

# ZORGPAD ALK BIJ KINDEREN

REGIO TREANT

Definitie ALK (SOLK): er is sprake van aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) bij kinderen als aanhoudende lichamelijke klachten beperkingen in het dagelijks functioneren geven en/of er sprake is van lijdensdruk en er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de klachten voldoende verklaart.

Ga naar: Voorbeeldzinnen, woorden en termen bij bespreking van ALK met de patiënt

01



## SIGNALERINGSFASE

Iedereen kan signaleren. Vervolgens de patiënt verwijzen naar huisarts, kinderarts, revalidatiearts, POH jeugd of medisch specialist.

02



## DIAGNOSEFASE

(zie: [www.uitlegalk.nl](http://www.uitlegalk.nl))

Deze fase bestaat uit twee stappen:

### STAP 1:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Zo nodig aanvullend onderzoek
- Zo nodig consult medisch specialist
- Vaststellen mate van ernst van ALK
- Contact met de jeugdarts overwegen
- Regiebehandelaar vaststellen

### STAP 2:

- Verdere analyse ALK door regiebehandelaar
- Inzet vragenlijsten (SCEGS), meetinstrument
- Medebehandelaars betrekken (bij behandelplan)
- Contact met de jeugdarts overwegen
- Terugkoppeling van diagnostiek door medebehandelaar aan regiebehandelaar met behandelvoorstel
- Samen met kind en ouders analyse van het probleem maken en behandelplan opstellen (+ evt. behandeltermijn)

03



## BEHANDELFASE

- Tussentijdse terugkoppeling en eindverslag door medebehandelaars aan regiebehandelaar
- Eindverslag met terugval(preventie)plan

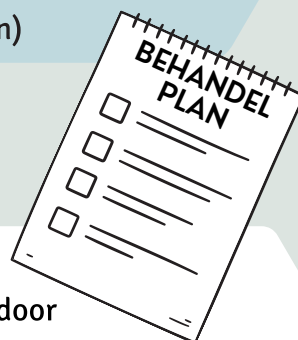
04



## CONTROLEFASE

- Wanneer kan patiënt terug worden verwezen naar huisarts?
- Wanneer actie bij terugval volgens terugval(preventie)plan?
- Definitieve afsluiting behandeltraject door regiebehandelaar

EDUCATIEFASE



# MATE VAN ERNST ALK

## **MILDE ALK – REGIE HUISARTS**

(in samenwerking met POH jeugd)

- Lichte functionele belemmeringen, en
- 1 of enkele ALK-klachten binnen 1 of 2 klachtenclusters (gastro-intestinaal, cardiopulmonaal, bewegingsapparaat en algemeen aspecifiek (dat wil zeggen: moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, concentratie-/geheugenklachten).

## **MATIG ERNSTIGE ALK - REGIE**

### **HUISARTS/KINDERARTS/REVALIDATIEARTS/GGZ:**

- Matig ernstige functionele belemmeringen, en
- Verscheidene ALK-klachten in ten minste 3 klachtenclusters, en/of
- Klachtenduur langer dan verwacht, afhankelijk van het normale beloop van de betreffende klacht.

## **ERNSTIGE ALK - REGIE REVALIDATIEARTS/KINDERARTS/GGZ:**

- Ernstige functionele belemmeringen, en
- ALK-klachten in alle klachtenclusters, en/of
- Klachtenduur > 3 maanden.

[Ga naar website NHG voor uitgebreide toelichting op ALK problematiek >>](#)

## **TOELICHTING**

De indeling is kunstmatig en heeft als doel de behandelaar richting te geven bij de keuzes die rond behandeling moeten worden gemaakt.

Op basis van individuele factoren kan de inschatting in ernst worden aangepast en regiebehandelaar worden gekozen. Bijvoorbeeld als er meerdere in stand houdende factoren zijn of bij aanwezigheid van prognostisch ongunstige factoren, vermoeden systeemproblematiek en schoolverzuim kan de ernst worden opgeschaald naar een volgende categorie.

Onder de categorie ernstige ALK vallen ook de kinderen die al behandeling gehad hebben voor ALK maar persisterende klachten met beperkingen houden.

# TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN REGIEBEHANDELAAR EN MEDEBEHANDELAARS

## REGIEBEHANDELAAR

De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

- De continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan het kind/de jongere wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- Er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen, de bij de behandeling van het kind/de jongere, betrokken zorgverleners;
- Er één aanspreekpunt voor het kind/de jongere en diens naasten is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling. \*

De regiebehandelaar hoeft niet zelf het aanspreekpunt te zijn. Het aanspreekpunt hoeft ook niet zelf alle vragen van de patiënt en diens naasten te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden.

- Bij de werkdiagnose ALK wordt tijdens de eerste stap van de diagnosefase vastgesteld wie de regiebehandelaar is.
- De regiebehandelaar voert de regie over het gehele diagnose- en behandelproces.
- Aan de hand van de [mate van ernst](#) en mogelijkheden kan de [huisarts](#), [kinderarts](#), [GGZ](#) of [revalidatiearts](#) (alleen bij pijnklachten aan houding- en bewegingsapparaat of vermoeidheid) regiebehandelaar zijn.
- Indien gewenst betreft de regiebehandelaar medebehandelaars met vraagstelling plus eigen diagnostiek.
- Regiebehandelaar maakt samen met het kind en de ouders een analyse van het probleem en stelt een behandelplan op (+ evt. behandeltermijn).

## MEDEBEHANDELAAR

Alle behandelaren betrokken bij de behandeling van de patiënt, in casu niet zijnde de regiebehandelaar.

Medebehandelaars kunnen o.a. zijn:

- [POH jeugd](#)
- [POH GGZ](#)
- [Psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut](#)
- [Kinderfysiotherapeut](#)
- [Medische psychologie, orthopedagoog](#)
- [Medisch specialist](#)

## BEHANDELPLAN

Het behandelplan is de koppeling tussen diagnosefase en behandel fase. Hierin worden alle medebehandelaars benoemd, wat iedereen doet en wat het doel is, met toestemming van ouders en kind/jongere indien > 12 jaar [jeugdarts](#) van de school opnemen in verzendlijst.

[Ga naar: uitleg en verklaringsmodellen ALK >>](#)

[Ga naar: Voorbeeldzinnen, woorden en termen bij bespreking van ALK met de patiënt >>](#)

## EINDVERSLAG MET TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN

Hierin staan afspraken voor de controlefase en welke medebehandelaars nog betrokken blijven.

---

\*Uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 21 januari 2021, uit:  
<https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/hoofdbehandelaar-voortaan-regiebehandelaar>

# HUISARTS

## SIGNALERINGSFASE:

- Als anamnese en/of lichamelijk onderzoek richting ALK wijzen;
- Als klachten niet in herkenbare lichamelijk of psychische diagnose passen;
- Als klachten onderdeel uitmaken van een patroon van vaker terugkerende, evt. deels onverklaarde, klachten;
- Als kind/jongere al 1 of meerdere specialisten bezocht heeft voor deze klachten, waarbij geen verklaring gevonden is.

## DIAGNOSEFASE STAP 1:

- Uitgebreide anamnese; eventueel aanvullend onderzoek door [POH jeugd](#)\*
- Lichamelijk onderzoek;
- [Verwijzing tweede lijn](#) voor medische diagnostiek als kind/jongere of huisarts nog onvoldoende zeker is van werkdiagnose ALK.

## DIAGNOSEFASE STAP 2:

- [SCEGS-analyse](#);
- Geen verwijzing nodig indien voldoende zekerheid over werkdiagnose ALK en lichte klachten/beperkingen;
- (hierbij gebruik maken van verklaringsmodel) plus oplossingsrichting
- Als er voldoende zekerheid is over werkdiagnose ALK en matige klachten/beperkingen; verwijzing binnen de eerste lijn (bijvoorbeeld [kinderfysiotherapeut](#) of [psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut](#), POH-GGZ, [POH-jeugd](#), diëtist), of bij onvoldoende belangstelling/expertise binnen de eerste lijn: verwijzing [kinderarts](#);
- Verwijzing [kinderarts](#) of [kinderrevalidatiearts](#) voor diagnostiek ALK indien sprake van ernstige klachten (m.n. indien ernstig invaliderend/beperkend in dagelijks leven).

## BEHANDELFASE:

- Bij lichte klachten/beperkingen, als uitleg en enkelvoudige adviezen voldoende zijn: huisarts zelf;
- Bij matige klachten/beperkingen: verwijzing binnen de eerste lijn of naar de kinderarts;
- Bij ernstige klachten/beperkingen: in principe behandeling binnen de tweede lijn, met kinderarts of kinderrevalidatiearts als regiebehandelaar.

## CONTROLEFASE:

Monitoren hoe het gaat, op de diverse domeinen: ernst van de klachten maar vooral de beleving.

## TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

Samen met kind/jongere weer kijken waarom het weer misgaat en welke route nodig is. Samen met kind/jongere hier een plan voor maken.

---

\*Inzet van [POH jeugd](#) kan onderdeel zijn van de uitgebreide anamnese, om zo ook het systeem van het kind/jongere in kaart te brengen, naast de medische geschiedenis. Ook bij lichte ALK kan POH-jeugd meedenken hoe in het dagelijks leven om te gaan met de klachten. Uitzoeken wanneer wel of geen klachten. Hoe hiermee om te gaan met vrienden of familie. Leren accepteren, etc. Dit kan zowel in het begin als helemaal aan het eind, als er een heel traject gaande is of is geweest. Zo nodig, op afroep. Ook ouders informeren over hoe hiermee om te gaan. Do's en don'ts uitleggen.

Op alle momenten bij de huisarts kan POH jeugd ingezet worden.

# POH JEUGD

## **SIGNALERINGSFASE:**

Als huisarts na diverse onderzoeken heeft vast kunnen stellen dat er op lichamelijk gebied geen verklaringen zijn kan het kind/de jongere doorverwezen worden naar de POH-Jeugd. Of als er psychosociale factoren welke van invloed lijken te zijn op het lichamelijk functioneren, zoals bijvoorbeeld overmatige stress, piekeren, angst, depressieve klachten etc.

## **DIAGNOSEFASE:**

Anamnese (SCEGS):

- In kaart brengen wat de klachten zijn, wat er is gedaan, wanneer en hoe het kind/de jongere er last van heeft en wanneer niet;
- Psychosociale factoren zoals angst, depressie en stressfactoren, omgeving;
- Gedrag: omgang met klachten, slaap, ontspanning, herstel belemmerend gedrag 'middels teken je gesprek', PrOP, ACT.

## **VRAGENLIJSTEN:**

- Opstellen genogram en sociogram;
- SDQ (ouders, leraren, kind vanaf 11 jaar).

## **BEHANDELFASE:**

- Educatie (pijn/vermoeidheid/prikkelverwerking/omgeving);
- Adem en ontspanningsoefeningen (actief en passief);
- Teken je gesprek (inzicht gevende methodes);
- ACT (Acceptance and Commitment Therapy);
- CGT
- PrOP (Probleem, omstandigheden, persoonlijke stijl) in kaart brengen;
- Bijhouden dagboek.

## **CONTROLEFASE:**

Start met 1x per week of om de week, dit een aantal keren 5 tot 10 keer. Met afbouw aan het einde, frequentie steeds minder.

## **TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:**

- Het kind/de jongere heeft inzicht gekregen in welke omstandigheden en coping mechanisme invloed hebben op de klachten en kan daar zelf mee uit de voeten. Dit is gekomen door de gesprekken wat werkt en wat niet en welke hulpbronnen in de omgeving steunend zijn;
- Huisarts op de hoogte stellen wat te doen bij terugval.

Indien terugval: Eerst een gesprek wat er aan voorafging, i.c.m. ouders en huisarts. Eventueel plan bijstellen.

# MEDISCH SPECIALIST

## GEEF IN VERWIJSBRIEF SPECIFIEK AAN WAT JE VERWACHT, BIJVOORBEELD:

- Uitsluiting van ...
- Terugverwijzing naar ...
- Expliciet benoemen dat gedacht wordt aan ALK, danwel dat het al besproken is met het kind/de jongere
- Na uitsluiting van eventuele enkelvoudige somatische oorzaken, wordt het kind/de jongere terugverwezen naar de verwijzer (i.c. huisarts). NB denk aan boodschap/communicatie naar het kind/de jongere.

[Ga naar: Voorbeeldzinnen, woorden en termen bij bespreking van ALK met de patiënt](#)

## LINKS NAAR MEDISCH SPECIALISTEN:

- [Kinderarts](#)
- [Jeugdarts](#)
- [Kinderrevalidatiearts](#)
- [Specialistische GGZ](#)
- [Medische psychologie](#) (psycholoog of orthopedagoog in ziekenhuis)

# KINDERARTS

## SIGNALERINGSFASE/DIAGNOSEFASE 1:

Signaleringsfase/diagnosefase 1:

Indien er bij anamnese (inclusief [SCEGS](#)) en lichamelijk onderzoek geen alarmsymptomen zijn of kliniek passend bij een andere diagnose. (blz. 44 NVK richtlijn). [Ga naar: NVK Richtlijn >>](#)

## DIAGNOSEFASE:

Brede intake binnen Psychosociaal Zorgpad Treant kindergeneeskunde door psychosociaal werker en/of medisch psycholoog. Dit kan al voor gezamenlijke probleemdefinitie of daarna als 1e start in behandel fase. [Link naar document >>](#) (inloggen vereist).

Advies NVK richtlijn SOLK: voor het inschatten van de prognose bij kinderen met ALK beveelt de werkgroep aan om de volgende factoren te inventariseren:

- Duur van de klachten;
- Schoolverzuim (overwegen om contact te hebben met [jeugdarts](#), met toestemming van ouders en > 12 jaar jongere zelf);
- Bijkomende symptomen van overige ALK-syndromen;
- Kenmerken van angst en depressie (anamnese en/of gestandaardiseerde vragenlijst);
- Familiair voorkomen van ALK inclusief de huidige klachten en lichaamsgerichtheid van ouders/verzorgers.

Na intake terugkoppeling in MDO psychosociaal zorgpad. Doel: terugkoppeling bevindingen, gezamenlijke probleemdefinitie en behandelvoorstel en afstemmen wie dit bespreekt. Er wordt kritisch gekeken welke behandeling het beste aansluit.

Opties:

- [POH jeugd](#) (als huisarts in brief vermeldt dat POH jeugd passend lijkt);
- Behandeling psychosociaal medewerker Treant;
- Behandeling [medisch \(GZ\) psycholoog](#)/orthopedagoog Treant;
- Behandeling basis GGZ;
- Behandeling [specialistische GGZ](#);
- Multidisciplinaire behandeling chronisch vermoeidheid of chronisch pijnklachten houdings- en bewegingsapparaat binnen revalidatie;
- Behandeling eerstelijns [kinderfysiotherapeut](#) of [\(psychosomatisch\) oefen- of fysiotherapeut](#).

Verklaringsmodel en behandelvoorstel wordt met het kind/de jongere en ouders/verzorgers besproken.

## BEHANDELFASE:

Indien behandeling binnen medische psychologie of psychosociaal werker dan is kinderarts regiebehandelaar en sluit pas af na traject medische psychologie / psychosociaal werker, die overigens wel voor een periode van de behandeling casemanager kan zijn en 1e aanspreekpunt voor kind/jongere en ouders/verzorgers. Het lijntje met de kinderarts is kort voor heroverwegen gezamenlijke probleemdefinitie en ingezette beleid indien terugval/onvoldoende herstel. Kinderarts heeft minimaal 1x per 4-6 maanden contact met het kind/de jongere en/of ouders/verzorgers (dit is ook nodig voor financiering van deze zorg). Indien behandeling buiten het ziekenhuis plaatsvindt wordt, afhankelijk van de ernst van de ALK, het regie-behandelaarschap overgedragen of wordt wel follow-up afgesproken.

## CONTROLEFASE:

In de brief naar de huisarts wordt soms een advies gegeven door de kinderarts, dat indien opnieuw aan ALK gedacht wordt laagdrempelig opnieuw beoordeling door kinderarts alvorens aanvullende diagnostiek te verrichten om overdiagnostiek te voorkomen. Met toestemming wordt deze brief ook naar de [jeugdarts](#) gestuurd.

## TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:

De medisch psycholoog/psychosociaal werker schrijft in eindrapportage een terugval(preventie)plan. Vraagt toestemming deze ook naar de huisarts te sturen.

# KINDERREVALIDATIEARTS

## **SIGNALERINGSFASE:**

Er bestaan langdurig klachten in het houding- en bewegingsapparaat en/of vermoeidheid, die medisch niet of onvoldoende verklaard kunnen worden.

Revalidatieprogramma met kinderrevalidatieteam bestaande uit kinderfysiotherapeut, kinderergotherapeut, medisch maatschappelijk werk en medisch psycholoog onder leiding van kinderrevalidatiearts.

## **DIAGNOSEFASE:**

- In kaart brengen van de voorgeschiedenis ( het medische behandeltraject dat is doorlopen voorafgaand aan de aanmelding);
- Lichamelijk onderzoek op indicatie;
- Uitsluiten van medische behandelbare pathologie, indien nader onderzoek gewenst is dan dit afronden, voordat de procedure verder loopt;
- Beoordelen of er sprake is van chronische pijn en/of vermoeidheidsklachten aan de hand van in- en exclusiecriteria;
- Navragen of een letselschadeproces loopt en beoordelen of dit invloed zou kunnen hebben op de effectiviteit van het behandelprogramma;
- In de onderzoeksfase ligt het accent op het in kaart brengen van de uitlokkende en in stand houdende factoren van de klachten. Dit zowel op het biomedisch, psychologisch, als sociale niveau. Factoren kunnen hierbij worden uitgesplitst naar drie niveaus, namelijk predispositioneel/aanleg, direct uitlokkend/triggers en onderhoudende factoren (schema bio psychosociaal model). Het uitgewerkte model vormt de basis voor het verklaringsmodel voor de klachten en wordt op concreet niveau met het kind/de jongere en ouders/verzorgers uitgewerkt aan de hand van het Gevolgenmodel.

## **BEHANDELFASE:**

Het programma is er op gericht om zowel voor de jongeren als de ouders/verzorgers een begrijpelijk verklaringsmodel te maken ten aanzien van het ontstaan van de klacht en de mogelijk in standhoudende factoren. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van het bio psychosociaal model, aangezien vaak zowel lichamelijke als ook psychische en sociale factoren een rol spelen in de problematiek. Per individu kan de nadruk echter heel anders liggen. Het is van essentieel belang dat er een verklaringsmodel op individueel niveau wordt gemaakt samen met het kind/de jongere en de ouders/verzorgers. De psycho-educatie wordt eerst algemeen geboden, maar dient zich in de loop van het programma ook vooral toe te spitsen op wat voor het individuele kind/de jongere van belang is. Aan de hand van het Gevolgenmodel wordt voor het kind/de jongere en ouders/verzorgers inzichtelijk gemaakt welke factoren de klachten vermoedelijk in stand houden. Het is belangrijk dat het kind/de jongere en ouders/verzorgers dit (h)erkennen en het zo voor hen inzichtelijk wordt welke aangrijpingspunten er zijn ten aanzien van het werken aan herstel. Een belangrijk uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid hiervoor vooral bij het kind/de jongere komt te liggen. De ouders/verzorgers worden wel actief betrokken bij de behandeling. Zij leren hun kind op een positieve manier te stimuleren en aan te spreken op gedrag en verantwoordelijkheden. Doel is dat ouders/verzorgers weer een bij de leeftijd van het kind passende ouderrol krijgen in plaats van een zorgende rol. Na de psycho-educatie aan kind/jongere en ouders/verzorgers wordt gewerkt aan de individuele doelstelling van de jongeren. Deze liggen op het terrein van herstel van bewegen, herstel van schoolgang, werk en vrijetijdsbesteding en herstel van emotioneel en sociaal functioneren. Accenten liggen per kind/jongere verschillend, afhankelijk van de beperkingen die het kind/de jongere ondervindt en de individueel vastgestelde doelen. Tijdens de behandeling worden de Tips voor Dips opgesteld door de teamleden samen met het kind/de jongere.

[Lees verder op volgende pagina -->](#)



# KINDERREVALIDATIEARTS (VERVOLG)

(vervolg van vorige pagina)

## **CONTROLEFASE:**

Bij afronding van het behandelprogramma wordt met het kind/de jongere en ouders/verzorgers een terugvalpreventieplan doorgenomen. Daarin staan de belangrijkste Tips voor Dips, specifiek geformuleerd samen met de individuele jongere, op basis van wat in de behandelfase de belangrijkste aandachtspunten, valkuilen en succesfactoren zijn gebleken. Soms komen gedurende de behandeling onderliggende psychische problemen, bv angst- of depressieklachten, duidelijker naar voren. Hiervoor wordt in overleg met het kind/de jongere en ouders/verzorgers adequate vervolghulp gezocht. Het behandelprogramma wordt afgesloten met een afsluitende sessie met het team, het kind/de jongere en zijn ouders/verzorgers. Het kind/de jongere mag aan deze sessie zelf inhoud geven en aan het eind worden de Tips voor Dips uitgereikt. Daarna volgen 3 maanden waarop het kind/de jongere in principe geen afspraak met het team heeft, maar probeert zelf, met hulp van zijn of haar netwerk, het geleerde verder in praktijk te brengen. Gedurende deze 3 maanden kunnen zowel het kind/de jongere als de ouders/verzorgers nog een beroep doen op het team, via mail of indien nodig via een afspraak. Na 3 maanden volgt een boostersessie met ouders/verzorgers, kind/jongere en revalidatiearts en een deel van het team.

## **TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:**

Een eerste evaluatie van de behandeling vindt plaats tijdens de afsluiting van de behandeling, daarna nogmaals bij de follow-up van 3 maanden. Op indicatie kan daarna nog een poliafspraak bij de revalidatiearts plaatsvinden.

# SPECIALISTISCHE GGZ

## **SIGNALERINGSFASE:**

Wanneer kinderen/jongeren naar de Specialistische GGZ worden verwezen zijn ze al uitgebreid gescreend door huisarts, kinderarts, gemeente, medisch specialist en triage-team. Een somatische onderliggende oorzaak moet voldoende onderzocht zijn en een psychische component waardoor de klachten worden uitgelokt of bestaand blijven dient onderzocht te worden. Consultatie is altijd mogelijk bij iedere instelling.

## **DIAGNOSEFASE:**

Het bio psychosociale model wordt gebruikt als basis: predisponerende, uitlokkende en in standhoudende factoren lokken de klacht uit. Dit wordt gedaan middels gesprekken met cliënt en systeem, reeds betrokken hulpverleners en andere betrokkenen en aangevuld met vragenlijsten. Naast een uitgebreide klachtenanamnese worden de ontwikkelingsanamnese, gezinsanamnese en familieanamnese uitgevraagd, met expliciete aandacht voor het uitvragen van traumatische gebeurtenissen. Daarnaast kan diagnostiek uitgevoerd worden naar onderliggende problematiek. Er kan psychodiagnostisch onderzoek, systeemonderzoek, kinderpsychiatrisch onderzoek, onderzoek naar comorbiditeit worden ingezet. Door middel van het gevolgenmodel wordt gekeken naar de gevolgen van de lichamelijke klacht en welke van deze gevolgen de klacht in stand houden. Er wordt uitgegaan van de klacht en vervolgens worden ideeën over de klacht uitgevraagd. Emotionele, gedragsmatige, lichamelijke en sociale gevolgen worden geïnventariseerd. Aan de hand hiervan worden vicieuze cirkels gemaakt waarin inzichtelijk wordt gemaakt hoe een gevolg een verklaring vormt voor het uitblijven van herstel. De belangrijkste cognitieve, emotionele en gedragsmatige factoren worden weergegeven in relatie tot elkaar en tot de klacht.

## **BEHANDELFASE:**

Afhankelijk van de uitkomsten van de diagnostische fase wordt een behandelbeleid voorgesteld aan de hand van de geldende richtlijnen. In overleg met cliënt en systeem wordt vastgesteld welke behandeling wordt ingezet en op welke factoren en gevolgen deze zich richt. Bij alle behandelingen is zorgvuldige psycho-educatie noodzakelijk voor de cliënt en het systeem om hen te helpen de ontwikkeling van de klachten te begrijpen, ter ontschuldiging en als kadering voor het gesprek met anderen zoals, de familie, school en vrienden.

Wat betreft behandelmethodes is het actief betrekken van het systeem middels ouderbegeleiding of systeemtherapie belangrijk. Daarnaast kan gedacht worden aan CGT (verschillende protocollen beschikbaar), EMDR, hypnose, vaktherapie (zoals PMT), zonodig samenwerking met bijvoorbeeld kinderfysiotherapeut en/of andere eerstelijns werkers of andere naastbetrokkenen. In overleg met het kind/de jongere en het systeem, wordt vastgesteld welke behandeling wordt ingezet en op welke factoren en gevolgen deze zich richt.

## **CONTROLEFASE:**

Evaluatie met kind/jongere en ouders/verzorgers. Zo nodig behandeling bijsturen.

## **TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:**

Terugval preventieplan maken samen met het kind/de jongere en systeem. Consultatiefunctie na afsluiting.

# JEUGDARTS

## **SIGNALERINGSFASE:**

De jeugdarts heeft brede sociaal geneeskundige kennis en vaardigheden op het gebied van het opgroeiende kind/jonger. Hij/zij signaleert, onderzoekt, interpreteert en bevordert de individuele en collectieve lichamelijke en geestelijke gezondheid van de opgroeiende jeugd, ook in relatie tot de leefomgeving.

De jeugdarts is werkzaam op het consultatiebureau en/of verbonden aan scholen, zowel basisonderwijs als voorgezet onderwijs en MBO; neemt deel aan Zorgadviesteam en speelt een belangrijke rol bij zorgwekkend ziekteverzuim.

Bij zorgwekkend ziekteverzuim, gesignaleerd door scholen, kan de jeugdarts op verschillende manieren interveniëren, afhankelijk van de problematiek:

Als het gaat om (onbegrepen) lichamelijke klachten en/of achterliggende psychosociale problematiek zal hij/zij samen met het kind/de jongere en ouders/verzorgers zoeken naar adequate ondersteuning of zorg. Indien de huisarts nog niet op de hoogte is van de klachten en het schoolverzuim en nadere diagnostiek gewenst is zal er een verwijzing naar de huisarts volgen.

## **DIAGNOSEFASE:**

Er zal bij voortdurend verzuim een plan van aanpak worden gemaakt, samen met school, hoe de leerling, ondanks ziekte en klachten en onderzoek daarnaar, toch (vaak deels) onderwijs kan volgen.

In het gesprek met leerling en ouders/verzorgers wordt een vertaalslag gemaakt van ziekte/klachten naar mogelijkheden voor deelname aan het lesprogramma en hij/zij adviseert hierin het kind/de jongere, ouders/verzorgers en school. Ook is er regelmatig sprake van overleg over de belastbaarheid van de leerling met de huisarts/regiebehandelaar.

## **CONTROLEFASE:**

De jeugdarts heeft een taak in het monitoren van de schoolgang en heeft vervolgesprekken over de voortgang met de leerling en/of ouders/verzorgers. Hij/zij kan de verbindende schakel zijn tussen hulpverlening en school, zeker nu de ambulante begeleiders niet meer aanwezig zijn op scholen.

# MEDISCHE PSYCHOLOGIE (PSYCHOLOOG OF ORTHOPEDAGOOG)

## **SIGNALERINGSFASE:**

In de revalidatie is er door de arts al gescreend en wordt dus bij de medische psychologie al aangemeld voor behandeling chronische pijn en/of vermoeidheid.

Binnen het psychosociaal zorgpad kunnen kinderartsen, bij vermoeden van bijkomende psychosociale factoren, direct verwijzen naar de medische psychologie of eerst een brede screening laten doen door de psychosociaal medewerker. Aanhoudende lichamelijke klachten kunnen ook binnen dit zorgpad geëvalueerd worden. Na intake wordt het kind/de jongere in een MDO besproken. Als een kind rechtstreeks bij de medisch psycholoog wordt aangemeld door de kinderarts komt het wel eens voor dat in het traject bij de psycholoog een vermoeden van ALK naar voren komt. [Link naar document >>](#) (inloggen vereist)

## **DIAGNOSEFASE:**

Diagnostische instrumenten vanuit de cognitieve gedragstherapie, vragenlijsten gericht op diverse problematiek (angst, depressie). Vanuit de gedragstherapie: holistische theorie als model om samenhang van de klachten in kaart te brengen, Gevolgenmodel als intakemodel om in standhoudende factoren bij ALK in kaart te brengen.

## **BEHANDELFASE:**

Zelf behandelen: diverse specifieke interventies, afhankelijk van dynamiek van de ALK: EMDR, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, medische hypnose. Afhankelijk van de dynamiek van de klachten doorverwijzen naar eerste lijn: basis GGZ/coach/systeemtherapeut of [specialistische GGZ](#). Bij ernstigere pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat of vermoeidheid en multidisciplinaire behandeling is nodig: kinderrevalidatie.

Daarnaast is er de mogelijkheid tot samenwerking met (medisch)maatschappelijk werk bij systeemproblematiek.

## **CONTROLEFASE:**

Spreekt af na hoeveel tijd er een evaluatie is alvorens het traject wordt afgesloten.

## **TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:**

Evaluatiegesprekken met het kind/de jongere. Eindrapportage met ook terugval(preventie)plan. Vraagt toestemming om deze ook naar de huisarts te sturen. Gesprek in de vorm van Tips en Dips binnen de kinderrevalidatie.

# KINDERFYSIOTHERAPEUT

## **SIGNALERINGSFASE:**

Geen/minder resultaat van de therapie dan verwacht; geen herkenbaar klachtenpatroon, onlogische (uiting van) klachten.

## **DIAGNOSEFASE:**

0-meting PSK; vragenlijsten: FDI, CIS CSI, PedsQL, Sensory Profile; BOT-2; Fitkids treadmill/fietsergometrie; Gevolgenmodel.

## **BEHANDELFASE:**

Kinderfysiotherapie als vraag op gebied van activeren of ontspanningsoefeningen altijd in afstemming met andere behandelaren – 1 kind, 1 plan. Graded activity, graded exposure, graded exercise. Ontspanningsoefeningen. Adviezen op basis van prikkelverwerking (Sensory Profile). Ook bij vraag op gebied van ademhaling.

## **CONTROLEFASE:**

Afbouwend in frequentie van 1x per week – 1x per maand.

## **TERUGVAL(PREVENTIE)PLAN:**

Opnieuw afstemmen met andere behandelaren, Gevolgenmodel opnieuw bekijken. Opnieuw uitgangspositie bepalen – 0-meting. Vanuit 0-meting weer starten met opbouw.

## **EINDMETING:**

Zelfde klinimetrie herhalen als bij de diagnosefase.

# PSYCHOSOMATISCH OEFEN- OF FYSIOTHERAPEUT

## SIGNALERINGSFASE:

- Duur klachten: langer dan 3-6 maanden aanhouden;
- Onvoldoende resultaat voorgaande therapieën;
- Disproportionele klachten en/of (wijd) verspreide klachten;
- Psychosociale factoren welke van invloed lijken te zijn op het lichamelijk functioneren, zoals bijvoorbeeld overmatige stress, piekeren, angst, depressieve klachten etc.;
- Functioneel somatische syndromen zoals FM, CVS of PDS.

## DIAGNOSEFASE:

Anamnese (SCEGS):

- Duur klachten, (wijd) verspreide klachten, disproportionele klachten;
- In kaart brengen van uitlokkende en of in standhoudende factoren: fysieke, emotionele (angst, depressie, stressfactoren), gedragsmatige, sociale en overige in standhoudende factoren;
- Gedrag: omgang met klachten, slaap, ontspanning, herstel belemmerend gedrag.

Vragenlijsten (wisselend per leeftijdscategorie):

- VAS/NPRS pijn, vermoeidheid en/of spanning;
- PSK, MAF, RAND 36;
- 4DKL of vragenlijsten specifiek gericht op angst, depressie of burn-out;
- CSI;
- FDI;
- CIS.

## BEHANDELFASE:

Behandelplan wordt opgesteld afhankelijk van de hulpvraag van het kind/de jongere. Totale aanpak is gericht op somatiek, cognities, emoties, gedag en het sociale domein.

- Psycho-educatie (pijn/vermoeidheid/prikkelverwerking);
- Therapeutisch lichaamswerk: adem- en ontspanningsoefeningen (actief en passief), spanningsregulatie oefeningen (actief en passief), ervaringsgericht bewegen, aandachtstraining (MBCT), oefeningen gericht op lichaamsbewustwording, emotieregulatie oefeningen, lichaamsgerichte oefeningen bij trauma;
- Activatie d.m.v. Graded exposure of Graded activity.

## CONTROLEFASE:

Start met 1x per week, afbouwend naar 1x per maand.

## TERUGVAL:

- Opstellen terugval preventieplan;
- Aanbevelingen naar de huisarts of regiebehandelaar: wat te doen bij terugval;
- Indien terugval: opnieuw afstemmen met regiebehandelaar, overwegen deel van voorgaande behandeling te herhalen en daarbij Gevolgenmodel te betrekken. Opnieuw uitgangspositie bepalen – 0-meting. Vanuit 0-meting weer starten met opbouw.

# VOORBEELDZINNEN, WOORDEN EN TERMEN BIJ BESPREKING VAN ALK MET DE PATIËNT

## VOORBEELDZINNEN, UITLEG VAN ALK KLACHTEN:

- Er is geen ziekte, beschadiging of andere aandoening die de klachten kan verklaren.
- Het zijn lichamelijke klachten die veel last kunnen geven. Je verzint het niet.
- Je lichaam probeert je iets aan te geven.
- Je klacht is echt, ik zie dat je er last van hebt.
- Je klachten zijn reëel en komen veel voor.
- De kans is klein dat lichamelijke oorzaken over het hoofd worden gezien.
- Er is niet slechts één reden aan te wijzen waarom je deze klachten ontwikkelt. Vaak gaat het om een voor jou unieke combinatie van verschillende factoren.
- Lichaam en geest beïnvloeden elkaar.
- In het brein wordt de pijnveraring gevormd.
- De hevigheid van de pijn is geen goede weerspiegeling van de mate waarin de weefsels beschadigd zijn.
- Er is sprake van verhoogde waakzaamheid van het centrale zenuwstelsel (centrale sensitatie).
- Het alarmsysteem kan gaan overbeschermen
  - Na weefselschade
  - Na een lange periode van mentale/lichamelijke overbelasting.
- We hebben een pijn dempend en een pijnversterkend systeem, er kunnen dingen zijn die het pijnversterkende systeem blijven aanjagen (chronische stress, bepaalde emotie of angst..).
- Fysiek en mentaal gaan altijd samen op. Bij chronische pijn zijn er vaak veel factoren die elkaar ook weer beïnvloeden.
- We weten dat er wel degelijk pijn kan blijven bestaan zonder dat er weefselschade zichtbaar is.
- Je lichaam probeert je te beschermen door spieren aan te gaan spannen, maar dat kost weer veel energie en al die aanspanning geeft ook weer pijn.
- Als pijn chronisch is geworden is het vaak veel moeilijker om nog precies de oorzaak aan te wijzen. Je kunt wel gaan kijken naar factoren waar je wel wat mee kan.



## NIET ZEGGEN:

- We hebben niets gevonden
- Het zit tussen je oren
- Je hebt geen ziekte
- Het gaat vanzelf over
- Je moet er maar mee leren leven
- Zorg ervoor dat je leuke dingen gaat doen
- Kortom niet gaan fixen!

## WEL DOEN:

- Erkennen dat iemand last heeft
- Niet alleen zeggen wat het niet is, maar juist ook wat het wel is
- Eigen woorden gebruiken
- Zelf stellig zijn dat er medisch niets ernstigs aan de hand is
- Kind/jongere aan de hand meenemen
- Geef huiswerk mee, verwijst naar boeken of filmpjes
- Maak een nieuwe afspraak en vraag wat ze gelezen en/of gezien hebben
- Geef de regie terug aan het kind/de jongere

[Ga naar: communicatie bij solk - kinderen >>](#)

# SCEGS ANALYSE

## SOMATISCH door huisarts

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamelijk onderzoek

### COGNITIEF

- Ideeën over het ontstaan en voortbestaan van zijn klacht
- Invloed die de patiënt hier zelf op denkt te hebben;
- Waarom de patiënt denkt bepaalde activiteiten of werkzaamheden niet (meer) te kunnen doen; De verwachtingen omtrent de bijdrage van hulpverleners aan het oplossen van de klacht.
- Door een exploratie van deze aspecten komt men opvattingen op het spoor, die het herstel kunnen belemmeren: catastroferende gedachten, ziekteattributies, of ideeën over omgang met de klacht.

## VOORBEELDVRAGEN

Uitdiepen van de klachten, aard, ernst, het beloop en de duur van de klachten. Uitslagen van lichamelijk en aanvullend onderzoek

- Wat denk je als je daar last van hebt?
- Welke gedachten komen er bij u op als u last van heeft?
- Heb je zelf ideeën over wat er aan de hand kan zijn/ waar jouw klachten mee te maken kunnen hebben? ('fear avoidance believes')
- Heb je opgezocht wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn?

### EMOTIONEEL

- Welke gevoelens ervaart de patiënt door de klachten? Depressief, angstig, moedeloos of opstandig?
- Is de patiënt erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?
- Klachten en de cognities over de klachten kunnen samengaan met ongerustheid, angst of een sombere stemming. Eventueel een vragenlijst als hulpmiddel gebruiken om distress, angst en depressieve gevoelens bespreekbaar te maken.

- Wat doen die klachten (emotioneel) met je?
- Brengen de klachten die je ervaart bepaalde gevoelens naar boven?
- Hoe voel je je sinds je de klachten heeft?
- Onderzoek catastroferende gedachten n.a.v. de emoties: wat vreest de patiënt?

[Lees verder op volgende pagina -->](#)



# SCEGS ANALYSE

## SOMATISCH door huisarts

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamelijk onderzoek

### GEDRAG

- vermijden van belasting of beweging,
- werkverzuim;
- negeren van de klacht, en extra doorzetten waardoor overbelasting optreedt;
- ander gedrag dat het herstel zou kunnen belemmeren.
- besteed hierbij tevens aandacht aan het hulpzoekgedrag:
- Zoekt de patiënt snel medische hulp of probeert hij zelf de problemen op te lossen? Bezoekt hij verschillende artsen/zorgverleners voor hetzelfde probleem?
- Wat heeft de patiënt zelf aan de klacht gedaan
- Let ook op non-verbaal gedrag tijdens het consult (bijvoorbeeld een patiënt met rugpijn die erg scheef in de stoel zit).

## VOORBEELDVRAGEN

Uitdiepen van de klachten, aard, ernst, het beloop en de duur van de klachten. Uitslagen van lichamelijk en aanvullend onderzoek

- Wat doe je als je de klachten hebt? Hou je er rekening mee? En helpt dat dan ?
- Kun je iets doen om de klachten te verminderen?
- Zijn er zaken die je vermijdt in verband met jouw klachten ?
- Wat zien andere mensen aan jouw gedrag als je die klachten hebt?

### SOCIAAL

- Welke gevolgen hebben de klachten voor de belangrijkste relaties van de patiënt?
- Hoe reageert de omgeving er op: (over)bezorgd, negatief of juist steunend?
- Welke invloed hebben de klachten op het functioneren thuis en op het werk?

- Moet je je leven aanpassen aan de klachten? (werk, hobby, privé)
- Hoe reageert de omgeving op jouw deze klachten?
- Hebben de klachten invloed op je sociale leven?
- Komen er nog gedachten over de oorzaak van je klachten vanuit de omgeving?
- Hoe reageert de omgeving op je klachten?

## SCEGS

- Toon echte belangstelling
- Luisteren, samenvatten, doorvragen
- Blijf gericht op de klacht en de gevolgen

## DOEL SCEGS

- Patiënt wordt zich bewust van ineffectieve gedachten
- Hierdoor kan hij gaan kiezen voor ander gedrag
- Zelf gevonden inzichten hebben meer effect dan aangereikte adviezen

## RELEVANTE LINKS, VIDEOS & BOEKEN

### BOEKEN:

**Zakendoen met emoties - Marten Klaver**

Limbische verklaring en cognitieve emotieve behandeling van SOLK. Dit boek is geschreven voor psychosomatische therapeuten, huisartsen, psychologen, neurologen, psychiaters, andere paramedici en medici en voor iedereen die geïnteresseerd is in SOLK-problematiek.

**Omgaan met onverklaarde lichamelijke klachten - Jan Houtveen, Astrid Blok**

Dit boek geeft waardevolle informatie voor iedereen die met onverklaarde lichamelijke klachten te maken heeft.

**De Pijn de Baas - Dr. Frits Winter**

Het boek De Pijn de Baas helpt u uw eigen therapeut te worden. U kunt de invloed van pijn terugdringen.

### RELEVANTE WEBSITES:

 ZIE MIJ NU



FASE	LINK & TOELICHTING
Algemeen	Voor zowel professionals als patiënten: <a href="https://uitlegalk.nl/">https://uitlegalk.nl/</a> Website van: <a href="#">NPN (Netwerk Psychosomatiek Noord-Nederland)</a> Website landelijk netwerk SOLK: <a href="#">SOLKnet</a>
Diagnosefase	<a href="#">Thuisarts.nl: onverklaarde lichamelijke klachten</a>
Behandelfase	<a href="#">Thuisarts.nl: Ik wil iets doen aan onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK)</a>  <a href="#">Thuisarts.nl: Ik wil een behandeling voor onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK)</a>  Functionele bewegingsstoornissen: <a href="#">Functionelebewegingsstoornissen.nl</a> <a href="#">Stichtingfns.nl</a>  Hoofdpijn: <a href="#">Allesoverhoofdpijn.nl</a>  Buikpijn: <a href="#">Hypnosebijbuikpijn.nl</a>  Chronische pijnklachten: <a href="#">Video YouTube: de pijn begrijpen en wat te doen (10 minuten)</a> <a href="#">Video YouTube: met revalidatiearts Loes Swaan (33 minuten)</a> <a href="#">Mijnbeschermendebrein.nl</a> <a href="#">Video YouTube: Wat is chronische (aanhoudende) pijn? En wat kan revalidatie betekenen voor u? (10 minuten)</a> <a href="#">Retrain Pain Foundation</a>