



KNGF-standpunt

# Fysiotherapie bij patiënten met pijn

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

## Ontwikkeltraject

Door duidelijk te maken aan andere beroepsgroepen wat de fysiotherapeut kan en doet in de behandeling, diagnostiek en preventie van pijnklachten, wil het KNGF bijdragen aan de interprofessionele samenwerking van zorgverleners en zodoende aan de zorg voor patiënten met pijn.

Dit standpuntendocument is ontwikkeld door een werkgroep bestaande uit onderzoekers en fysiotherapeuten die zich hebben gespecialiseerd in het behandelen van pijnklachten. Daarnaast zijn de standpunten voorgelegd ter becommentariëring aan een brede externe klankbordgroep van hoogleraren, lectoren, bestuurders van beroepsinhoudelijke verenigingen binnen de fysiotherapie en pijnspecialisten in het fysiotherapie onderwijs. De commentaren van de brede externe klankbordgroep zijn verwerkt in de voorliggende versie van dit document. Alle experts uit de externe klankbordgroep hebben hun akkoord op de standpunten gegeven. Hoewel dit document primair gericht is op zorgaanbieders, heeft ook de patiëntenorganisatie 'Pijnpatiënten naar één stem' het document van feedback voorzien. Van dit document wordt tevens een patiëntenversie gepubliceerd. De leden van de werkgroep en de externe klankbordgroep zijn hierna weergegeven.

## Werkgroep

Dr. Albère Köke	Fysiotherapeut en onderzoeker Universiteit Maastricht, Kenniscentrum Adelante Hoensbroek, Zuyd Hogeschool Heerlen
Dr. Lennard Voogt	Lector complexe pijn Hogeschool Rotterdam
Brechtus Engelsma	Bestuurslid Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie en bestuurslid van de Pijn Alliantie Nederland (PA!N)
Dr. Davy Paap	Fysiotherapeut en voorzitter Consilium Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Robert van der Noord, MSc	Psychosomatisch fysiotherapeut en EFIC pijn fysiotherapeut
Ruud van der Veen, MSc	Bestuurslid Nederlandse Vereniging van Revalidatie Fysiotherapeuten
Drs. Mick Loos	Beleidsmedewerker Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

## Klankbordgroep

Prof. dr. Raymond Ostelo	Hoogleraar Evidence Based Physiotherapy Vrije Universiteit van Amsterdam
Dr. Harriet Wittink	Lector Leefstijl en Gezondheid aan Hogeschool Utrecht en EFIC pijn fysiotherapeut
Dr. Bart Staal	Senior onderzoeker Radboudt Universiteit
Prof. dr. Michiel Reneman	Hoogleraar Revalidation Medicine en bestuurslid van de Pijn Alliantie Nederland (PA!N)
Prof. dr. Paul van Willigen	Transcare Groningen, Pain in Motion Vrije Universiteit Brussel
Prof. dr. Thea Vliet Vlieland	Hoogleraar Rehabilitation and Physical Therapy
Prof. dr. Corine Visscher	Hoogleraar Orofaciale Fysiotherapie, sectie Orofaciale Pijn en Dysfunctie, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
Dr. Edwin de Raaij	EFIC Pijn Fysiotherapeut
Jacco Schekkerman, MA	Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie
Thirza Douglas	Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek
Drs. Ilona Thomassen	Voorzitter samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem
Gerard van der Wees, MSc	Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie
Annet Timmer, MSc	Secretaris Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek
Michelle Verseveld, MSc	Ad-interim Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie en Oncologie
Drs. Yvonne de Leeuw-van Zaanen	Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten

**NB** Zowel de fysiotherapeut als de patiënt zijn voor de leesbaarheid consequent in de mannelijke vorm beschreven. Maar de keuze hiervoor is arbitrair en waar hij of zijn staat kan ook zij of haar gelezen worden.

# Inhoudsopgave

<b>Algemeen</b>	4
<b>Inleiding</b>	5
Doelgroep	6
Visie KNGF	7
<b>1 Standpunten KNGF: preventie van chroniciteit</b>	9
1.1 Screening	9
1.2 Samenwerking	10
1.3 Preventieve behandeling	10
<b>2 Standpunten KNGF: behandeling van chronische pijn</b>	11
2.1 Samenwerken	11
2.2 Diagnostiek	11
2.3 Behandeling chronische pijn	12
<b>Tot slot</b>	15
<b>Referenties</b>	16

## Algemeen

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft in haar rapport 'Vertrouwen in Beweging' <sup>(4)</sup> haar visie op de fysiotherapeut als deskundige op het gebied van bewegen beschreven. De fysiotherapeut ondersteunt zorgvragers bij het bewegend functioneren als bewegen niet meer vanzelfsprekend is, waar nodig in samenwerking met anderen. In het visierapport wordt geen specifieke doelgroep benoemd. Daarom zijn, in dit aanvullende rapport, gerichte standpunten geformuleerd rondom de fysiotherapeutisch zorg voor patiënten met pijnklachten.

Pijnklachten hebben een grote invloed op bewegen en daarmee op het dagelijks functioneren en welzijn van mensen, zeker als die chronisch zijn of dreigen te worden. Het doel van dit rapport is om de werkwijze van fysiotherapeuten bij pijnproblematiek transparant te maken voor andere zorgverleners. Door aan te geven wat de fysiotherapeut kan en doet, op welk moment en vanuit welke visie wil het KNGF bijdragen aan de interprofessionele samenwerking voor de zorg voor pijn. Daarbij roept het KNGF ook andere beroepsverenigingen op hun standpunten duidelijk te maken. Alleen samen kan de zorg voor patiënten met pijn verder geoptimaliseerd worden.

### **Chronische pijn en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)**

Chronische pijn waarvoor geen duidelijke biomedische oorzaak te vinden is wordt vaak ook onder de bredere term SOLK geschaard. Echter ook een acuut biomedisch probleem kan zich in een later stadium tot een chronisch pijnprobleem ontwikkelen. Daarnaast kan chronische pijn ook een probleem zijn of worden bij verschillende specifieke ziektes of diagnosegroepen.

Vanuit die gedachte richt dit document zich op chronische pijnklachten van het houding en bewegingsapparaat en daarmee gepaard gaande beperkingen in het fysiek functioneren en niet op SOLK in het algemeen. Daarbij wordt voor chronische pijn uitgegaan van de definities van primaire en secundaire chronische pijnproblemen van het bewegingsapparaat zoals beschreven in de International Classification of Diseases (ICD-11) <sup>(2, 3)</sup>

# Inleiding

Volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP) is pijn een subjectieve, onaangename sensorische en emotionele ervaring, die samenhangt of lijkt samen te hangen met actuele of dreigende weefselschade. Chronische pijn wordt daarbij gezien als een multifactorieel gezondheidsprobleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, dagelijks functioneren en kwaliteit van leven.<sup>(4)</sup> Pijnklachten kunnen door de aanwezigheid van diverse factoren en gevolgen in de tijd een probleem op zichzelf worden. Chronische pijn staat dan niet meer synoniem voor alleen weefselschade, een pathologisch proces of een ziekte.<sup>(2, 5-7)</sup> De impact van pijn op het dagelijks functioneren voor het individu en de maatschappij is groot, zeker als de pijnklachten langdurig aanhouden.<sup>(8, 9)</sup>

Helaas is de huidige zorg voor patiënten met chronische pijn in Nederland niet optimaal.<sup>(4, 7, 10, 11)</sup> Een belangrijke oorzaak hiervan is het ontbreken van een effectieve behandeling die de pijnklachten volledig wegneemt.<sup>(12, 13)</sup> Een tweede oorzaak is het gebrek aan kennis onder zorgverleners over de multifactoriële aard van pijn. De verschillende zorgdisciplines hanteren hun eigen theoretische, verklaringsmodellen met daarbij behorende behandelmethoden. Het aanbod van behandelingen voor chronische pijn is mede daardoor breed en zeer divers.<sup>(13)</sup> Patiënten met pijn ervaren geen continuïteit in hun zorg (iedere hulpverlener heeft weer een andere verklaring of aanpak) of ervaren een gebrek aan afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.<sup>(10)</sup> Er is dringend behoefte aan verbeteringen in de zorg voor chronische pijn.<sup>(14)</sup>

De noodzaak om de zorg voor patiënten met pijn te verbeteren heeft o.a. geleid tot het opstellen van de Zorgstandaard Chronische Pijn (ZCP)<sup>(4)</sup> in 2017. Deze is in 2020 opgenomen in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. De ZCP adviseert een interprofessionele benadering waarbij zorgprofessionals samenwerken, vanuit één gezamenlijke biopsychosociale visie. Deze gezamenlijke visie richt zich op het bevorderen van zelfmanagement waarin de verschillende behandelmethoden op elkaar afgestemd zijn.

Het hoofddoel van behandeling is het onderhouden en verbeteren van het niveau van dagelijks functioneren, ondanks de aanwezigheid van pijn. Binnen deze aanpak wordt geadviseerd patiënten met minder complexe problemen zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen en patiënten met (een hoog risico op) complexe, langdurige of aanhoudende problemen (zo snel mogelijk) door te verwijzen naar meer gespecialiseerde zorg in tweede of derde lijn. De eerste lijn heeft daarbij een belangrijke rol in het tijdig herkennen van patiënten met een verhoogd risico op chronische pijn. Daarnaast is het essentieel dat er een juiste inschatting wordt gemaakt van welk type zorg passend is bij de mate van complexiteit van het pijnprobleem. In dit kader benadrukt de ZCP het belang van preventie van chronische pijnklachten en beperkingen in het dagelijks functioneren in een zo vroeg mogelijke fase. Hoe eerder zorgverleners pijn als een multifactorieel probleem inventariseren en analyseren hoe beter chronische pijn op langere termijn voorkomen kan worden.

Het is volgens de ZCP aan de zorgverleners om de aanbevelingen uit de ZCP te operationaliseren en te implementeren in de dagelijkse praktijk. Om de aanbevelingen uit de ZCP om te zetten in daadwerkelijke acties is het noodzakelijk dat elke discipline duidelijk maakt wat haar inbreng in interprofessionele samenwerking kan zijn. Inzicht in elkaars mogelijkheden en zienswijze bevordert samenwerking. Gezien de prevalentie van chronische pijn<sup>(5, 15, 16)</sup>, de hoge lijdensdruk van patiënten

en de hoge maatschappelijke kosten is inhoudelijke en organisatorische verandering van de zorg voor pijn dringend noodzakelijk. Daarom heeft het KNGF standpunten geformuleerd over de rol en inbreng van de fysiotherapeut bij intercollegiale en interprofessionele zorg voor pijn. Daarmee wil het KNGF bijdragen aan het verder optimaliseren van zorg, zoals omschreven in de ZCP en andere richtinggevende documenten in de zorg zoals 'De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'<sup>(17)</sup>.

In haar rapport 'Vertrouwen in Beweging'<sup>(1)</sup> heeft het KNGF al haar visie over de fysiotherapeut als deskundige op het gebied van bewegen en de rol van de fysiotherapeut in de toekomst in algemene zin gedefinieerd. De fysiotherapeut ondersteunt zorgvragers bij het bewegend functioneren als bewegen niet meer vanzelfsprekend is, waar nodig in samenwerking met anderen. In het voorliggend standpunt is specifiek de fysiotherapeutische zorg voor patiënten met pijn benoemd. De primaire focus van de fysiotherapeutische zorg is gericht op problemen in het bewegend functioneren door pijn en daaraan bijdragende factoren. Daarbij wordt, conform de ZCP, onderscheid gemaakt in enerzijds preventie van chronische pijn in de acute of subacute fase en anderzijds in de behandeling van patiënten met chronische pijn.

## Doelgroep

Een van de (meest voorkomende) factoren die ervoor zorgt dat bewegen niet meer vanzelfsprekend is, is pijn. Patiënten met pijnklachten worden vaak verwezen naar de fysiotherapeut of melden zichzelf aan via de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). De prevalentie van pijn is onder alle leeftijdscategorieën hoog; 20% van de volwassenen (tot 65 jaar)<sup>(5, 15)</sup>, 40% van de mensen ouder dan 65,<sup>(18)</sup> en 25% van alle kinderen en adolescenten<sup>(19, 20)</sup> ervaren chronische pijnklachten. De standpunten in dit rapport beperken zich tot de groep volwassenen. De fysiotherapeut ziet met name veel patiënten met musculoskeletale pijnklachten, zoals pijn aan de rug, nek en schouder, waarvan een deel chronische pijnklachten kan ontwikkelen. Daarnaast ontwikkelen ook patiënten met een specifieke aandoening of na een operatieve ingreep chronische pijn, die ook vaak gezien worden door de fysiotherapeut (tabel 1).

**Tabel 1** prevalentie chronische pijn bij doelgroepen met een specifieke aandoening

Specifieke aandoeningen en prevalentie chronische pijn		Soort operaties en prevalentie chronische pijn <sup>(21-24)</sup>	
Dwarslaesie <sup>(25, 26)</sup>	60-80%	Amputaties	50%
Neuromusculaire aandoeningen <sup>(27-29)</sup>	30-70%	Thoracotomie	40%
Cerebro Vasculaire Aandoening <sup>(30)</sup>	30%	Heup /Knie prothese	20-28%
Multiple Sclerose	50%	Liesbreuk	10%
Parkinson <sup>(31)</sup>	66-92%		
Nierziekten <sup>(32, 33)</sup>	47%		
COPD <sup>(34)</sup>	41%		
Pijn bij kanker (alle fasen) <sup>(35)</sup>	51%		
Curatief <sup>(35)</sup>	55%		
Palliatief <sup>(35)</sup>	60%		

Vanwege het ontbreken van één officiële diagnosecode voor chronische pijn, wordt chronische pijn binnen de ICD-11 onderverdeeld in chronisch primaire en secundaire pijn.<sup>(2, 3)</sup> De ICD-11 indeling is gebaseerd op de interactie tussen lichamelijke, psychologische en sociale factoren. Chronische primaire pijn is gedefinieerd als pijn die in een of meer lichaamsregio's voorkomt, die langer dan drie maanden duurt, en waarbij er sprake is van significante emotionele stress of beperkingen in dagelijkse activiteiten of participatie die niet verklaard kunnen worden door andere chronische aandoeningen. Chronisch secundaire pijn syndromen zijn gekoppeld aan een onderliggende aandoening waar de pijn in eerste instantie een symptoom van was, maar waarbij uiteindelijk de pijn ook in stand gehouden of verergerd wordt door andere (psychosociale) factoren dan de aandoening zelf. De chronische secundaire pijnsyndromen kunnen behalve op een onderliggende aandoening (bv. chronische secundaire oncologische pijn) ook samenhangen met de aangedane weefselstructuur (bv. chronische secundaire neuropatische pijn) of een specifieke aanleiding (bv. chronische postoperatieve of posttraumatische pijn).

Bij de ICD-11 classificatie is de traditioneel gebruikelijke, maar (arbitraire) tijdsduur van 3 maanden gehanteerd wanneer men spreekt van chronische pijn. In de ZCP echter is de tijdsduur bij de definitie van chronische pijn bewust weggelaten.<sup>(4)</sup> Dit omdat deze tijdsduur feitelijk arbitrair is: er is geen duidelijk afkappunt aan te geven. Ook in de acute en subacute fase kunnen al psychosociale factoren aanwezig zijn die het risico op chronische pijn verhogen.<sup>(36-39)</sup> Vanwege o.a. het ontbreken van een effectieve behandelmethode om chronische pijn volledig op te heffen is het belang van preventie groot. Dit vraagt o.a. een vroegtijdig herkenning van risicopatiënten (met een afwijkend beloop) en de tijdige inzet van effectieve preventieve interventies om te voorkomen dat een chronisch pijnprobleem ontstaat.<sup>(4)</sup> Daarom zijn in dit rapport door het KNGF apart standpunten geformuleerd voor de rol en werkwijze van de fysiotherapeut ten aanzien van preventie van chronische pijn en apart voor de behandeling van chronische primaire en secundaire pijnsyndromen volgens de ICD-11.

Onderzoek toont aan dat er veel overeenkomsten zijn in de psychosociale factoren die bijdragen aan een verhoogd risico op chronische pijn, ongeacht de aandoening of locatie van de pijnklachten.<sup>(39, 40)</sup> Ook de factoren die de pijnklachten of pijngerelateerde beperkingen in stand houden vertonen veel overeenkomsten. Verder zijn er grote overeenkomsten tussen behandelrichtlijnen en adviezen voor de verschillende regiogebonden (chronische) pijnklachten.<sup>(41-43)</sup> Ook in diverse KNGF-richtlijnen worden bij verschillende aandoeningen min of meer gelijke patiëntprofielen onderscheiden, waarbij psychosociale factoren in meer of mindere mate bijdragen aan de klachten.<sup>(44-49)</sup> Daarom zijn de standpunten generiek geformuleerd. Alle primaire en secundaire chronische pijnklachten, gedefinieerd volgens de ICD-11 classificatie, van het houding- en bewegingsapparaat vormen daarmee de doelgroep.

## Visie KNGF

Het KNGF is van mening dat alle pijn (van acuut tot chronisch) per definitie multifactorieel is, waarbij verschillende interacties tussen lichamelijk, psychische, persoonsgebonden en omgevingsfactoren bijdragen aan de aard en ernst van pijn en de gevolgen van pijn voor het dagelijks functioneren. Omdat de aard en ernst van de bijdrage van lichamelijke, psychische en sociale factoren per patiënt zal verschillen is een individuele benadering noodzakelijk, waarbij

intercollegiale en interprofessionele samenwerking en afstemming gewenst, zo niet noodzakelijk is. Een brede biopsychosociale analyse om het multifactorieel karakter per individuele patiënt inzichtelijk te maken is noodzakelijk. Op dit moment is het biopsychosociale model binnen de fysiotherapie nog in ontwikkeling. <sup>(50, 51)</sup>

Binnen deze aanpak bezit de fysiotherapeut een biopsychosociale en patiëntgecentreerde attitude. <sup>(52-57)</sup> De fysiotherapeut richt zich daarbij, binnen zijn eigen diagnostiek en behandeling, primair op problemen met het fysiek functioneren en de factoren die daaraan bijdragen. Behandeling en preventie van chronische pijn vanuit een biopsychosociale benadering, is geen verbijzondering of specialisatie binnen de fysiotherapie, maar een basiscompetentie van elke fysiotherapeut. Aangezien pijn een veel voorkomende klacht is van patiënten binnen de fysiotherapie mogen andere zorgprofessionals up-to-date kennis over pijn en de relatie tussen pijn en bewegen in het bijzonder van een fysiotherapeut verwachten. Daarnaast bezit de fysiotherapeut vaardigheden om beïnvloedbare biopsychosociale factoren in relatie tot bewegend functioneren met pijn te behandelen. Deze competenties zijn beschreven in het EFIC core curriculum voor het Europees diploma pijn fysiotherapie (2017). De heterogeniteit en diversiteit in ernst van een pijnprobleem vraagt van elke fysiotherapeut om bij iedere patiënt een inschatting te maken van zijn eigen competenties in relatie tot de complexiteit van het pijnprobleem. Als de inschatting is dat men zichzelf onvoldoende bekwaam acht, maakt de fysiotherapeut in eerste instantie gebruik van intercollegiaal overleg of doorverwijzing naar een gespecialiseerde collega en overweegt het inschakelen van andere zorgprofessionals. Er bestaat momenteel ook geen instrument om de mate van complexiteit van een pijnprobleem te kwantificeren. Ook dit wordt overgelaten aan de beoordeling door de individuele fysiotherapeut. Binnen de fysiotherapie bestaan diverse erkende specialisaties. Deze hebben betrekking op specifieke patiëntengroepen (kinderen, ouderen, patiënten met bekkenklachten, patiënten met temporomandibulaire klachten, patiënten met oncologische problematiek, sporters, patiënten met hart-, vaat- of longproblemen, patiënten met oedeemklachten en patiënten met handklachten), specifieke behandelmethodieken (manuele therapie, psychosomatische behandelmethoden) of setting (bedrijfsfysiotherapie, ziekenhuisfysiotherapie, revalidatiegeneeskunde). Een gespecialiseerde fysiotherapeut kan een extra bijdrage leveren binnen de biopsychosociale diagnostiek van bepaalde aandoeningen en specifieke interventies aanbieden. Verenigingen voor manuele therapie, oncologische fysiotherapie en psychosomatische fysiotherapie hebben verschillende competentieniveaus gedefinieerd en gerelateerd aan de mate van complexiteit van het gezondheidsprobleem. Maar de vraag op welk moment en bij welke aandoening gespecialiseerde fysiotherapie ingezet kan worden valt buiten de scope van dit document. Voor een aantal specifieke aandoeningen komt dit aan bod in de KNGF-richtlijnen.



# 1 Standpunten KNGF: preventie van chroniciteit

## 1.1 Screening

Veel patiënten doen een beroep op de fysiotherapeut vanwege pijnklachten. Het KNGF is van mening dat de fysiotherapeut gezien zijn positie vroeg in de keten (o.a. door de directe toegankelijkheid) een belangrijke taak kan vervullen in de preventie van chroniciteit van pijn en daarmee gepaard gaande beperkingen in het bewegend functioneren.<sup>(58)</sup> Traditioneel is het fysiotherapeutisch methodisch handelen (fysiotherapeutische anamnese en lichamelijk onderzoek) gericht op het determineren van structuren, functiestoornissen en specifieke pathologiën (rode vlaggen) die mogelijk de klachten kunnen verklaren.<sup>(59)</sup> Bij de directe toegankelijkheid screent de fysiotherapeut op rode vlaggen (pluis/niet pluis) en verwijst, in overleg met de patiënt, bij 'niet pluis' door naar de huisarts. In het kader van preventie van chronische pijnklachten of beperkingen in dagelijks functioneren is het vroegtijdig herkennen van zogenaamde risicopatiënten bij een afwijkend beloop in de acute of subacute fase van groot belang.<sup>(60)</sup> In verschillende KNGF-richtlijnen (lage-rugpijn, nekpijn) wordt er gesproken van een afwijkend beloop wanneer de beperkingen, activiteiten en participatie in een periode van 3–6 weken niet duidelijk verbeteren.<sup>(47, 48)</sup> Als er sprake is van een afwijkend beloop wordt geadviseerd om de situatie met de huisarts of verwijzer te bespreken.

- 1.1.1** Daarom monitort de fysiotherapeut in de vroege fase standaard het beloop van de klachten in de tijd. Daarnaast brengt de fysiotherapeut het risico voor ontstaan van chronische pijn en beperkingen in functioneren in kaart zodra het beloop van de klachten afwijkend wordt.<sup>(58)</sup> Daarbij worden, bij voorkeur, biomedische en psychosociale risicofactoren op chronische pijn met behulp van valide meetinstrumenten geïnventariseerd.<sup>(61)</sup>

Als het risico op chronische pijn verhoogd is, beoordeelt de fysiotherapeut de bereidheid (of motivatie), de gezondheidsvaardigheden en de verandermogelijkheden van een patiënt. De fysiotherapeut schat zo in of een behandeling gericht op zelfmanagement ter preventie van chronische pijn kansrijk is. Zelfmanagement wordt in gehele standpunt gedefinieerd conform de KNGF-richtlijn Zelfmanagement (2022).

'Zelfmanagement is het vermogen van een patiënt om om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een aandoening/beperking en bijbehorende aanpassingen in leefstijl, in samenhang met de sociale omgeving. Zelf management betekent dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet'.

De beoordeling vindt plaats aan de hand van een gesprek met de patiënt, waarin naast voorlichting en uitleg ook de wensen en behoeften van de patiënt besproken worden (zie ook richtlijn Zelfmanagement).<sup>(62)</sup> De fysiotherapeut is zich daarbij bewust van zijn taalgebruik en verbale en non-verbale communicatiestijl om nocebo-effecten te voorkomen.<sup>(63, 64)</sup> Daar waar nodig schakelt de fysiotherapeut een collega in voor overleg of advies.

## 1.2 Samenwerking

Patiënten met een afwijkend beloop en een verhoogd risico op chronische pijn worden door de fysiotherapeut, als deze dat nodig acht, intercollegiaal of interprofessioneel besproken om zodoende een gezamenlijk vervolgbeleid te bepalen. Dit gebeurt bij voorkeur binnen een officieel lokaal of regionaal samenwerkingsverband of netwerk.

### 1.2.1 De fysiotherapeut geeft binnen de samenwerking op basis van het fysiotherapeutisch methodisch handelen zijn bevindingen weer over:

- De aanwezige lichamelijke factoren (o.a. stoornissen in functies, aanwezige co-morbiditeit).
- De aard en ernst van aanwezige psychosociale factoren (o.a. ziektepercepties, stemmingsklachten, problemen met werk, schulden of relationele problemen).
- Zijn beoordeling van het risico op chroniciteit.
- Zijn beoordeling over de bereidheid van de patiënt om een zelfmanagementprogramma te doorlopen.
- Zijn indruk van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.
- Zijn advies voor behandeling in meest geschikte setting (eerste, tweede, derde lijn).

Daarbij benoemt de fysiotherapeut een werkhypothese over de samenhang tussen de aanwezige lichamelijke en psychosociale factoren, de pijnklacht en de pijngerelateerde beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarbij maakt de fysiotherapeut gebruik van het International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)-model of het SCEGS-model. (SCEGS staat voor Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedrag en Sociaal) om biopsychosociale aspecten te registreren. Welk model gehanteerd wordt is afhankelijk van voor welk model in een samenwerkingsverband gekozen is.

Samen met de gegevens van diagnostische trajecten van andere betrokken disciplines wordt een gezamenlijke probleemanalyse en een gezamenlijk plan van aanpak, onder regie van de huisarts (of medisch specialist), opgesteld, bij voorkeur samen met de patiënt. Het plan van aanpak kan pas worden uitgevoerd wanneer dit met de patiënt besproken is en als de patiënt akkoord is.

## 1.3 Preventieve behandeling

De fysiotherapeutische bijdrage aan een preventieve behandeling om chronische beperkingen in dagelijks functioneren te voorkomen kan (op hoofdlijnen) bestaan uit (een combinatie van) onderstaande onderdelen. <sup>(65, 66)</sup> Bij alle behandelvormen houdt de fysiotherapeut rekening met het niveau van gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

- a Het vergroten van kennis en inzicht van de patiënt over mogelijke biopsychosociale factoren die bijdragen aan het chronisch worden van de pijn en het advies om actief te blijven of om activiteiten weer op te pakken, ondanks de pijn. De fysiotherapeut geeft afhankelijk van de complexiteit van het pijnprobleem voorlichting en adviezen of pijneducatie. <sup>(67)</sup> De fysiotherapeut is zich daarbij bewust van zijn taalgebruik en verbale en non-verbale communicatiestijl om nocebo-effecten te voorkomen. <sup>(63, 64)</sup>





- b Een oefenprogramma gericht op verbeteren van fysieke fitheid en kwaliteit van bewegen, afhankelijk van de geformuleerde doelen.
- c Een beweegprogramma gericht op het zelfstandig kunnen onderhouden van dagelijkse activiteiten, ondanks de pijn. <sup>(66, 68)</sup>
- d Stress-regulerende behandelingen in de vorm van adem- en ontspanningsoefeningen of lichaamsgerichte therapie. <sup>(69)</sup>

## 2 Standpunten KNGF: behandeling van chronische pijn

### 2.1 Samenwerking

Diagnostiek en behandeling van chronische pijn vraagt kennis en vaardigheden op meerdere domeinen. De fysiotherapeut werkt intercollegiaal (met gespecialiseerde fysiotherapeuten) en interprofessioneel samen daar waar dit leidt tot een meer effectieve/efficiënte behandeling van de individuele patiënt. <sup>(70)</sup> De fysiotherapeut is zich bewust van zijn eigen competenties, voegt deze samen en stemt deze af met gespecialiseerde collega's of professionals vanuit andere disciplines om zo optimale zorg te verlenen aan patiënten met chronische pijn.

**2.1.1** Binnen een samenwerkingsverband of netwerk richt de fysiotherapeut zich primair op het diagnosticeren en optimaliseren van factoren die het fysiek functioneren negatief beïnvloeden. <sup>(1)</sup>

**2.1.2** De fysiotherapeut participeert in samenwerkingsverbanden of netwerken in de eerste lijn en/of tussen de eerste, tweede en derde lijn en/of participeert in interprofessionele teams in ziekenhuizen en/of revalidatiecentra. <sup>(71-73)</sup>

**2.1.3** De fysiotherapeut neemt een proactieve houding aan om intercollegiale en/of interprofessionele samenwerking in zijn eigen omgeving te stimuleren en faciliteren binnen de eerste lijn en/of tussen de eerste, tweede en derde lijn.

### 2.2 Diagnostiek

**2.2.1** De fysiotherapeut richt zich op biomedische aspecten zoals de screening van rode vlaggen en de aanwezigheid van comorbiditeit en heeft kennis van bewegen en biomedische mechanismen om te kunnen bewegen.

Daarnaast heeft hij kennis van psychosociale bevorderende factoren zoals bv. veerkracht, optimisme en psychosociale belemmerende factoren zoals bv. ziektepercepties, catastroferen, bewegingsangst, depressieve klachten en belemmerende omgevingsfactoren. <sup>(58, 74, 75)</sup>

**2.2.3** De fysiotherapeut brengt binnen zijn biopsychosociale probleemanalyse o.a. in kaart:

- De hulpvraag van de patiënt.
- Welke typen pijnmechanismen een rol spelen (bijv. nociceptief, neuropatisch, nociplastisch of mixed).
- De aard en ernst van de pijngerelateerde beperkingen in het fysiek functioneren.
- De lichamelijke, psychologische en sociale verklaringsmechanismen die bijdragen aan de pijnklacht en aan de pijngerelateerde beperkingen in het fysiek functioneren.
- De comorbiditeiten die bepalend zijn voor het fysiek functioneren
- De basis motorische vaardigheden.
- De mate waarin de patiënt in staat is (kunnen en willen) op korte termijn te komen tot een actieve(re) leefstijl en voldoende in staat is tot zelfmanagement op langere termijn. Dit gebeurt op basis van:
  - Het eigen verklaringsmodel van de patiënt voor pijn en pijngerelateerde beperkingen en zijn of haar hulpvraag en verwachtingen.
  - De gezondheidsvaardigheden van de patiënt.
  - De inschatting van de fysiotherapeut over de haalbaarheid van zelfmanagement in de eigen omgeving (sociale steun, financiën, werk).
  - Eerdere ervaringen van de patiënt met behandelingen en behandelaren.

**2.2.1** De fysiotherapeut stelt, na afloop van het diagnostisch proces, in samenspraak met de patiënt, een werkhypothese op over de samenhang tussen de aanwezige lichamelijke en psychosociale factoren, de pijnklacht en de pijngerelateerde beperkingen in het dagelijks functioneren. Daarbij maakt de fysiotherapeut gebruik van het al eerder genoemde ICF-model of het SCEGS-model. <sup>(4, 76, 77)</sup> Waar nodig legt de fysiotherapeut deze werkhypothese ter bespreking voor aan multidisciplinaire samenwerkingspartners.

## 2.3 Behandeling chronische pijn

**2.3.1** Er bestaan geen medische en fysiotherapeutische behandelmethoden die bij alle chronische pijnpatiënten op lange termijn de pijn volledig kunnen verhelpen. Daarom is de focus van de behandeling van mensen met chronische pijn door de fysiotherapeut primair gericht op het bevorderen van fysiek functioneren (ondanks pijn) en zelfmanagement op de lange termijn. <sup>(76-79)</sup> Een dergelijke aanpak, al dan niet in combinatie met andere methoden, kan leiden tot een vermindering van de pijnklachten, maar dit is nooit het primaire behandeldoel.

**2.3.2** De fysiotherapeut maakt gebruik van fysieke trainingsvormen en/of cognitieve, gedragsmatige en sociale leerprincipes om bewegen te faciliteren. <sup>(74, 80-84)</sup> De fysiotherapeut is geen psycholoog en behandelt niet primair psychische problemen en/of psychische problemen die geen relatie hebben met of bijdragen aan het bewegend disfunctioneren. De integratie van of het combineren van cognitief-gedragsmatige principes binnen de meer traditionele fysiotherapeutische aanpak is realiseerbaar en leidt tot positieve effecten. <sup>(85-90)</sup>

- 2.3.3** De aanpak van de fysiotherapeut is primair patiënt-gecentreerd. De fysiotherapeut bespreekt met de patiënt evidence-based behandelopties waarbij de patiënt de regierol krijgt, aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt om deze te kunnen vervullen. <sup>(91-93)</sup> De invulling van de behandeling komt tot stand via shared decision making.
- 2.3.4** De fysiotherapeut hanteert een behandelstrategie (al dan niet binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband) die zich richt op duurzame effecten op lange termijn. Deze behandelstrategie bestaat uit een stappenplan waarin verschillende fasen te onderscheiden zijn: a) faciliteren bereidheid van een patiënt tot zelfmanagement, b) een fase van oefenen en het zich eigen maken van vaardigheden en c) een fase van generalisatie en zelfstandigheid. Aanpassingen of afwijkingen van ingezette behandelstrategie (in duur en inhoud) vinden alleen plaats op basis van vooraf gemaakte afspraken met patiënt en andere behandelaren. De exacte duur en dosis wordt afgestemd op de aard en ernst van aanwezige problematiek. In de huidige literatuur ontbreekt onderbouwing voor specifieke adviezen ten aanzien van duur en dosering. De fysiotherapeut past zijn strategie aan binnen de behandelingsmogelijkheden door wettelijke kaders gesteld.
- 2.3.5** Binnen deze strategie kan de fysiotherapeut, afgestemd en in samenspraak met de individuele patiënt, inzetten op (en indien nodig een combinatie van) drie kernonderdelen: voorlichting en educatie, zelfmanagement en het bevorderen van gezond (beweeg)gedrag en leefstijl. <sup>(94-97)</sup>

**Voorlichting en educatie:** De fysiotherapeut vergroot interactief het kennisniveau en inzicht van de patiënten over hun eigen pijn-onderhoudende mechanismen voor pijn en pijngerelateerde beperkingen en de rol van bewegen en zelfmanagement bij pijn. Naast vergroten van inzicht is voorlichting en/of pijneducatie ook gericht op faciliteren van de bereidheid tot zelfmanagement. De fysiotherapeut stemt de aard en inhoud van voorlichting en adviezen af op de mate van complexiteit van het pijnprobleem en de noodzaak om inzichten bij de patiënt te optimaliseren. Bij complexere pijnproblemen bespreekt de fysiotherapeut expliciet de persoonlijke ziektepercepties, mogelijke misconcepties, aanwezige emoties en huidig copinggedrag/stijl in relatie tot de pijn en het fysiek functioneren. De fysiotherapeut legt uit wat en waarom pijneducatie nodig wordt geacht. De fysiotherapeut is zich daarbij bewust van zijn taalgebruik en verbale en non-verbale communicatiestijl om nocebo-effecten te voorkomen. <sup>(63, 64)</sup>

De verwachtingen van patiënten over het doel van de behandeling (oplossing voor de pijn) zijn niet altijd in overeenstemming met de doelstelling van de fysiotherapeutische behandeling van chronische pijn (een benadering gericht op beter functioneren ondanks de pijn). Om de bereidheid tot zelfmanagement te bevorderen kan de fysiotherapeut overwegen passieve behandelvormen ter pijnvermindering toe te voegen aan de aanpak. De fysiotherapeut (en/of de gespecialiseerde fysiotherapeut) beschikt over verschillende fysiotherapeutische en manueeltherapeutische interventies met bewezen effectiviteit voor pijnvermindering. De effecten van deze interventies zijn echter vaak klein en kortdurend van aard. <sup>(58, 76, 98-104)</sup> Daarom wordt geadviseerd deze interventies alleen in te zetten als er geen andere mogelijkheden zijn om de patiënt te motiveren voor een aanpak gericht op zelfmanagement. De toepassing vindt alleen plaats op tijdcontingente basis. Daarbij wordt vooraf aan de patiënt duidelijk gemaakt





wat het doel is, wat de te verwachten effecten kunnen zijn en hoe vaak en hoe lang deze interventie(s) toegepast worden. De patiënt moet deze interventies niet zien als de primaire aanpak of de primaire focus van de behandeling. De fysiotherapeut maakt telkens een bewuste overweging over het wel of niet toevoegen van passieve behandel-elementen omdat er een risico aanwezig is dat de effectiviteit van aanleren van zelfmanagementvaardigheden hierdoor gereduceerd wordt.<sup>(105)</sup> Geadviseerd wordt terughoudend te zijn met combineren van passieve behandelvormen. Het inzetten van deze behandelvormen bespreekt de fysiotherapeut, daar waar nodig, met aanwezige samenwerkingspartners. Er wordt in dit rapport geen advies gegeven over welke passieve behandel-elementen ingezet kunnen worden, deze zijn mede afhankelijk van kennis, competenties en aanvullende opleidingen van de individuele fysiotherapeut.

**Zelfmanagement:** de patiënt is medeverantwoordelijk voor doelen, inhoud en opbouw van de behandeling. De fysiotherapeut geeft de patiënt eigen regie, passende bij de wensen en mogelijkheden van de individuele patiënt. De fysiotherapeut bouwt aan een betrouwbare, stabiele therapeut-patiënt alliantie/relatie om de patiënt voldoende vertrouwen te geven dat bewegen met pijn kan en mag.<sup>(91, 92, 106)</sup> Dit betekent o.a. dat de patiënt (in samenspraak) bepaalt welke activiteiten geoefend gaan worden, wat de doelen daarbij zijn en hoe de opbouw plaatsvindt. De fysiotherapeut vervult daarbij de rol van coach.

**Bevorderen gezond beweeggedrag:** om beweeggedrag te optimaliseren kan een fysiotherapeut gebruikmaken van een beweeginterventie met daarin cognitieve en gedragsmatige leerprincipes om bewegen te faciliteren.<sup>(81)</sup> Een oefentherapeutisch programma kan op basis van de integrale probleemanalyse toegevoegd worden. Dit programma bestaat uit basisvoorwaardenscheppende oefentherapeutisch interventies voor het vergroten van fysieke fitheid, mobiliteit en kwaliteit van bewegen om fysiek functioneren te verbeteren. Het inzetten van cognitieve-gedragsmatige leerprincipes (o.a. door het bespreken en uitdagen van ziektepercepties over pijn en bewegen en verbeteren van gezondheidsvaardigheden door bijvoorbeeld de inzet van 'goalsetting', tijdcontingent werken en positieve bekrachtiging (beloning) worden ingezet om fysiek functioneren te faciliteren bij opstart en te laten continueren op lange termijn<sup>(73, 106)</sup>. De inzet van deze middelen wordt telkens aangepast aan de individuele patiënt.

## Tot slot

Door haar visie duidelijk te maken en standpunten over de rol en inbreng van de fysiotherapeut te formuleren wil het KNGF actief bijdragen aan optimalisatie van zorg voor pijn. Daarbij is het KNGF zich ervan bewust dat integratie van intercollegiale en interprofessionele pijnzorg vanuit een biopsychosociaal perspectief in de huidige dagelijks praktijk complex is. <sup>(72, 107, 108)</sup> Dit vraagt om inzet en betrokkenheid van meerdere partijen van binnen en buiten de zorg. In de huidige gezondheidszorg is er weinig of geen structurele interprofessionele samenwerking bij de behandeling van mensen met (risico op) chronische pijn. Hiermee wordt niet aangesloten op het multifactoriële karakter van pijn. Interprofessionele samenwerking is moeilijk, omdat enerzijds kennis over pijn onder zorgprofessionals beperkt en verschillend is, en anderzijds omdat zorg per discipline monodisciplinair gefinancierd wordt en een fundamenteel financiële ondersteuning voor samenwerking ontbreekt. Aanbevelingen voor meer geïntegreerde zorg voor pijn en versterking van de eerste lijn worden geadviseerd, maar implementatie of toepassing blijkt in de praktijk moeilijk. <sup>(109, 110)</sup> Desondanks is het KNGF van mening dat, gezien de omvang van het probleem in aantal patiënten en de kosten die ermee gemoeid zijn, veranderingen in de zorg dringend en noodzakelijk zijn.

Het KNGF ziet graag dat andere beroepsverenigingen hun eigen standpunten over hun rollen en taken binnen interprofessionele samenwerking rondom pijn ook definiëren. Transparantie in opvattingen en inzicht in de mogelijkheden van andere zorgprofessionals bevordert de kans op samenwerking en onderlinge afstemming. Samenwerking en afstemming moet op lokaal niveau plaatsvinden, aangezien lokale situaties van elkaar kunnen verschillen. Door het ontstaan van meer samenwerkingsverbanden en netwerken kunnen de momenteel beperkte behandel mogelijkheden voor patiënten met (dreigende) chronische pijn in de eerste lijn uitgebreid worden, waardoor de druk op tweede- en derdelijnsinstellingen afneemt. Om haar rol in de zorg voor pijn te optimaliseren besteedt het KNGF de komende jaren gericht aandacht aan:

- Het stimuleren van verdere conceptualisatie van het biopsychosociale model en bijbehorende aanpak vanuit fysiotherapeutisch perspectief.
- Het optimaliseren van het onderwijs over pijn in de basis curricula van opleidingen fysiotherapie.
- Het ontwikkelen en aanbieden van post-HBO onderwijs op het gebied van pijn.
- Het optimaliseren van kennisvalorisatie om implementatie van standpunten fysiotherapie te bevorderen zowel binnen als buiten de beroepsgroep.
- Het aansporen van andere disciplines om ook hun standpunten t.a.v. taken/rollen en invulling bij interprofessionele pijnzorg duidelijk te maken.
- Het innemen van een actieve rol binnen de Pijn Alliantie in Nederland (PAiN) om zodoende de interprofessionele samenwerking rondom pijn te faciliteren.
- Het op de politieke agenda zetten van knelpunten t.a.v. organisatie en bekostiging (in tijd en in geld) van de zorg voor mensen met pijn.

## Referenties

1. Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie. Vertrouwen in Beweging. Een visie op fysiotherapie en het vak van de fysiotherapeut. Amersfoort; 2018.
2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
4. Perez R. Zorgstandaard Pijn. 2017.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
6. Tracey I, Bushnell MC. How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *J Pain*. 2009;10(11):1113-20.
7. Huygen F. Chronische Pijn. Den Haag Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2011.
8. Lame IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef M, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9(1):15-24.
9. Picavet HS, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(6):723-9.
10. Nivel. Pijnpatient mist continuïteit van Zorg Utrecht2013 [Available from: <https://nivel.nl/nl/nieuws/pijnpatient-mist-continuïteit-van-zorg>].
11. Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, Marczewski K, Closs SJ. 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*. 2017;7(6):e016454.
12. Jamison R. No specific treatment effects in pain medicine. *PAIN clinical updates*. 2011;XIX(2):1-7.
13. Loeser J. Five crisis in pain management. *PAIN clinical updates*. 2012;20(1):1-4.
14. Caneiro JP, Roos EM, Barton CJ, O'Sullivan K, Kent P, Lin I, et al. It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med*. 2020;54(8):438-9.
15. Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, et al. Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Neth J Med*. 2011;69(3):141-53.
16. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(2):449-62.
17. Taskforce. De juiste zorg op de juiste plek. Wie durf? De Haag 2018.
18. Larsson C, Hansson EE, Sundquist K, Jakobsson U. Chronic pain in older adults: prevalence, incidence, and risk factors. *Scand J Rheumatol*. 2017;46(4):317-25.
19. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur A, Hunfeld JAM, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*. 2000;87(1):51-8.
20. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*. 2011;152(12):2729-38.
21. Reddi D, Curran N. Chronic pain after surgery: pathophysiology, risk factors and prevention. *Postgrad Med J*. 2014;90(1062):222-7; quiz 6.
22. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25.



## Referenties

23. Beswick AD, Wylde V, Gooberman-Hill R, Blom A, Dieppe P. What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients. *BMJ Open*. 2012;2(1):e000435.
24. Wylde V, Sayers A, Lenguerrand E, Gooberman-Hill R, Pyke M, Beswick AD, et al. Preoperative widespread pain sensitization and chronic pain after hip and knee replacement: a cohort analysis. *Pain*. 2015;156(1):47-54.
25. Burke D, Fullen BM, Stokes D, Lennon O. Neuropathic pain prevalence following spinal cord injury: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*. 2017;21(1):29-44.
26. van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: a systematic review. *Eur J Pain*. 2015;19(1):5-14.
27. Carter GT, Miro J, Ted Abresch R, El-Abassi R, Jensen MP. Disease burden in neuromuscular disease: the role of chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2012;23(3):719-29.
28. de Groot IJ, Voet NB, van Middendorp H, Knoop HJ, Rahbek J, van Engelen BG. 184th ENMC International Workshop: pain and fatigue in neuromuscular disorders: 20-22 May 2011, Naarden, The Netherlands. *Neuromuscul Disord*. 2013;23(12):1028-32.
29. Miro J, Gertz KJ, Carter GT, Jensen MP. Chronic pain in neuromuscular disease: pain site and intensity differentially impacts function. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2012;23(4):895-902.
30. Paolucci S, Iosa M, Toni D, Barbanti P, Bovi P, Cavallini A, et al. Prevalence and Time Course of Post-Stroke Pain: A Multicenter Prospective Hospital-Based Study. *Pain Med*. 2016;17(5):924-30.
31. Negre-Pages L, Regragui W, Bouhassira D, Grandjean H, Rascol O, DoPaMi PSG. Chronic pain in Parkinson's disease: the cross-sectional French DoPaMiP survey. *Mov Disord*. 2008;23(10):1361-9.
32. Brkovic T, Burilovic E, Puljak L. Prevalence and severity of pain in adult end-stage renal disease patients on chronic intermittent hemodialysis: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1131-50.
33. Murtagh FE, Addington-Hall JM, Edmonds PM, Donohoe P, Carey I, Jenkins K, et al. Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med*. 2007;10(6):1266-76.
34. Lee AL, Goldstein RS, Brooks D. Chronic Pain in People With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Clinical and Psychological Implications. *Chronic Obstr Pulm Dis*. 2017;4(3):194-203.
35. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070-90 e9.
36. Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2007;57(541):655-61.
37. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: what are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*. 2008;136(1-2):177-87.
38. Artus M, Campbell P, Mallen CD, Dunn KM, van der Windt DA. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(1):e012901.
39. Henschke N, Ostelo RW, Terwee CB, van der Windt DA. Identifying generic predictors of outcome in patients presenting to primary care with nonspinal musculoskeletal pain. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(8):1217-24.
40. Muller S, Thomas E, Dunn KM, Mallen CD. A prognostic approach to defining chronic pain across a range of musculoskeletal pain sites. *Clin J Pain*. 2013;29(5):411-6.
41. Lin I, Rankin A, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, et al. Infographic. 11 best practice recommendations for care in musculoskeletal pain. *Br J Sports Med*. 2019;53(19):1250.

## Referenties

42. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54(2):79–86.
43. Caneiro JP, Roos EM, Barton CJ, O’Sullivan K, Kent P, Lin I, et al. Infographic. Roadmap to managing a person with musculoskeletal pain irrespective of body region. *Br J Sports Med.* 2020;54(9):554–5.
44. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn Manuele therapie bij lage rugpijn. Amersfoort; 2006.
45. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. Amersfoort; 2009.
46. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn Klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS). Amersfoort; 2010.
47. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn Lage rug. Amersfoort; 2013.
48. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn Nekpijn. Amersfoort; 2016.
49. Fysiotherapie KNG. KNGF-richtlijn Artrose heup knie. Amersfoort; 2018.
50. Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disabil Rehabil.* 2020:1–15.
51. Daluiso-King G, Hebron C. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. *Physiother Theory Pract.* 2020:1–17.
52. Simmonds MJ, Derghazarian T, Vlaeyen JW. Physiotherapists’ knowledge, attitudes, and intolerance of uncertainty influence decision making in low back pain. *Clin J Pain.* 2012;28(6):467–74.
53. Houben RM, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Wolters PM, Peters M, Stomp-van den Berg SG. Health care providers’ orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain.* 2005;9(2):173–83.
54. Houben RMA, Gijzen A, Peterson J, de Jong PJ, Vlaeyen JWS. Do health care providers’ attitudes towards back pain predict their treatment recommendations? Differential predictive validity of implicit and explicit attitude measures. *Pain.* 2005;114(3):491–8.
55. Domenech J, Sanchez-Zuriaga D, Segura-Orti E, Espejo-Tort B, Lison JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain.* 2011;152(11):2557–63.
56. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain.* 2012;16(1):3–17.
57. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain.* 2008;135(1–2):187–95.
58. Edgerton K, Hall J, Bland MK, Marshall B, Hulla R, Gatchel RJ. A physical therapist’s role in pain management: A biopsychosocial perspective. *J Appl Biobehav Res.* 2019;24(2).
59. Ladeira CE. Physical therapy clinical specialization and management of red and yellow flags in patients with low back pain in the United States. *J Man Manip Ther.* 2018;26(2):66–77.
60. Cook CE, George SZ, Reiman MP. Red flag screening for low back pain: nothing to see here, move along: a narrative review. *Br J Sports Med.* 2018;52(8):493–6.
61. Hruschak V, Cochran G. Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain: a systematic review. *Psychol Health Med.* 2018;23(10):1151–67.
62. Henry SG, Bell RA, Fenton JJ, Kravitz RL. Goals of Chronic Pain Management: Do Patients and Primary Care Physicians Agree and Does it Matter? *Clin J Pain.* 2017;33(11):955–61.
63. Hansen E, Zech N. Nocebo Effects and Negative Suggestions in Daily Clinical Practice – Forms, Impact and Approaches to Avoid Them. *Front Pharmacol.* 2019;10:77.

## Referenties

64. Rossetini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch Physiother.* 2020;10:11.
65. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2016;176(2):199-208.
66. Huang R, Ning J, Chuter VH, Taylor JB, Christophe D, Meng Z, et al. Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. *Br J Sports Med.* 2020;54(13):766-70.
67. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):332-55.
68. Aggarwal VR, Fu Y, Main CJ, Wu J. The effectiveness of self-management interventions in adults with chronic orofacial pain: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Eur J Pain.* 2019;23(5):849-65.
69. Mikolasek M, Berg J, Witt CM, Barth J. Effectiveness of Mindfulness- and Relaxation-Based eHealth Interventions for Patients with Medical Conditions: a Systematic Review and Synthesis. *Int J Behav Med.* 2018;25(1):1-16.
70. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2015;350:h444.
71. Hussenbux A, Morrissey D, Joseph C, McClellan CM. Intermediate care pathways for musculoskeletal conditions--are they working? A systematic review. *Physiotherapy.* 2015;101(1):13-24.
72. Kerns RD, Krebs EE, Atkins D. Making Integrated Multimodal Pain Care a Reality: A Path Forward. *J Gen Intern Med.* 2018;33(Suppl 1):1-3.
73. Purcell N, Zamora K, Tighe J, Li Y, Douraghi M, Seal K. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and Perceptions of Care Effectiveness. *Pain Med.* 2018;19(9):1748-63.
74. Keefe FJ, Main CJ, George SZ. Advancing Psychologically Informed Practice for Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Promise, Pitfalls, and Solutions. *Phys Ther.* 2018;98(5):398-407.
75. Roy JS, Bouyer LJ, Langevin P, Mercier C. Beyond the Joint: The Role of Central Nervous System Reorganizations in Chronic Musculoskeletal Disorders. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47(11):817-21.
76. Beattie PF, Silfies SP, Jordon M. The evolving role of physical therapists in the long-term management of chronic low back pain: longitudinal care using assisted self-management strategies. *Braz J Phys Ther.* 2016;20(6):580-91.
77. Garcia AN, Cook C, Rhon D. Which patients do not seek additional medical care after a self-management class for low back pain? An observational cohort. *Clin Rehabil.* 2019;33(11):1831-42.
78. Hutting N, Johnston V, Staal JB, Heerkens YF. Promoting the Use of Self-management Strategies for People With Persistent Musculoskeletal Disorders: The Role of Physical Therapists. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2019;49(4):212-5.
79. Devan H, Hale L, Hempel D, Saibe B, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2018;98(5):381-97.
80. Brunner E, De Herdt A, Minguet P, Baldew SS, Probst M. Can cognitive behavioural therapy based strategies be integrated into physiotherapy for the prevention of chronic low back pain? A systematic review. *Disabil Rehabil.* 2013;35(1):1-10.

## Referenties

81. Main CJ, Sowden G, Hill JC, Watson PJ, Hay EM. Integrating physical and psychological approaches to treatment in low back pain: the development and content of the STarT Back trial's 'high-risk' intervention (StarT Back; ISRCTN 37113406). *Physiotherapy*. 2012;98(2):110-6.
82. Main CJ, George SZ. Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *Phys Ther*. 2011;91(5):820-4.
83. Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:65.
84. Sullivan MJ, Adams H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiother Can*. 2010;62(3):180-9.
85. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities. *Phys Ther*. 2011;91(5):790-803.
86. Bunzli S, Gillham D, Esterman A. Physiotherapy-provided operant conditioning in the management of low back pain disability: A systematic review. *Physiother Res Int*. 2011;16(1):4-19.
87. Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, et al. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *J Physiother*. 2016;62(4):215-21.
88. O'Keefe M, George SZ, O'Sullivan PB, O'Sullivan K. Psychosocial factors in low back pain: letting go of our misconceptions can help management. *Br J Sports Med*. 2019;53(13):793-4.
89. Bryant C, Lewis P, Bennell KL, Ahamed Y, Crough D, Jull GA, et al. Can physical therapists deliver a pain coping skills program? An examination of training processes and outcomes. *Phys Ther*. 2014;94(10):1443-54.
90. Hall A, Richmond H, Copsey B, Hansen Z, Williamson E, Jones G, et al. Physiotherapist-delivered cognitive-behavioural interventions are effective for low back pain, but can they be replicated in clinical practice? A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018;40(1):1-9.
91. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2020;36(8):886-98.
92. Hall J, Peat M, Birks Y, Golder S, Group P, Entwistle V, et al. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e10.
93. Langford DJ, Tauben DJ, Sturgeon JA, Godfrey DS, Sullivan MD, Doorenbos AZ. Treat the Patient, Not the Pain: Using a Multidimensional Assessment Tool to Facilitate Patient-Centered Chronic Pain Care. *J Gen Intern Med*. 2018;33(8):1235-8.
94. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):368-84.
95. Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, Huysmans E, Mintken P, Smeets R, et al. Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians. *Phys Ther*. 2020;100(5):846-59.
96. Semmons J. The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*. 2016;17(9):445-7.
97. Louw A, Zimney K, O'Hotto C, Hilton S. The clinical application of teaching people about pain. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):385-95.

## Referenties

98. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(9):CD001929.
99. Voogt L, de Vries J, Meeus M, Struyf F, Meuffels D, Nijs J. Analgesic effects of manual therapy in patients with musculoskeletal pain: a systematic review. *Man Ther.* 2015;20(2):250-6.
100. Xu Q, Chen B, Wang Y, Wang X, Han D, Ding D, et al. The Effectiveness of Manual Therapy for Relieving Pain, Stiffness, and Dysfunction in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Physician.* 2017;20(4):229-43.
101. Lam OT, Strenger DM, Chan-Fee M, Pham PT, Preuss RA, Robbins SM. Effectiveness of the McKenzie Method of Mechanical Diagnosis and Therapy for Treating Low Back Pain: Literature Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(6):476-90.
102. Hawk C, Minkalis AL, Khorsan R, Daniels CJ, Homack D, Gliedt JA, et al. Systematic Review of Nondrug, Nonsurgical Treatment of Shoulder Conditions. *J Manipulative Physiol Ther.* 2017;40(5):293-319.
103. Coulter ID, Crawford C, Vernon H, Hurwitz EL, Khorsan R, Booth MS, et al. Manipulation and Mobilization for Treating Chronic Nonspecific Neck Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis for an Appropriateness Panel. *Pain Physician.* 2019;22(2):E55-E70.
104. Ceballos-Laita L, Estebanez-de-Miguel E, Martín-Nieto G, Bueno-Gracia E, Fortun-Agud M, Jimenez-Del-Barrio S. Effects of non-pharmacological conservative treatment on pain, range of motion and physical function in patients with mild to moderate hip osteoarthritis. A systematic review. *Complement Ther Med.* 2019;42:214-22.
105. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. *Pain.* 2005;113(3):285-92.
106. Bernhardsson S, Larsson MEH, Johansson K, Oberg B. "In the physio we trust": A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiother Theory Pract.* 2017;33(7):535-49.
107. Lewis JS, Cook CE, Hoffmann TC, O'Sullivan P. The Elephant in the Room: Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2020;50(1):1-4.
108. Stanos S, Brodsky M, Argoff C, Clauw DJ, D'Arcy Y, Donevan S, et al. Rethinking chronic pain in a primary care setting. *Postgrad Med.* 2016;128(5):502-15.
109. Chambers CT. From evidence to influence: dissemination and implementation of scientific knowledge for improved pain research and management. *Pain.* 2018;159 Suppl 1:S56-S64.
110. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: integrated solutions for global problems. *Pain.* 2018;159 Suppl 1:S85-S90.

## Colofon

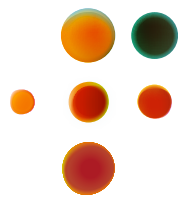
© April 2022 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Redactie en eindredactie: Karen van Hameren, KNGF

Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 19.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.



**KNGF**, de fysiotherapeuten van Nederland