain. *J. of Man. Manip. Ther.* 2021; 29(5):310-7.
- Synnot A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K.: Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.* 2015 Apr;61(2):68-76. doi: 10.1016/j.jphys.2015.02.016. Epub 2015 Mar 23. PMID: 25812929.
- knfg-standpunten/knfg-stand-fysiotherapie-bij-patiënten-met-pijn 2022.
- Leaviss J, Davis S, Ren S, Hamilton J, Scope A, Booth A, Sutton A, Parry G, Buszewicz M, Moss-Morris R, White P.: Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2020; Sep;24(46):1-490. doi: 10.3310/hta24460. PMID: 32975190; PMCID: PMC7548871.
- Darnall, B.D., Scheman, J., Davin, S., Burns, J.W., Murphy, J.L., Wilson, A.C., Kerns, R.D., Mackey, S.C.: *Pain Psychology: A Global Needs Assessment and National Call to Action*. *Pain Medicine* 2016; 17(2),250-63.
- Zonneveld L.: *Communicatie over lichamelijke klachten: in stand houden of veranderen?* *De Psycholoog*, 2022; 7:44-9

“Pijn bij kinderen - de impact van ouderlijke responsen en pijneducatie op pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen”

Dr. E. Rheel¹

Abstract

Each child experiences pain from time to time. Indeed, pain is a normal human experience, defined by The International Association of the Study of Pain (IASP) as “an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage”.¹ Hence, pediatric pain is a complex, multidimensional experience including biological, psychosocial, and environmental factors. Two key explanatory factors of pediatric pain are: 1) parental responses towards their child in pain, and 2) gaps and misconceptions regarding pain. The core aim of this doctoral dissertation was to contribute to the understanding of the impact of parental responses and pain science education upon pain-related outcomes in children, including healthy school children as well as children living with and beyond cancer. Based on the results of the 5 different studies (1 systematic review, 1 cross-sectional observational study, 2 randomized controlled trials, and 1 topical review) of this dissertation, it became clear that: 1) In the context of children undergoing a painful medical procedure (e.g., vaccination), it would be advisable to invite parents to be present and thus accompany their child during the procedure in regard to children's pain-related outcomes; 2) in the context of children with cancer that need to undergo a painful cancer treatment-related procedure (e.g., bone marrow aspiration), parental self-oriented distress moderates the relationship between parental (non-)pain-attending responses and children's pain behavior; 3) in the context of healthy children undergoing experimental pain, watching a pain science educational video, compared to watching no video, results in more accurate pain knowledge and higher pain thresholds during an experimental pain task and lower recalled pain intensity afterwards, but does not have an impact on children's experienced pain intensity, pain-related fear and catastrophic worry during the experimental pain task, or recalled pain-related fear afterwards. In addition, parental pain-attending verbalizations before the pain task can moderate the impact of the pain science educational video upon children's recalled pain intensity; and 4) several main challenges remain in adapting and applying pain science education to children living with and beyond cancer, and some key research questions need to be addressed in order to successfully adapt and implement pain science education for children living with and beyond cancer.

Dit doctoraatsproefschrift draagt bij aan onze kennis over de invloed van ouderlijke responsen (i.e., reacties) en pijneducatie op pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen, inclusief gezonde schoolkinderen en kinderen die leven met en na kanker. **DEEL I** omvat twee studies (**Hoofdstuk I & II**) die bijdragen aan ons begrip van de impact van aanwezigheid versus afwezigheid van ouders tijdens medische ingrepen van hun kinderen, en van ouderlijke factoren die ten grondslag kunnen liggen aan differentiële effecten op pijn-gerelateerde uitkomsten van kinderen. **DEEL II** combineert twee experimentele gerandomiseerde gecontroleerde studies (**Hoofdstuk III & IV**), waarin

het effect werd onderzocht van een korte pijn-educatieve video-interventie voorafgaand aan een experimentele pijnzaak op pijn-gerelateerde uitkomsten bij gezonde schoolkinderen, en de modererende rol van pijn- en niet-pijn-attentieve verbalisaties van hun ouders. **DEEL III (Hoofdstuk V)** omvat onze inspanning om pijneducatie als een veelbelovende aanpak van pijnbestrijding voor kinderen die leven met en na kanker voor te stellen aan klinici, beleidsmakers en onderzoekers die met deze kinderen en adolescenten werken. In onderstaande samenvatting worden de verschillende hoofdstukken kort toegelicht.

DEEL I - De rol van ouders tijdens pijnlijke medische procedures bij hun kinderen

Hoofdstuk 1: Het effect van de aanwezigheid van ouders op hun kinderen tijdens pijnlijke medische procedures: een systematische literatuurstudie²

Ouders willen hun kind vaak vergezellen tijdens pijnlijke medische procedures, zoals een vaccinatieprik, om hen te kunnen geruststellen en troosten. Of de aanwezigheid van ouders tijdens de pijnlijke medische procedures van hun kinderen echter gunstig is op het vlak van pijn-gerelateerde uitkomsten van kinderen was twijfelachtig. Onderzoek over dit onderwerp is niet eenduidig, en bijkomende vragen, zoals of de mate van ouderlijke betrokkenheid tijdens de procedure ook een rol kan spelen, waren onbeantwoord. Het doel van deze systematische review was het samenvatten en kritisch beoordelen van de literatuur over het effect van ouderlijke aanwezigheid versus afwezigheid tijdens pijnlijke medische procedures bij hun kinderen op pijn-gerelateerde uitkomsten van het kind. Het reviewprotocol werd geregistreerd op Prospero (ID CRD42018116614) op 3 december, 2018. Een systematische zoekactie in PubMed, Web of Science en PsycArticles resulteerde in 22 geïnccludeerde studies met 2.157 deelnemers. Studies kwamen in aanmerking als ze kinderen (≤ 18 jaar) bestudeerden die een pijnlijke medische procedure ondergingen en de aanwezigheid en/of betrokkenheid van ouders vergeleken met de afwezigheid van ouders tijdens de procedure. De pijn-gerelateerde uitkomsten van de kinderen in de geïnccludeerde studies omvatten: 1) zelf-gerapporteerde pijnintensiteit, 2) zelf-gerapporteerde angst, bezorgdheid en distress, 3) geobserveerd pijn-gerelateerd gedrag (bv. geobserveerd door de ouder), en 4) fysiologische parameters (bv. hartslag). In het algemeen wijst het bewijs in de richting van gunstige effecten van ouderlijke aanwezigheid versus afwezigheid met betrekking tot de zelf-gerapporteerde pijnintensiteit en fysiologische parameters van de kinderen, terwijl gemengde bevindingen werden geregistreerd voor zelf-gerapporteerde angst, bezorgdheid en distress, en

1. Pain in Motion research group (PAIN), Departement Kinesitherapie, Menselijke Fysiologie en Anatomie, Faculteit Lichamelijke Opvoeding en Kinesitherapie, Vrije Universiteit Brussel

geobserveerd pijn-gerelateerd gedrag. Er werden echter geen nadelige effecten gevonden vanouderaanwezigheid, in vergelijking met afwezigheid, voor zelf-gerapporteerde pijnintensiteit, zelf-gerapporteerde angst, bezorgdheid en distress, en fysiologische parameters. Om duidelijke aanbevelingen te doen over hoe de ouder bij de procedure te betrekken en voor welk type kinderen en ouders ouderlijke aanwezigheid de beste effecten heeft, is nog verder onderzoek nodig, zoals aangegeven in de literatuurstudie.

Hoofdstuk II: De impact van ouderlijke (niet-)pijn-attentieve responsen op pijngedrag van kinderen in de context van kanker-gerelateerde pijnlijke procedures: de modererende rol van zelf-georiënteerde distress bij de ouders³

De literatuur toont inconsistente bevindingen aan met betrekking tot het effect van ouderlijke responsen op pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen. Onderzoek ontbreekt naar factoren die ten grondslag kunnen liggen aan die inconsistente bevindingen over de variabele impact van ouderlijke responsen. Via deze cross-sectionele observationele studie onderzochten we daarom de modererende rol van ouderlijke distress in het begrijpen van de impact van ouderlijke pijn-attentieve (gericht op de pijn van het kind, bv. het kind geruststellen) en niet-pijn-attentieve (niet gericht op de pijn van het kind, bv. het afleiden van het kind met humor) responsen op het pijngedrag van hun kind (bv. huilen). Kinderen (≤ 18 jaar) met leukemie, die een lumbaalpunctie (LP) en/of beenmergaspiratie (BMA) ondergingen, en één van hun ouders, werden gerekruteerd in het Universitair Kinderziekenhuis in Gent, België. Verbale en non-verbale ouder-kind interacties volgend op de LP/BMA procedure werden op video opgenomen, waardoor we de responsen van de kinderen en ouders vervolgens konden coderen als zijnde pijn-attentief of niet-pijn-attentief. Ouders rapporteerden vervolgens ook zelf over ervaren distress tijdens de LP/BMA procedure. De deelnemers bestonden uit 42 kinderen (24 jongens, 18 meisjes) met leukemie en één van hun ouders. De kinderen waren 0,6 tot 15 (7.08 ± 4.39) jaar oud. De bevindingen wezen op een positief verband tussen ouderlijke pijn-attentieve responsen en het pijngedrag van het kind, maar alleen wanneer de ouders hoge niveaus van distress rapporteerden ($\beta = .56$, $p = .001$). Er werd geen verband waargenomen voor ouders die lage niveaus van distress rapporteerden ($\beta = -.09$, ns). Niet-

pijn-attentieve responsen van ouders droegen bij aan positiever (i.e., minder) pijngedrag van kinderen ($\beta = -.24$, $p = .045$), onafhankelijk van ouderlijke distress ($\beta = -.07$, ns). Deze huidige bevindingen wijzen op de modererende rol van ouderlijke distress in het begrijpen van de impact van ouderlijke responsen op het pijngedrag van kinderen en benadrukken het belang van interventies gericht op ouderlijke emotieregulatie om optimale pijnuitkomsten bij kinderen te bevorderen.

DEEL II: Pijneducatie voor kinderen als mogelijke preventiestrategie

Hoofdstuk III: Het effect van een pijn-educatieve video-interventie bij kinderen: een gerandomiseerde gecontroleerde studie⁴

De laatste jaren is er steeds meer onderzoek naar de effecten van pijneducatie. Pijneducatie is een educatieve strategie, voornamelijk toegepast door kinesitherapeuten, die gericht is op het veranderen van iemands conceptuele begrip van pijn, inclusief alle biopsychosociale mechanismen waarvan bekend is of verondersteld wordt dat ze bijdragen aan iemands pijnervaring.⁵ Via pijneducatie kunnen we als het ware een fundering leggen voor andere methodes van pijnbestrijding, door het identificeren en aanpakken van iemands conceptuele tekorten en misvattingen over pijn, het bevorderen van adaptieve overtuigingen over pijn en het verminderen van de dreigingswaarde van pijn. Onderzoek naar de effecten van pijneducatie in volwassen populaties toont gunstige effecten aan op tal van pijn-gerelateerde uitkomsten, maar studies naar de effectiviteit van pijneducatie bij kinderen zijn schaars tot op heden.⁶⁻¹³ Deze studie onderzocht daarom het effect van een pijn-educatieve video-interventie op pijn-gerelateerde uitkomsten (i.e., ervaren pijnintensiteit, pijn-gerelateerde angst en catastrofale zorgen over pijn, pijndrempel en pijnkennis) bij gezonde kinderen die een experimentele pijn ervaarde door middel van een warmteprikkeltaak. Verder werd de modererende rol van socio-demografische (i.e., geslacht en leeftijd) en psychologische (i.e., baseline pijnkennis en verwachte pijnintensiteit, pijn-gerelateerde angst en catastrofale zorgen) kenmerken van de kinderen onderzocht. Deelnemers waren 89 kinderen (11.85 ± 1.78 jaar), willekeurig toegewezen aan ofwel een conditie waarbij zij geïnstrueerd werden om een korte pijn-educatieve video te bekijken en terwijl verschillende materialen te gebruiken (experimentele

Figuur 1

De luitenant (i.e., neurochemicaliën in de synaptische spleet) die de lift (i.e., ruggenmerg) bedient en zo inkomende boodschappen al dan niet naar boven stuurt.
© Overgenomen met toestemming van Vrije Universiteit Brussel, Pain in Motion Research Group (PAIN)



Figuur 2

De officier (i.e., thalamus), die inkomende en uitgaande boodschappen in de computerkamer (i.e., hersenen) beheert.
© Overgenomen met toestemming van Vrije Universiteit Brussel, Pain in Motion Research Group (PAIN)



groep) (Fig. 1 & 2) ofwel een controleconditie waarbij zij geen video bekeken. Uit de studie bleek dat accurate pijnkennis en pijndrempels hoger waren bij kinderen in de experimentele groep in vergelijking met de controle-groep. In tegenstelling tot de verwachtingen werden geen hoofdeffecten van de video-interventie waargenomen voor ervaren pijnintensiteit, pijn-gerelateerde angst en catastrofale zorgen. Moderatie-analyses wezen uit dat de video-interventie, in vergelijking met de controleconditie, alleen bij jongere kinderen bijdroeg tot een hoger niveau van pijnkennis en alleen bij jongens aan een hogere pijn-drempel. Verder onderzoek is nodig om pijn-educatieve video-interventies te optimaliseren en te bepalen of er meer gunstige uitkomsten gevonden kunnen worden in klinische (d.w.z. niet-experimentele) situaties en bij kinderen met persisterende of terugkerende pijnklachten.

Hoofdstuk IV: Het effect van een pijn-educatieve video-interventie op het pijngeheugen van kinderen en de modererende rol van ouderlijke (niet-)pijn-attentieve verbalisaties: een gerandomiseerde gecontroleerde studie¹⁴

Vroege herinneringen aan pijn induceren angst voor pijn en kunnen ten grondslag liggen aan het behoud en de ontwikkeling van chronische pijn tot in de volwassenheid.¹⁵⁻¹⁸ Het is dan ook belangrijk om te begrijpen welke factoren de ontwikkeling van pijnherinneringen bij kinderen kunnen beïnvloeden. Deze studie onderzocht 1) het effect van een korte pijn-educatieve video (i.e., zelfde video als Hoofdstuk III, zie Fig. 1 & 2) bij gezonde kinderen voorafgaand aan een experimentele pijntaak op hun herinnerde pijnintensiteit en pijn-gerelateerde angst, en 2) de modererende rol van ouderlijke (niet-)pijn-attentieve verbalisaties voor en na de pijntaak. Zevenenzeventig kinderen (12.01 ± 1.75 jaar) namen deel aan een experimentele warmteprickeltaak, waartijdens warmteprikkels toegediend werden via een thermode op hun onderarm. Kinderen werden gerandomiseerd tot de experimentele groep, die de pijn-educatieve video te zien kreeg voorafgaand aan de pijntaak, of de controlegroep, die geen video te zien kreeg. De herinnerde pijnintensiteit en pijn-gerelateerde angst van de kinderen werden twee weken later gemeten tijdens een telefoongesprek. Uit de bevindingen bleek dat de herinnerde pijnintensiteit (maar niet de herinnerde pijn-gerelateerde angst) van kinderen die de pijn-educatieve video bekeken significant lager was in vergelijking met de controlegroep ($p=.028$). Verder modereerden pijn-attentieve verbalisaties van ouders vóór de pijntaak het effect van de video op de herinnerde pijnintensiteit van kinderen ($p=.038$). Kinderen in de controlegroep, maar niet in de experimentele groep, wiens ouders minder pijn-attentieve verbalisaties gebruikten, herinnerden zich een hogere pijnintensiteit, terwijl kinderen van wie de ouders meer pijn-attentieve verbalisaties gebruikten, zich een lagere pijnintensiteit herinnerden. Aangezien pijnherinneringen van kinderen belangrijke implicaties hebben voor hun toekomstig pijngedrag in verschillende mogelijke contexten, zouden deze bevindingen belangrijke implicaties kunnen hebben voor het voorkomen van ontwikkeling of instandhouding van maladaptieve pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen.

DEEL III: Pijneducatie: de ontbrekende schakel voor kinderen die leven met en na kanker?

Hoofdstuk V: Pijneducatie voor kinderen die leven met en na kanker: uitdagingen en onderzoeksagenda¹⁹

Recentelijk is pijneducatie voorgesteld als een veelbelovend onderdeel van pijnmanagement voor een aantal speciale populaties, waaronder volwassen kankeroverlevers. In een paar zeer recente en tevens studies wordt gesproken over het aanpassen en toepassen van pijneducatie interventies bij volwassenen met en na kanker, wat een basis biedt voor onderzoek bij kinderen met en na kanker.²⁰⁻²³ In 2020 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie in haar richtlijnen voor de behandeling van chronische pijn bij kinderen verschillende belangrijke onderzoekshiaten opgenoemd.²⁴ Opvallend was de behoefte aan onderzoek bij kinderen met aan kanker gerelateerde pijn. Daarom trachtten we in een topical review verschillende belangrijke uitdagingen te identificeren en beschrijven bij het aanpassen en toepassen van pijneducatie bij kinderen die leven met en na kanker (i.e., de jonge leeftijd van kinderen met kanker, de sleutelrol van de reacties en overtuigingen van ouders, het geven van pijneducatie temidden van de onzekere dreiging van een terugkeer van kanker, en wanneer en hoe pijneducatie te geven gedurende het kankercontinuüm). We beschreven vervolgens enkele mogelijke oplossingen voor deze uitdagingen, en tot slot identificeerden we drie belangrijke onderzoeksvragen (i.e., Hoe conceptualiseren kinderen met en na kanker 'pijn'? Wat is de prevalentie en impact van chronische pijn, zorgen over symptomen en angst voor herval bij jongere kinderen die leven met en na kanker en hoe kunnen deze concepten worden beoordeeld? Kan pijneducatie, als onderdeel van uitgebreide pijnbestrijding, pijn-gerelateerde uitkomsten bij kinderen die leven met en na kanker verbeteren?) die moeten beantwoord worden vooraleer succesvol pijn-educatie interventies te kunnen aanpassen en implementeren in de zorg voor kinderen die leven met en na kanker.

Conclusies

Uit dit doctoraatsproefschrift werd duidelijk dat: 1) in de context van kinderen die een pijnlijke medische procedure ondergaan, het raadzaam is om ouders uit te nodigen om aanwezig te zijn en dus hun kind te begeleiden tijdens de procedure, met het oog op pijn-gerelateerde uitkomsten bij de kinderen; 2) in de context van kinderen met kanker die een pijnlijke kankerbehandelings-gerelateerde procedure moeten ondergaan, ouderlijke pijn-attentieve verbalisaties van ouders een eerder nadelige impact hebben op het pijngedrag van hun kind in geval de ouder hoge niveaus van distress ervaart, terwijl niet-pijn-attentieve verbalisaties van ouders een voordelige impact hebben op het pijngedrag van hun kind, onafhankelijk van ervaren distress; 3) in de context van gezonde kinderen die experimentele pijn ondergaan, resulteert het bekijken van een pijn-educatieve video, vergeleken met het niet bekijken van een video, in meer accurate pijnkennis en hogere pijndrempels tijdens een experimentele pijntaak en een lagere herinnerde pijnintensiteit achteraf, maar heeft geen invloed op de ervaren pijnintensiteit, pijn-gerelateerde angst en catastrofale zorgen van kinderen tijdens de experimentele pijntaak, of herinnerde pijn-gerelateerde angst achteraf. Bovendien bepalen de leeftijd en het geslacht van het kind mede de effectiviteit van de pijn-educatieve video, en kunnen verbalisaties van ouders over pijn vóór de pijntaak het effect van de

video op de herinnerde pijnintensiteit van kinderen beïnvloeden; en 4) er verschillende belangrijke uitdagingen bestaan bij het aanpassen en toepassen van pijneducatie voor kinderen die leven met en na kanker, en er moeten enkele belangrijke onderzoeksvragen worden beantwoord om pijneducatie voor deze kinderen succesvol aan te passen en te implementeren.



Correspondentieadres

E-mail: emma.rheel@vub.be

References

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9):1976-82.
2. Rheel E, Malfliet A, Van Ryckeghem DML, Pas R, Vervoort T, Ickmans K. The Impact of Parental Presence on Their Children During Painful Medical Procedures: A Systematic Review. *Pain Med*. 2022; 23(5):912-33.
3. Rheel E, Ickmans K, Caes L, Vervoort T. The Impact of Parental Pain-attending and Non-pain-attending Responses on Child Pain Behavior in the Context of Cancer-related Painful Procedures: The Moderating Role of Parental Self-oriented Distress. *Clin J Pain*. 2021; 37(3):177-85.
4. Rheel E, Ickmans K, Wauters A, Van Ryckeghem DML, Malfliet A, Vervoort T. The effect of a pain educational video intervention upon child pain-related outcomes: A randomized controlled study. *Eur J Pain*. 2021; 25(10):2094-111.
5. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain*. 2015; 16(9):807-13.
6. Pas R, Rheel E, Van Oosterwijck S, et al. Pain Neuroscience Education for Children with Functional Abdominal Pain Disorders: A Randomized Comparative Pilot Study. *J Clin Med*. 2020; 9(6).
7. Louw A, Landrus R, Podolak J, et al. Behavior Change Following Pain Neuroscience Education in Middle Schools: A Public Health Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(12).
8. Louw A, Podolak J, Zimney K, Schmidt S, Puenteadura EJ. Can pain beliefs change in middle school students? A study of the effectiveness of pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2018; 34(7):542-50.
9. Louw A, Podolak J, Benz P, et al. A Randomized Controlled Trial of Different Single Pain Education Sessions in Middle School Students: Immediate Effects. *Pain and Rehabilitation - the Journal of Physiotherapy Pain Association*. 2019; 2019(47):14-24.
10. Podolak J, Louw A, Benz P, Kruse A, Louw C, Zimney K. A Randomized Trial of Live versus Video Delivery of Pain Neuroscience Education for Middle School Children. *Psychological Disorders and Research*. 2019; 2(2):6.
11. Kisling S, Claus BB, Stahlschmidt L, Wager J. The efficacy of an educational movie to improve pain and dysfunctional behavior in school children: A randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2021; 25(7):1612-21.
12. Andias R, Neto M, Silva AG. The effects of pain neuroscience education and exercise on pain, muscle endurance, catastrophizing and anxiety in adolescents with chronic idiopathic neck pain: a school-based pilot, randomized and controlled study. *Physiother Theory Pract*. 2018; 34(9):682-91.
13. Wager J, Stahlschmidt L, Heuer F, Troche S, Zernikow B. The impact of a short educational movie on promoting chronic pain health literacy in school: A feasibility study. *Eur J Pain*. 2018; 22(6):1142-50.
14. Rheel E, Ickmans K, Wauters A, et al. The Effect of a Pain Educational Video Upon Child Pain-Related Memory and the Moderating Role of Parental Pain- and Non-Pain-Attending Verbalizations: An Experimental Lab-Based Study. *J Pediatr Psychol*. 2022.
15. Noel M, McMurtry CM, Chambers CT, McGrath PJ. Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(6):626-36.
16. Noel M, Chambers CT, McGrath PJ, Klein RM, Stewart SH. The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain*. 2012; 153(8):1563-72.
17. Noel M, Rabbitts JA, Fales J, Chorney J, Palermo TM. The influence of pain memories on children's and adolescents' post-surgical pain experience: A longitudinal dyadic analysis. *Health Psychol*. 2017; 36(10):987-95.
18. Chen E, Zeltzer LK, Craske MG, Katz ER. Children's memories for painful cancer treatment procedures: implications for distress. *Child Dev*. 2000; 71(4):933-47.
19. Rheel E, Heathcote LC, van der Werff Ten Bosch J, Schulte F, Pate JW. Pain science education for children living with and beyond cancer: Challenges and research agenda. *Pediatr Blood Cancer*. 2022; 69(8):e29783.
20. Nijs J, Wijma AJ, Leysen L, et al. Explaining pain following cancer: a practical guide for clinicians. *Braz J Phys Ther*. 2019; 23(5):367-77.
21. Nijs J, Leysen L, Pas R, et al. Treatment of pain following cancer: applying neuro-immunology in rehabilitation practice. *Disabil Rehabil*. 2018; 40(6):714-21.
22. De Groef A, Devoogdt N, Van der Gucht E, et al. EduCan trial: study protocol for a randomised controlled trial on the effectiveness of pain neuroscience education after breast cancer surgery on pain, physical, emotional and work-related functioning. *BMJ Open*. 2019; 9(1):e025742.
23. Pas R, Leysen L, De Goeij W, et al. Pain Neuroscience Education in cancer survivors with persistent pain: A pilot study. *J Bodyw Mov Ther*. 2020; 24(4):239-44.
24. WHO. World Health Organization Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In: *Guidelines on the management of chronic pain in children*. Geneva: © World Health Organization 2020; 2020.

De ergotherapeut(e)

Wie zijn jullie?

Namens Ergotherapie Nederland nemen we met een drietal ergotherapeuten deel aan de Pijn Alliantie.



Lucelle van de Ven-Stevens

- **Lucelle van de Ven-Stevens**, Manager Inhoudelijk Beleid en Kwaliteit bij Ergotherapie Nederland. Lucelle is sinds 2013 werkzaam bij de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland en behartigt daar de inhoudelijke belangen van de ergotherapeuten. Tot 2013 heeft zij 20 jaar in het Radboudumc patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs gecombineerd, met name binnen de hand-ergotherapie. Haar promotieonderzoek was gericht op klinimetrie binnen de hand-therapie. Zij is een van de auteurs van de 'Standaard Ergotherapie bij CRPS-I' en heeft een bijdrage geleverd aan de multidisciplinaire richtlijn CRPS-I. Zij neemt vanuit Ergotherapie Nederland deel aan de Pijn Alliantie.



Mariëta Wolter

- **Mariëta Wolter**, Coördinator ErgoAcademie bij Ergotherapie Nederland. Sinds juli 2022 werkzaam bij de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland. Hiervoor heeft ze ruim 13 jaar ervaring in het behandelen van cliënten met complexe pijnproblematiek in een multi- of interdisciplinair team en in de eerste lijn. Ook heeft ze jaren ervaring in het verzorgen van scholingen gericht op chronische pijn en het organiseren van diverse scholingsactiviteiten en ontwikkelen van zorgpaden in de tweedelijns en arbeidsrevalidatie. Zij nam deel aan de Pijn Alliantie en is een lid van de Overleggroep ergotherapie bij chronische pijn van Ergotherapie Nederland.



Margot van Melick

- **Margot van Melick**, ergotherapeut bij Adelante, afdeling dagbehandeling te Maastricht. Sinds 2002 werkt ze hier met patiënten met complexe chronische pijn in een interdisciplinair team. Ze is betrokken bij de scholing Exposure voor volwassenen en verzorgt lessen gericht op chronische pijn op de Hogeschool Zuid. In 2016 heeft ze de European Master of Science in Occupational Therapy afgerond. Zij nam deel aan de Pijn Alliantie en is een lid van de Overleggroep ergotherapie bij chronische pijn van Ergotherapie Nederland.

Wat is de visie Ergotherapie Nederland op pijn en pijnzorg?

Ieder mens heeft recht op kwaliteit van leven en moet kunnen deelnemen aan het dagelijks leven met al haar uitdagingen. Een ergotherapeut maakt het mensen mogelijk om (opnieuw) dagelijkse activiteiten uit te voeren of te participeren in de eigen omgeving en in de samenleving. Ergotherapie Nederland wil het werkveld informeren en faciliteren in de behandeling van cliënten met chronische pijn. Ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van een persoon te bevorderen of te herstellen. Hierbij is de omgeving waarin de client leeft, woont of werk belangrijk. Samen met de client inventariseert de ergotherapeut wat de voor hem/haar meest belangrijke dagelijkse activiteiten zijn die de client niet meer of gedeeltelijk kan uitvoeren vanwege de pijnklachten. Daarbij brengt de ergotherapeut in kaart wat de in stand houdende factoren van chronische pijn zijn en welke (adequate en niet adequate) strategieën de client gebruikt tijdens het uitvoeren van activiteiten om met de pijn om te gaan. Door het optimaliseren van de (eigen) mogelijkheden worden betekenisvolle, dagelijkse activiteiten weer mogelijk, en kunnen mensen hun functioneren beter managen.

Hoe werkt de ergotherapeut?

Voor het inventariseren van de ervaren dagelijkse problemen kan een ergotherapeut verschillende diagnostische middelen gebruiken. Vaak start een ergotherapeut met de Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Dit is een client-gericht meetinstrument en een belangrijk evaluatief en diagnostisch middel. Middels een semigestructureerd interview worden de problemen in het dagelijks leven geïnventariseerd. Vanuit deze ervaren problemen worden doelen voor de behandeling geformuleerd. Zo kan al in een vroeg stadium dreigende uitval op activiteiten- en participatieniveau worden gedetecteerd. Om deze reden is de COPM zeer geschikt voor de eerste lijn, en kan daar een preventieve werking hebben. Daarnaast kan een ergotherapeut ook gebruik maken van andere diagnostische middelen zoals bijvoorbeeld de Activiteitenweger of tijdschrijflijsten, diverse vragenlijsten bijvoorbeeld van de Nederlandse Dataset of observaties van hoe de cliënt activiteiten uitvoert. De ergotherapeut krijgt door de evaluatie een goed beeld van de activiteiten- en participatieniveau van de cliënt, maar ook op welke manier de cliënt met zijn of haar pijn omgaat. De ergotherapeut onderzoekt ook middels gesprekken (pijneducatie) en observatie in hoeverre een cliënt bereid is of de mogelijkheden heeft om te kunnen veranderen. Op basis van de bevindingen wordt er gekozen voor een behandelaanpak/-methode die

het beste past bij de cliënt. Denk hierbij aan Exposure, Graded Activity of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) naast ergotherapie-specifieke methoden.

Bij welke patiënten of problematiek moeten anderen jullie inschakelen?

Het uitgangspunt bij de ergotherapie is dat de cliënt met chronische pijn moet kunnen deelnemen aan zijn of haar dagelijks leven. Ergotherapie kan worden ingeschakeld wanneer er een beperking of disbalans in dagelijkse activiteiten dreigt te ontstaan, client dreigt uit te vallen op werk als werknemer of in andere belangrijke levensrollen. Dit zijn vooral cliënten met een niet adequate pijn coping zoals bijvoorbeeld de ene dag heel veel doen waardoor de volgende dag niets meer lukt.

Hoe zou je de pijnzorg in Nederland in de toekomst willen zien?

Gezien de complexiteit van de groep mensen met pijn, zou een multidisciplinair triage-instrument ondersteunend kunnen zijn in het indiceren voor een bepaalde interventie of benadering. Het is daarnaast belangrijk dat er goede afstemming kan plaatsvinden, niet alleen bij klinische revalidatie, maar ook bij poliklinische revalidatie of een combinatie daarvan tussen de betrokken zorgprofessionals en de cliënt. Voor deze afstemming tussen (hoofd)behandelaar en de (paramedische) zorgprofessionals in de eerste lijn, is financiering van deze multidisciplinaire afstemming een voorwaarde.

<https://ergotherapie.nl/>



De (klinisch) psycholoog



Lyonne Zonneveld

Mijn naam is Lyonne Zonneveld. Ik ben klinisch psycholoog, psychotherapeut en gepromoveerd op een (kosten-)effectieve cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor patiënten met een somatischsymptoomstoornis. Sinds 2011 werk ik bij de poli Pijn geneeskunde van het Amsterdam UMC. Daar zie ik patiënten met chronische pijn, participeer ik in wetenschappelijk onderzoek en geef ik onderwijs over pijn en communicatie aan studenten Geneeskunde, aan vakgenoten en aan diverse andere zorgprofessionals. Ik neem deel aan PA!N namens mijn beroepsvereniging Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Hun uitnodiging hiervoor heb ik aangenomen omdat PA!N de verbetering van pijnzorg nastreeft door het stimuleren van interdisciplinaire pijnzorg, -onderwijs en -onderzoek en door het in gesprek te zijn met alle stakeholders op gebied van pijn.

Wat is de visie van het NIP op pijn en pijnzorg?

Het doel van het NIP komt overeen met dat van PA!N. Ook het NIP wil een verbetering van de pijnzorg door interdisciplinariteit en door contact met alle stakeholders.

Hoe werkt een psycholoog?

Een goed gesprek met de patiënt is het belangrijkste diagnostische middel in de psychologie. Door te luisteren, open vragen te stellen en pijn/gedrag/gevoel/gedachten/ context te concretiseren brengt de psycholoog samen met patiënten hun pijn en de gevolgen ervan in kaart. Tijdens de diagnostische fase geeft de psycholoog ook pijneducatie over pijn als biopsychosociaal fenomeen.

In preventie en behandeling vormt pijneducatie ook een belangrijk onderdeel. In preventie heeft de inzet van psychologen een meerwaarde vanwege hun kennis in de klassieke, operante, sociale leertheorieën en communicatietheorieën. Qua psychologische behandeling van pijn is de cognitieve gedragstherapie het meest onderzocht en effectief gebleken. Ook andere psychologische behandelingen kunnen de kwaliteit van leven bij patiënten met pijn verhogen, zoals ACT, medische hypnose, EMDR, positieve psychologie et cetera. Belangrijk bij de keuze van een psychologische behandeling is dat de patiënt en de psycholoog samen de rationale van de behandeling plausibel en passend vinden bij het -gewenste en te behalen- doel van de patiënt.

Bij welke patiënten of problematiek moeten anderen jullie inschakelen?

De verwijzer schakelt de psycholoog in bij patiënten met pijn, waarbij het beloop van de pijn afwijkend is en/of bij wie er sprake is van een hoge lijdensdruk en/of een verminderd functioneren. Mijn voorkeur is een verwijzing, waarbij de verwijzer persoonlijk contact met mij opneemt om de reden van de verwijzing toe te lichten en om de mogelijke samenwerkingsvormen te bespreken. De verwijzer kan de psycholoog introduceren door aan te geven, dat pijn veel gevolgen heeft voor kwaliteit van leven. Een psycholoog gaat samen met de patiënt na of, en zo ja hoe, een psychologische behandeling de patiënt kan helpen om de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te houden, ondanks de pijn.

Hoe zou je de pijnzorg in Nederland in de toekomst willen zien?

Mijn ideale pijnzorg is een integrale pijnzorg, die begint met een goed gesprek met de patiënt waarin elke zorgprofessional pijn als biopsychosociaal fenomeen uitvraagt en uitlegt. Op deze manier geven we patiënten de kennis en kans om zelfmanagement toe te passen en om samen met zijn zorgprofessional goed geïnformeerde besluiten te nemen over hun integrale pijnzorg.

www.psynip.nl

www.lvmp.nl/nieuw-clinical-practice-somatisch-symptoomsstoornis-en-verwantestoornissen

De neurologen

Huidige situatie

De werkgroep pijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologen (NVN) streeft naar verbetering van de multidisciplinaire pijnzorg binnen de NVN en naar het beste pijnonderwijs voor artsassistenten neurologie. De laatste jaren zijn we betrokken geweest bij meerdere (multidisciplinaire) landelijke projecten zoals het zinnig zorgtraject lage rugpijn, de richtlijn gepast opioïden gebruik, herziening consultkaart lumbaal radiculair syndroom (LRS), ontwikkeling medical audit (LRS), de richtlijn LRS, richtlijn pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen. Het huidige bestuur bestaat uit; Brigitte Brouwer, voorzitter, Geert Jan Groeneveld, penningmeester en Willem Oerlemans, secretaris.



Brigitte Brouwer

Brigitte Brouwer: In het Maastricht UMC+ ben ik als neuroloog fulltime werkzaam bij de anesthesiologie en pijngeneeskunde en zie ik patiënten met chronische pijn in het gehele biopsychosociale pallet. Het werk als medisch specialist in de chronische pijn is zeer divers, naast patiëntenzorg komt er veel bij kijken zoals het opleiden van arts-assistenten, het organiseren van multidisciplinaire overleggen, wetenschappelijk onderzoek. Sinds 2018 ben ik voorzitter van de landelijke werkgroep pijn van de NVN. Het is fantastisch om inzicht te krijgen maar zeker ook om invloed te hebben op de landelijke trends en ontwikkelingen van je eigen vakgebied. Het vergt soms veel tijd, maar ik merk dat ook dat je er heel veel energie van krijgt. Wel is het denk verstandig om het stokje over te dragen naar een nieuw persoon om weer een nieuwe flow te creëren. Uiteraard wil ik het eerste jaar nog de side-kick van de nieuwe voorzitter zijn, om de overgang soepel te laten verlopen. Gelukkig ben sinds dit jaar lid van het dagelijks bestuur van de PA!N en daardoor kan ik bijdragen aan de verbinding.



Willem Oerlemans

Willem Oerlemans: Ik ben sinds ongeveer 2016 lid van deze (werkelijk “broodnodige”) belangrijke werkgroep. We zien dagelijks pijnpatiënten als neurologen toch...? Ik heb in de afgelopen jaren veel geleerd van mijn mede werkgroepleden. Niet alleen op organisatorisch gebied, over hoe pijngeneeskunde in Nederland in elkaar zit en wie je het beste voor welk probleem kunt benaderen, maar ook gewoon vakinhoudelijk heel veel!

Alle leden hebben hun eigen expertises en ervaringen en er zijn zelfs professoren lid! Dat maakt de communicatie over complexe problematiek gemakkelijker en dus beter en daar heb ik al veel aan gehad. De bijeenkomsten die we een aantal keer per jaar, onder het genot van een maaltijd en drankje hebben zijn dus ook levendig én heel erg leuk! Sinds dit jaar heb ik de eer secretaris van de werkgroep te zijn. Vanuit die positie word ik nu veel benaderd door de NVN met allerlei vragen en suggesties. Ik ben nu het doorgeefluik van de NVN en de rest van de buitenwereld naar de werkgroep en dat geeft me, zoals Brigitte ook al schreef, nóg meer betrokkenheid en ver-

ruimt mijn blik op het, door neurologen nog grotendeels onontgonnen, werkterrein dat “de neurologie van pijn” vormt. Ik hoop dat we door het aantrekken van (veel meer) enthousiaste neurologen en arts-assistenten de zorg voor onze patiënten nóg beter kunnen maken. Dat we door een intensievere samenwerking met allerhande specialismen een nóg grotere rol kunnen gaan spelen in het verbeteren van de multidisciplinaire organisatie van zorg voor onze (chronische- en acute) pijnpatiënten. Pijn is toch eigenlijk gewoon een neurologisch probleem...toch?



Geert Jan Groeneveld

Geert Jan Groeneveld: Ik ben neuroloog en klinisch farmacoloog en werk in Leiden enerzijds bij een klinisch farmacologisch onderzoeksinstituut (Centre for Human Drug Research) en anderzijds in het Leids Universitair Medisch Centrum. Bij het CHDR ben ik verantwoordelijk voor alle medische-wetenschappelijk en operationele aspecten van het werk dat we doen, maar in het bijzonder nog betrokken als hoofd-onderzoeker van alle studies op het gebied van pijn. Wij verrichten vroege fase klinische geneesmiddelstudies waarbij het de uitdaging is om al vroeg in de ontwikkelingsfase te proberen analgetische effecten aan te tonen. In gezonde proefpersonen, gebruik makend van pijn modellen en in patiënten met pijn. Door dit werk kom ik in aanraking met spannende nieuwe pijngeneesmiddelen en volg ik de ontwikkeling hiervan op de voet!

In het Leids Universitair Medisch Centrum heb ik als -merkwaardig- neuroloog een aanstelling bij de Anesthesiologie en zie ik alleen maar chronische pijn patiënten met een vermoedelijk neurologische oorzaak van de pijn. Ik ben mij in de loop van de afgelopen 10 jaar steeds meer gaan toelagen op deze uitdagende patiëntengroep

en merk dat ik het ondanks de vaak matige behandelresultaten heel dankbaar werk vind om te proberen verschil te maken. Ik ben al weer sinds meer dan vijf jaar bestuurslid van onze werkgroep Pijn van de NVN en vind het ontzettend leuk om ervaringen op het gebied van pijn patiënten te delen. Ik leer van mijn collega's en zij hopelijk ook van mij. De doelstelling van onze werkgroep is met name om het verantwoordelijkheidsgevoel onder de neurologen in Nederland voor de behandeling van patiënten met chronische neurologisch veroorzaakte pijn te vergroten. Deze verantwoordelijkheid hoort namelijk (mede) bij de neuroloog thuis! We willen dit bereiken door onderwijs te geven en door ons hard te maken voor de betrokkenheid van een neuroloog in elk multidisciplinair pijn-team of -overleg in elk ziekenhuis.

De toekomst

Wat staat er komende periode aan te komen: 2023 staat in het teken van het maken van een nieuwe visie en strategie. Naast de taken die landelijk naar ons toe komen willen we ook proactief onze eigen doelen m.b.t. o.a. onderwijs gaan bewerkstelligen.

Als werkgroep gaan we deelnemen aan de nieuwe werkwijze modulair richtlijnonderhoud van de clusters pijn en verwelkom gerelateerde aandoeningen en wat er nog meer aan leuke uitdagingen op ons pad komt! We zijn daarbij nog op zoek naar enthousiaste werkgroepleden met passie voor patiënten met (chronische) pijn. Arts-assistenten zijn ook meer dan welkom.



Alle leden van de werkgroep pijn NVN van li-re Jan Prick, Krista Roon, Linda Bralten, Willem Oerlemans, Brigitte Brouwer, Maarten Liedorp, Germine Mochel, Bas Termeulen, Marjolein van der Plas-Riemersma, Geert Jan Groeneveld. Overige leden niet op foto: Dolf Boerman, Esther Boot, Joost Jongen, Evert Kaal, Wim Mullers, Quang Ngo, Tom Sniijders, Jan Pieter ter Bruggen, Jorine van Vliet, Marieke Visser en Tom van de Voort.

<https://www.neurologie.nl/vereniging/organisatie/werkgroepen/pijn/>



Roberto Perez Poster Prijs 2022

De Roberto Perez poster prijs is tijdens het PAIN-congres Samen kom je verder van 8 december gewonnen door **Robert van der Noord** met de poster getiteld

“Do physiotherapy websites promote uniform language according to the dutch guideline and the biopsychosocial model in patients with low back pain?”

Van der Noord Robert,^{1,2} Reezigt Roland R,^{5,6} Paap Davy,^{3,4} Schiphorst Preuper H Rita,¹ Reneman Michiel F¹

Introduction

For many people with low back pain (LBP), the internet is the first source of information. For patients and healthcare providers it is very important that this information is consistent and promotes unambiguous language according to the Dutch LBP guideline and biopsychosocial model. This has a positive influence on the patient's perception and treatment- expectations and decisions.



Increasing numbers of physiotherapy practices have information about LBP on their website, to provide general information and treatment options. Currently, the quality of this information is unknown. Therefore, this study investigated to what extent the information on Dutch physiotherapy websites about LBP is consistent with LBP guidelines, and the biopsychosocial model.

Methods

Cross sectional study design; the content of all existing physiotherapy websites within the Netherlands were studied. Predetermined criteria for content analysis were developed according to physiotherapy guidelines and the biopsychosocial model. A biomedical score was given with 0 psychosocial factors, limited biopsychosocial with 1-2 psychosocial factors, or fairly biopsychosocial when 3 or more psychosocial factors were mentioned. Descriptive statistics were applied.

Results

8607 websites were identified. Of these websites 449 websites contained information about LBP. Most websites, 63.9% described a biomedical explanation regarding the causes of LBP, 27.7% limited biopsychosocial and 8.5% gave a fairly biopsychosocial explanation. The advised self-management strategies were for 70% consistent with the guideline.

Conclusions & Discussion

The minority of the physiotherapy websites within the Netherlands contained information about LBP. Of the websites with information, the majority of the information did not met current guidelines or lack in biopsychosocial explanations. Therefore, the provided information on a physiotherapy practice website is mostly not in accordance with the current state of evidence. Physiotherapy websites do not promote consistent information to the patients and mutual communication between healthcare providers.

1. Department of Rehabilitation, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands

2. Inter-fysio, Physical therapy practice, Groningen, The Netherlands

3. Department of Rheumatology and Clinical Immunology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands

4. School of health, Department of physiotherapy, Saxion University of Applied Sciences, Enschede, The Netherlands

5. Department of Human Movement Sciences, Faculty of Behavioural and Movement Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam Movement Sciences, The Netherlands

6. Academy of Health, Department of Physiotherapy, Hanze University of Applied Sciences, Groningen, The Netherlands

De jury kende de prijs toe aan deze poster omdat patiënten met pijn adequaat informeren over het biopsychosociale model en de behandeling van pijn een belangrijke stap is in de behandeling. Aangezien patiënten meer en meer informatie halen van website en ander digitale kanalen is de inhoud en kwaliteit van de geboden informatie belangrijk. In het gepresenteerde onderzoek van fysiotherapeut Robert van den Noord en collega's is de inhoud van de informatie op de website van fysiotherapeuten in heel Nederland over lage rugpijn inzichtelijk gemaakt. De vraag was of de informatie op de websites passend is en aansluit bij de geldende richtlijnen voor patiënten met lage rugpijn. Uit de resultaten blijkt dat de informatie over pijn nog altijd te eenzijdig vanuit het biomedisch perspectief wordt weergegeven. En niet vanuit het inmiddels erkende biopsychosociale model.

Informatie over de behandeling, met name zelfmanagement, was daarentegen wel meer in lijn met richtlijnen. De jury prijst de onderzoekers om zelf kritisch de eigen beroepsgroep onder de loep te nemen. Met dit onderzoek houden de onderzoekers namelijk de beroepsgroep een spiegel voor waardoor de informatievoorziening hopelijk in de toekomst verbeterd kan worden. Adequate informatie maakt immers deel uit van het scheppen van de juiste verwachtingen, wat een belangrijke eerste stap is om te komen tot een goede en vruchtbare samenwerking tussen behandelaar en patiënt. En hoewel het onderzoek monodisciplinair is uitgevoerd vond de jury het een voorbeeld voor andere disciplines om goed te kijken naar hun informatieoverdracht naar patiënten.

Tevens won deze poster op het congres de Publieksprijs!



Naast de Roberto Perez Posterprijs is er elk jaar op het PA!N-congres een prijs voor de beste poster gezien vanuit het perspectief van de patiënt. Een jury bestaand uit louter patiënten, onder leiding van Ilona Thomassen van PijnpatientennaarIstem, heeft dit jaar de prijs toegekend aan **dr. Vera Baadjou, revalidatiearts**, voor de poster **“Samen met de cliënt werken aan wat werkt voor hem”**. De andere auteurs van de poster waren Evelyn Cratsborn, Ine Cox, Maartje Laumen; allen werkzaam bij RAP-zorg Heerlen, Brunssum, Kerkrade en Maasbracht (<https://rap-zorg.nl>).

Introductie

Chronische pijn veroorzaakt een hoge zorgconsumptie en de huidige behandeling wordt vaak als onvoldoende beschouwd. Revalidatiegeneeskunde richt zich op het verminderen van beperkingen die cliënten met complexe problematiek ervaren. Vanuit het ICF-model wordt aandacht besteed aan het optimaliseren van activiteiten en participatie, rekening houdend met persoonlijke en externe factoren. Echter, het is belangrijk te beseffen dat de cliënt de enige is die kan verhelderen welke factoren de klachten beïnvloeden, hoe dit zelf ervaren wordt, hoeveel verandering hierin mogelijk of wenselijk is, en welke stappen en ondersteuning nodig en haalbaar zijn. Het is daarom bij indicatiestelling van belang om de cliënt vanuit een accepterende en veilige situatie te helpen bij het verhelderen van “zijn verhaal”.

Methodologie

De huidige poster illustreert een aanvullende benadering verantwoordelijk voor verhelderen en formuleren van verandering, via gespreksbenadering vanuit de “common factors” gedachte waarin de cliëntfactoren, het sociale netwerk, de factoren in de therapeut en de werkrelatie van belang zijn voor verdere invulling van het revalidatietraject.

Resultaten

Wanneer de cliënt daadwerkelijk als co-expert binnen de hulpverlening gezien wordt staat niet langer de deskundigheid t.a.v. de ziekte centraal, maar het verhaal van de cliënt in al zijn facetten. De behandelaar sluit met een houding van samen zoeken aan bij de mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt. Daarbij wordt de cliënt uitgedaagd om actief te participeren en het idee los te laten dat “de behandelaar het beste voor mij weet”, hij wordt gestimuleerd om de sociale omgeving te betrekken en optimaal gebruik te maken van zijn krachtige eigenschappen met inzicht in zijn kwetsbaarheden. Waarin we samen met de cliënt evalueren en de cliënt regie heeft en richting (mede) bepaald.



Conclusie & Discussie

de huidige poster presenteert een visie op de behandeling van cliënten met chronische pijn, ervaringen uit de praktijk en randvoorwaarden voor optimale implementatie.

Het juryrapport benoemde dat in deze benadering de patiënt wordt uitgedaagd actief te participeren in het genezingsproces. Hierdoor komt het probleem van de patiënt centraal te staan en niet de deskundigheid van de behandelaar. Door samen te zoeken naar mogelijke oplossingen is er een grotere kans van slagen. Het aardige is dat een aantal factoren vanuit de omgeving van de patiënt betrokken worden, zoals bijvoorbeeld zijn sociale netwerk. Dus een zinvolle benadering. De veel gehoorde klacht bij chronisch pijnpatiënten, vooral bij de groep met ‘niet aantoonbare lichamelijke klachten’ is vaak dat zij zich niet gehoord voelen, hun klachten niet serieus genomen worden en dat ze zich beschuldigd voelen omdat het aan hun gedrag zou liggen (in standhouden van). Het samen werken aan wat werkt voor de patiënt kan ervoor zorgen dat men zich wel serieus genomen voelt.

CoMEDICAL

Radiofrequency Pain Management



RF Cannula



Multi RF Lesion

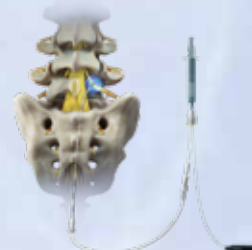
Reusables & Disposables



Injection Electrodes



X-Ray & Echogenic



Imedicom Epidural Catheters



Injection Needles



Injection Electrode



Disposable Electrode



Monographs

Procedure guides



Oakworks Medical

Imaging Tables



Books

RF Techniques

www.comedical.eu

CoMedical B.V., Gieterijstraat 46 – 47 , 2984 AB Ridderkerk , The Netherlands

Tel: +31 180 420 708 , Fax: +31 180 463 846 , Mobile: +31 613 886 424

E-mail: info@comedical.nl , E-mail: enrico@comedical.eu