

Koninklijk Nederlands  
Genootschap voor Fysiotherapie

# *KNGF-richtlijn*

**Nekpijn**



# ***KNGF-richtlijn* Nekpijn**

## **Praktijkrichtlijn**

Onder redactie van:

J.D. Bier

G.G.M. Scholten-Peeters

J.B. Staal

J. Pool

M. van Tulder

E. Beekman

G.M. Meerhoff

J. Knoop

A.P. Verhagen

© 2016 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleelvoudigd, 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 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

De richtlijn is samengevat op een kaart. Alle onderdelen van de richtlijn zijn beschikbaar via [www.kngfrichtlijnen.nl](http://www.kngfrichtlijnen.nl).

# Inhoud

## Praktijkrichtlijn 1

- A Inleiding 1
  - A.1 Doelstellingen 1
  - A.2 Afbakening van de richtlijn 1
  - A.3 Prognose en beloop 2
  
- B Diagnostisch proces 3
  - B.1 Anamnese 3
  - B.2 Lichamelijk onderzoek 4
  - B.3 Meetinstrumenten 5
  - B.4 Diagnostische beeldvorming 5
  - B.5 Analyse 6
  - B.6 Premanipulatieve besluitvorming 6
  
- C Therapeutisch proces 7
  - C.1 Behandelprofiel A 7
  - C.2 Behandelprofiel B 8
  - C.3 Behandelprofiel C 9
  - C.4 Behandelprofiel D 10
  - C.5 Afronding van de behandeling 10

## Bijlagen 11

- Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen 11

# Praktijkrichtlijn

J.D. Bier<sup>I</sup>, G.G.M. Scholten-Peeters<sup>II</sup>, J.B. Staal<sup>III</sup>, J. Pool<sup>IV</sup>, M. van Tulder<sup>V</sup>, E. Beekman<sup>VI</sup>, G.M. Meerhoff<sup>VII</sup>, J. Knoop<sup>VIII</sup>, A.P. Verhagen<sup>IX</sup>

## A Inleiding

De KNGF-richtlijn Nekpijn is de eerste Nederlandse richtlijn op het gebied van diagnostiek en behandeling van patiënten met nekpijn. Deze KNGF-richtlijn beschrijft het aanbevolen fysiotherapeutisch en manueel-therapeutisch handelen bij patiënten met nekpijn. De *Praktijkrichtlijn* wordt ondersteund door de *Verantwoording en toelichting*, waarin de keuzes die zijn gemaakt ten aanzien van de definiëring van het gezondheidsprobleem van de patiënt en de aanbevolen diagnostiek en behandeling worden toegelicht en waarin ondersteunende achtergrondinformatie wordt beschreven. Op een *Samenvattingskaart* wordt de richtlijn in een stroomschema weergegeven.

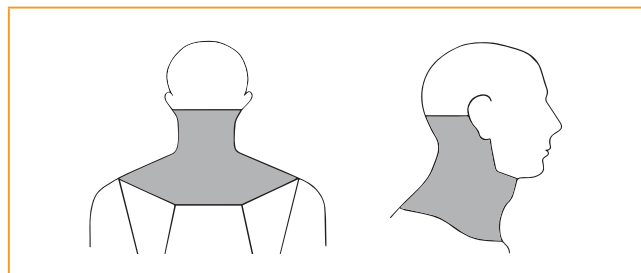
Met de publicatie van de *KNGF-richtlijn Nekpijn* komt de *KNGF-richtlijn Whiplash* uit 2005 te vervallen.

### A.1 Doelstellingen

De *KNGF-richtlijn Nekpijn* is bedoeld ter ondersteuning van het diagnostisch en therapeutisch handelen van Nederlandse fysiotherapeuten en manueel therapeuten bij patiënten met nekpijn. Indien een aanbeveling uitsluitend gericht is aan manueel therapeuten, zal dit expliciet worden aangegeven. Aanbevelingen zijn gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap en/of *expert opinion*. Primaire doelstelling van de behandeling is het begeleiden van de patiënt met nekpijn om het hoogst mogelijke niveau van activiteiten en/of participatie en het laagst mogelijke niveau van pijn te bereiken, en om chroniciteit en/of recidivering van nekpijn te voorspellen en te voorkomen.

### A.2 Afbakening van de richtlijn

De *KNGF-richtlijn Nekpijn* dient gevolgd te worden bij patiënten bij wie nekpijn de primaire klacht is. Nekpijn is gedefinieerd als 'een onaangename sensorische en emotionele ervaring die geassocieerd wordt met daadwerkelijke of potentiële weefselschade' in de nekregio (van de linea nuchae superior tot aan de spina scapulae), met eventueel bijkomende hoofd-, schouder en/of armpijn. De exacte regio is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Anatomische regio van de nek vanaf de achter- en zijkant.

De *Neck Pain Task Force* heeft nekpijn onderverdeeld in nekpijn graad I t/m IV.

**Graad I:** Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie en die niet of nauwelijks invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven.

**Graad II:** Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie, maar die wel een forse invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven.

**Graad III:** Nekpijn zonder tekenen of symptomen die kunnen wijzen op grote structurele pathologie, waarbij wel neurologische symptomen aanwezig zijn, zoals verminderde peesreflexen, spierzwakte of sensibiliteitsstoornissen (hypo- of hyperesthesie) in de bovenste extremiteit, bijvoorbeeld als gevolg van een cervicale hernia of stenose.

**Graad IV:** Nekpijn met tekenen of symptomen die kunnen wijzen op ernstige structurele pathologie. Ernstige structurele pathologie omvat (maar is niet beperkt tot): fracturen, vertebrale dislocaties, schade aan het ruggenmerg, infecties, tumoren of systemische ziekten, waaronder gewrichtsontstekingen.

Deze richtlijn richt zich op de identificatie van nekpijn graad I-IV en de fysiotherapeutische behandeling van nekpijn graad I-III. Patiënten met nekpijn graad IV dienen worden te verwezen naar hun huisarts of verwijzend specialist.

- I. Jasper Bier, MSc, fysiotherapeut/manueel therapeut/gezondheidswetenschapper, afdeling Huisartsengeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- II. Wendy Scholten-Peeters, PhD, fysiotherapeut/manueel therapeut, senior onderzoeker, Onderzoekinstelling MOVE, Faculteit voor Gedrags- en Bewegingswetenschappen Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- III. Bart Staal, PhD, fysiotherapeut/epidemioloog, senior onderzoeker, IQ Healthcare, Radboud Universiteit, Nijmegen, lector Musculoskeletale revalidatie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Arnhem, Nijmegen.
- IV. Jan Pool, PhD, fysiotherapeut/manueel therapeut/epidemioloog, senior onderzoeker Lifestyle and Health Research Hogeschool Utrecht.
- V. Maurits van Tulder, PhD, epidemioloog, professor of Health Technology Assessment, afdeling Gezondheidswetenschappen, Faculteit voor aardwetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- VI. Emmylou Beekman, MSc, fysiotherapeut/epidemioloog/bewegingswetenschapper, onderzoeker, The Research Centre for Autonomy and Participation for Persons with a Chronic Illness, Zuyd University of Applied Sciences, Heerlen.
- VII. Guus M. Meerhoff, MSc, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, onderzoeker/beleidsmedewerker, KNGF, Amersfoort.
- VIII. Jesper Knoop, PhD, fysiotherapeut/bewegingswetenschapper, onderzoeker/beleidsmedewerker, KNGF, Amersfoort.
- IX. Arianne Verhagen, PhD, fysiotherapeut/manueel therapeut/epidemioloog, senior onderzoeker, afdeling Huisartsengeneeskunde, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

### A.3 Prognose en beloop

Nekpijn is wereldwijd de op drie na grootste categorie van klachten van het bewegingsapparaat. De meeste mensen (circa 70%) ervaren tijdens hun leven een vorm van nekpijn, hoewel deze meestal niet of nauwelijks interfereert met activiteiten in het dagelijks leven. Ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking zoekt er op enig moment (para)medische zorg voor.

Het natuurlijk beloop bij nekpijn is dat de pijn binnen zes weken met 45% afneemt. In een algemene populatie zal 50 tot 85% van de patiënten met nekpijn echter opnieuw of nog steeds nekpijn rapporteren in de daaropvolgende vijf jaar.

Als in de eerste zes weken na aanvang van de nekpijn de pijn en de mate van de beperkingen in activiteiten en/of participatie afnemen, wordt gesproken van een 'normaal beloop' van de nekpijn. Bij een 'afwijkend beloop' nemen het niveau van de pijn en de mate van beperkingen in activiteiten en/of participatie niet af binnen die eerste zes weken, maar blijven deze onveranderd of nemen ze zelfs toe.

Nekpijn kan fluctueren in ernst. Recidiverende pijn en beperkingen in activiteiten en/of participatie binnen zes weken na aanvang van de eerste klachten, worden beschouwd als dezelfde nekpijnepisode. Van recidiverende nekpijn is sprake indien na die zes weken een recidief optreedt en er meerdere recidieven zijn binnen een jaar na aanvang van de eerste klachten.

#### Normaal en afwijkend beloop van de nekpijn

1

De werkgroep concludeert dat nekpijn een 'normaal beloop' heeft wanneer in de eerste zes weken na ontstaan de pijn afneemt en/of de activiteiten en/of participatie toenemen.

Recidiverende nekpijn en nekpijn die langer duurt dan zes weken wordt gezien als nekpijn met een 'afwijkend beloop'.

Naast nekpijn kunnen er ook andere stoornissen in functies en anatomische eigenschappen aanwezig zijn, die van invloed kunnen zijn op de mate van beperkingen in activiteiten en/of participatie.

Er wordt ook onderscheid gemaakt tussen traumagerelateerde nekpijn en werkgerelateerde nekpijn. Traumagerelateerde nekpijn is nekpijn die ontstaat als gevolg van een trauma. De werkgroep verkiest deze term boven *whiplash associated disorder* (WAD) vanwege de negatieve associaties die de term whiplash oproept. Nekpijn die volgens patiënten het gevolg is van het werk, wordt beschouwd als werkgerelateerde nekpijn. Deze indeling in subgroepen helpt bij de identificatie van prognostische factoren die van invloed zijn op een vertraagd herstel (tabel 1).

Tabel 1. Overzicht van prognostische factoren voor een vertraagd herstel.

|   | Algemene populatie | Werkgerelateerd | Traumagerelateerd |
|---|--------------------|-----------------|-------------------|
| angulaire deformiteit van de nek                      |                    |                 | 0                 |
| overgevoeligheid/hyperalgesia voor kou                |                    |                 | -                 |
| hoge pijnintensiteit                                  |                    |                 | -                 |
| voorgeschiedenis andere musculoskeletale aandoeningen | -                  | -               | -                 |
| eerdere episode van nekpijn                           |                    | -               |                   |
| ernstige nekgerelateerde beperkingen in activiteiten  |                    |                 | -                 |
| regelmatig fietsen                                    | -                  |                 |                   |
| regelmatig fysiek actief zijn                         | 0                  | 0               |                   |
| angst   |                    |                 | -                 |
| catastroferen   |                    |                 | -                 |
| depressie   |                    |                 | -                 |
| pijngerelateerde angst                                | -                  |                 |                   |
| noodzaak om te socialiseren                           | -                  |                 |                   |
| hogere leeftijd                                       | -                  | 0               | 0                 |
| geslacht  |                    | 0               |                   |
| posttraumatische stresssymptomen bij aanvang          |                    |                 | -                 |
| passieve copingstijl                                  | -                  |                 | -                 |
| psychosociale stress                                  | -                  |                 |                   |
| slechte psychologische gezondheid                     | -                  |                 |                   |
| het hebben zien aankomen van de aanrijding            |                    |                 | 0                 |
| hoge werkeisen  |                    | -               |                   |
| hoofddeun aanwezig                                    |                    |                 | 0                 |

Tabel 1. Overzicht van prognostische factoren voor een vertraagd herstel. (vervolg)

|  | Algemene populatie | Werk-gerelateerd | Trauma-gerelateerd |
|--|--------------------|------------------|--------------------|
| achteraanrijding (kopstaartbotsing)                  |                    |                  | o                  |
| type werk  |                    | o                |                    |
| weinig invloed hebben op eigen werk                  |                    | -                |                    |
| positie van de bestuurder                            |                    |                  | o                  |
| het stilstaan van het voertuig tijdens de aanrijding |                    |                  | o                  |

- Geassocieerd met vertraagd herstel. o Niet geassocieerd met vertraagd herstel. Lege cel: deze associatie is niet onderzocht.

## B Diagnostisch proces

Tijdens het diagnostisch proces van alle patiënten dient de fysiotherapeut onderscheid te maken tussen nekpijn graad I t/m IV. Nadat nekpijn graad IV is uitgesloten, kan fysiotherapie geïndiceerd zijn en dient vervolgens gedifferentieerd te worden tussen nekpijn graad I, II en III voor het bepalen van het behandelbeleid.

### B.1 Anamnese

De fysiotherapeut dient allereerst nekpijn graad IV uit te sluiten aan de hand van het klachtenpatroon en de daarvoor geldende rode vlaggen (tabel 2) die kunnen wijzen op ernstige pathologie (graad IV), waarvoor verdere medische diagnostiek vereist is.

Als er, gebaseerd op het klachtenpatroon en de identificatie van rode vlaggen, vastgesteld wordt dat sprake is van: 1) een herkenbaar klachtenpatroon dat wijst op mogelijke ernstige pathologie of 2) een voor de fysiotherapeut niet herkenbaar klachtenpatroon, dan dient de patiënt naar de huisarts of de verwijzend specialist gestuurd te worden.

### Rode vlaggen

2

De werkgroep concludeert dat de fysiotherapeut bij elke patiënt met nekpijn, direct bij het eerste consult, ernstige pathologie (nekpijn graad IV) dient uit te sluiten aan de hand van de rode vlaggen en het klachtenpatroon.

De werkgroep concludeert dat, indien er geen tekenen zijn die wijzen op een ernstige pathologie (nekpijn graad IV), fysiotherapie geïndiceerd kan zijn en er vervolgens gedifferentieerd moet worden tussen nekpijn graad I, II en III.

Tabel 2. Rode vlaggen die kunnen wijzen op een specifieke ernstige pathologie (nekpijn graad IV).

| Mogelijke pathologie   | Overeenkomstige rode vlag  |
|--|--|
| fractuur   | oudere leeftijd, trauma in voorgeschiedenis, corticosteroïdgebruik, osteoporose  |
| cervicale arteriële disfunctie   | cerebrovasculaire symptomen, zoals duizeligheid, dubbelzien, misselijkheid, braken, zwakte van de ledematen en papillaire veranderingen  |
| schade aan ruggenmerg of cervicale myopathie   | neurologische symptomen, bijvoorbeeld wijdverspreide neurologische tekenen in beide armen en/of benen zoals sensibiliteitsstoornissen, verlies van spierkracht in de extremiteiten, darm- en blaasdisfunctie   |
| infectie (inclusief urineweginfectie of huidinfectie)  | symptomen en tekenen van infectie (bijvoorbeeld koorts, nachtelijk zweten), risicofactoren voor infectie (bijvoorbeeld onderliggend ziekteproces, bij immunosuppressiva, open wond, intraveneus drugsgebruik, blootstelling aan besmettelijke ziekten) |
| maligne tumoren  | kanker in de voorgeschiedenis, geen verbetering van klachten na behandeling van vier weken, onverklaarbaar gewichtsverlies, leeftijd > 50 jaar, slikproblemen, hoofdpijn, braken   |
| systemische ziekte (herpes zoster, spondylitis ankylosis, inflammatoire artritis, reumatoïde artritis) | hoofdpijn, koorts, eenzijdige huiduitslag, brandende pijn, jeuk  |

Na het uitsluiten van nekpijn graad IV, bestaat de anamnese bij patiënten met nekpijn uit:

- uitsluiten/vaststellen van nekpijn graad III aan de hand van de tekenen en symptomen die kunnen wijzen op cervicaal radiculair syndroom (tabel 3);
- navragen van de ernst en de aard van de klachten (stoornissen in anatomische eigenschappen en functies) en de mate van interferentie van de klachten met het dagelijks functioneren (beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatieproblemen);
- navragen hoe het beloop van de klachten is (normaal of afwijkend):
  - normaal beloop: in de eerste zes weken na aanvang van de nekpijn nemen het niveau van de pijn en de mate van de beperkingen in activiteiten en/of participatie af;
  - afwijkend beloop: in de eerste zes weken na aanvang van de nekpijn nemen het niveau van de pijn en de mate van beperkingen in activiteiten en/of participatie niet af, maar blijven deze onveranderd of nemen zelfs toe;
- differentiëren tussen nekpijn graad I en II:
  - graad I: de nekpijn heeft nauwelijks invloed op activiteiten in het dagelijks leven;
  - graad II: de nekpijn heeft forse invloed op activiteiten in het dagelijks leven;
- uitvragen of de klachten werkgerelateerd of traumagerelateerd zijn aan de hand van de ontstaanswijze van de klachten;
- verzamelen van aanvullende informatie door te vragen naar de aanwezigheid van prognostische factoren (tabel 1), comorbiditeiten, huidige behandelingen/hulpmiddelen en sociale voorgeschiedenis.

**B.2 Lichamelijk onderzoek**

De behandeling bij nekpijn graad III (cervicaal radiculair syndroom) verschilt van de behandeling bij nekpijn graad I en II. Daarom heeft bij verdenking op nekpijn graad III, het lichamelijk onderzoek in de eerste plaats als doel: bevestigen of uitsluiten van deze verdenking (tabel 3).

Indien er sprake is van objectief waarneembare neurologische symptomen en tekenen, zoals verminderde peesreflexen, spierzwakte of sensibiliteitsstoornissen, kan er mogelijk sprake zijn van nekpijn graad III. Om deze verdenking te bevestigen, voert de fysiotherapeut de *Spurling's test* en/of de tractie/distractietest uit (insluittests voor nekpijn graad III). Bij een positieve score op (een van) beide tests, kan nekpijn graad III waarschijnlijk worden geacht.

Indien er geen sprake is van objectief waarneembare neurologische symptomen en tekenen, of indien deze wel aanwezig zijn maar beide insluittests negatief zijn, dan kan nekpijn graad III in principe worden uitgesloten. Echter, indien de fysiotherapeut toch twijfelt over een mogelijke verdenking op nekpijn graad III, dan kan de fysiotherapeut overwegen om de *Upper Limb Tension Test (ULTT)\** voor de plexus brachialis/nervus medianus (uitsluittest voor nekpijn graad III) uit te voeren. Wanneer de ULTT negatief is, kan nekpijn graad III definitief worden uitgesloten.

\* Deze test wordt ook de *Upper-limb Neurodynamic Test (ULNT)* genoemd.

Tabel 3. Symptomen, tekenen en tests voor het bevestigen of uitsluiten van nekpijn graad III (cervicaal radiculair syndroom).

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Symptomen</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensorische symptomen in de arm, zoals paresthesieën, gevoelloosheid, verminderde tastzin</li> <li>• beperkte cervicale range of motion (ROM), gedefinieerd als een rotatie &lt; 60 graden of een beperkte en pijnlijke rotatie</li> <li>• verminderde spierkracht of spiercontrole</li> <li>• uitstralende pijn in de arm</li> </ul>                      |
| <b>Tekenen</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderde peesreflexen, spierzwakte of sensibiliteitsstoornissen</li> </ul>  |
| <b>Tests</b>     | <p><b>bevestigen van nekpijn graad III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een positieve <i>Spurling's test</i> en/of</li> <li>• een positieve tractie-/distractietest</li> </ul> <p><b>uitsluiten van nekpijn graad III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een negatieve <i>Upper Limb Tension Test (ULTT)</i> voor de plexus brachialis en de n. medianus</li> </ul> |

**Nekpijn graad III**

3

De werkgroep concludeert dat gebruik van de volgende testen overwogen kan worden bij een verdenking op nekpijn graad III:

- identificatie van sensorische symptomen in de arm, zoals paresthesieën, gevoelloosheid, verminderde tastzin;
- identificatie van beperkte cervicale range of motion (ROM), gedefinieerd als een rotatie < 60 graden of een beperkte en pijnlijke rotatie;
- identificatie van verminderde spierkracht, spiercontrole of sensibiliteitsstoornissen;
- *Spurling's test* en/of tractie/distractietest;
- *Upper Limb Tension Test (ULTT)*.

De werkgroep concludeert dat nekpijn graad III waarschijnlijk wordt geacht bij de aanwezigheid van een of meer tekenen en symptomen die wijzen op een cervicaal radiculair syndroom én een positieve *Spurling's test* en/of tractie/distractietest.

Het verdere lichamelijk onderzoek richt zich op de aangedane lichaamsregio en de biomechanische, fysiologische en anatomische structuren die daarbij betrokken zijn.

Dit onderzoek kan bestaan uit:

- onderzoek van de cervicale en thoracale wervelkolom, schoudergordel en schoudergewrichten, namelijk:
  - elk bewegingssegment, in termen van range of motion (ROM), richting van de beweging, weerstand tegen beweging en eindgevoel;
  - de provocatie of reductie van pijn en uitstralingen;
- spieronderzoek, namelijk:
  - spierlengte, elasticiteit, eindgevoel, gevoeligheid bij contractie en rek en spiertonus;
  - spiercoördinatie en -kracht door het spieruithoudingsvermogen van de korte nekflexoren te testen of door de craniocervicale flexietest af te nemen.

**B.3 Meetinstrumenten**

Het wordt aanbevolen om bij alle patiënten zowel de N(P)RS als de PSK af te nemen, zowel aan het begin van de behandeling, de zogeheten nulmeting (om behandeldoelen op te baseren), als aan het eind van de behandeling (om het herstel van de klachten en

**Meetinstrumenten** 4

De werkgroep concludeert dat bij alle patiënten de volgende meetinstrumenten moeten worden gebruikt:

- de *Numeric (Pain) Rating Scale* (N(P)RS, bereik 0-10 punten), voor het objectiveren van de gemiddelde pijn over de afgelopen 24 uur;
- de Patiënt Specifieke Klachten (PSK, gemeten op een NRSschaal, bereik 0-10 punten) voor het objectiveren van de beperkingen in activiteiten.

het behandelresultaat te evalueren (figuur 2)). Om te bepalen of de klachten zijn verminderd of verergerd gedurende de behandeling, moet er sprake zijn van ten minste 2 punten verschil op de N(P)RS en/of op de PSK (beide met schaal 0-10).

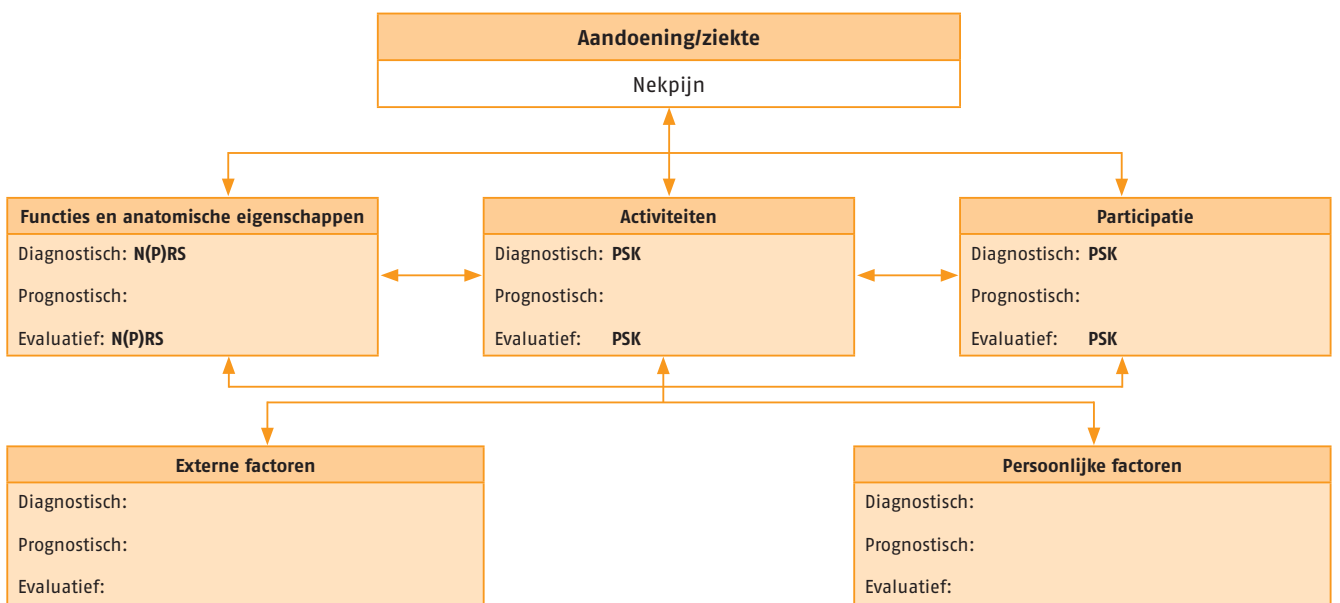
Daarnaast kunnen enkele andere meetinstrumenten overwogen worden bij specifieke patiënten. Deze optionele meetinstrumenten staan beschreven in de *Verantwoording en toelichting*. Alle in deze *Praktijkrichtlijn* en *Verantwoording en toelichting* beschreven aanbevolen meetinstrumenten zijn beschikbaar via [www.meetinstrumentenzorg.nl](http://www.meetinstrumentenzorg.nl).

**B.4 Diagnostische beeldvorming**

Fysiotherapeuten mogen (nog) geen beeldvormende diagnostiek aanvragen, zoals een röntgenfoto, een MRI-scan (magnetic resonance imaging), een CT-scan (computertomografie) en ultrageluid-diagnostiek. Omdat de validiteit van deze verschillende beeldvormende technieken echter niet hoog is, en daarnaast gebleken is dat er met beeldvormende diagnostiek soms afwijkingen te zien zijn bij mensen zonder klachten (fout-positief), wordt fysiotherapeuten aanbevolen deze diagnostiek niet te adviseren.

**Beeldvormend onderzoek** 5

De werkgroep concludeert dat de fysiotherapeut de patiënt geen beeldvormend onderzoek moet adviseren op basis van matig niveau van bewijs en grote kans op fout-positieve bevindingen van dergelijk onderzoek.



**Toelichting** N(P)RS: Numeric (Pain) Rating Scale; PSK: Patiënt Specifieke Klachten.  
**NB** Voor het in kaart brengen van externe en persoonlijke factoren zijn in deze richtlijn geen aanbevolen meetinstrumenten beschreven.

Figuur 2. Overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten.



### B.5 Analyse

De fysiotherapeut gebruikt de informatie uit de anamnese en de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek om de nekpijn en mogelijk andere stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, de beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, en de onderlinge samenhang hierin te analyseren.

Op basis van de verzamelde gegevens kan het gezondheidsprobleem van de patiënt in kaart worden gebracht.

Hiertoe moeten de volgende vragen beantwoord worden:

1. Van welke graad nekpijn is er sprake?
2. Is er een normaal of afwijkend beloop van de klachten?
3. Valt deze patiënt in de subgroep traumagerelateerde of werkgerelateerde nekpijn?
4. Zijn er prognostische factoren (psychosociale, persoonlijke en omgevingsfactoren) aanwezig die een afwijkend beloop van de klachten kunnen verklaren en zijn deze beïnvloedbaar door fysiotherapie?
5. Is er een verband tussen de beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen en de nekpijn of andere stoornissen in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, en is dit verband beïnvloedbaar door fysiotherapie?

De werkgroep heeft vier behandelprofielen ontwikkeld op basis van de bevindingen in de literatuur over patiënten met nekpijn. Op grond van het antwoord op de hiervoor geformuleerde vragen, is het mogelijk om vast te stellen of fysiotherapie geïndiceerd is en aan de patiënt een van de vier behandelprofielen bij nekpijn toe te kennen.

Deze behandelprofielen zijn ingedeeld op graad van de nekpijn, het beloop van de klachten (normaal vs. afwijkend) en de aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren (wel

### Behandelprofielen

6

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met nekpijn de in tabel 4 beschreven indeling in behandelprofielen toe te passen, op basis van de anamnese en de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.

vs. niet dominant aanwezig). Psychosociale factoren spelen een belangrijke rol bij een afwijkend beloop van de klachten en zijn daarom mede bepalend voor de keuze van het behandelprofiel (behandelprofiel B vs. C). Hoewel de werkgroep verwacht dat patiënten met nekpijn graad I, vanwege het normale beloop van de klachten, zich niet bij een fysiotherapeut zullen melden, is deze volledigheidshalve toch aan een behandelprofiel toegekend (behandelprofiel A). De behandelprofielen zijn schematisch weergegeven in tabel 4.

### B.6 Premanipulatieve besluitvorming

Indien de manueel therapeut overweegt om een cervicale manipulatie toe te passen, dient hij zich bewust te zijn van het mogelijke risico op cervicale arteriële disfunctie (CAD).

Vanwege dit mogelijke risico dient de manueel therapeut te handelen conform de NVMT-beroepsnorm, zie hiervoor: <https://nvmt.kngf.nl>.

Tabel 4. De behandelprofielen bij patiënten met nekpijn.

| Profiel           | Kenmerken   | Omschrijving  |
|-------------------|---|---|
| Behandelprofiel A | nekpijn graad I en II met een normaal beloop  | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken na ontstaan van de klachten verbeteren   |
| Behandelprofiel B | nekpijn graad I en II met een afwijkend beloop, <i>zonder</i> dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken van de klachten <i>niet</i> verbeteren, of in die periode zelfs verslechteren, en waarbij geen psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn |
| Behandelprofiel C | nekpijn graad I en II met een afwijkend beloop, <i>met</i> dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren    | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken van de klachten <i>niet</i> verbeteren, of in die periode zelfs verslechteren, en waarbij psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn      |
| Behandelprofiel D | nekpijn graad III   | nekpijn waarbij neurologische tekenen en symptomen aanwezig zijn.   |

## C Therapeutisch proces

Indien een indicatie voor fysiotherapie is vastgesteld, zal de fysiotherapeut samen met de patiënt een behandelplan opstellen. Hierbij is eventueel ook een derde partij (bijvoorbeeld een andere discipline, zoals een psycholoog of een bedrijfsarts) betrokken.

Het behandelplan wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld en is afgestemd op het behandelprofiel van de patiënt. Zie hierna voor de invulling van de behandeling per behandelprofiel.

### C.1 Behandelprofiel A

**Nekpijn graad I/II-normaal beloop:** nekpijn welke (in meer of mindere mate) interfereert met activiteiten in het dagelijks leven, en een normaal beloop in herstel van pijn en activiteiten heeft

Vanwege het normale beloop in herstel van pijn en activiteiten, zou gestreefd moeten worden naar een kortdurende behandeling. 7 De behandeling moet zich beperken tot het informeren van de patiënt over het normale beloop en het faciliteren van een adequate copingstijl, ter voorkoming van een afwijkend beloop. De patiënt heeft naar verwachting geen additionele therapie nodig.

#### Informatie en advies

- Stel de patiënt gerust door uit te leggen dat het beloop van de nekpijn bij veel patiënten gunstig is, dat nekpijn niet schadelijk is en dat een toename van dit type pijn niet geassocieerd is met schade aan lichaamsstructuren.
- Adviseer de patiënt om actief te blijven. Leg uit dat het herstel bevordert wordt door een matig en geleidelijk toenemend niveau van oefenen, een geleidelijk toenemend niveau van activiteiten en het continueren van of terugkeer naar werk (indien nodig, met aanpassingen van werkzaamheden of arbeidsgerelateerde zorg).
- Vermijd aanbevelingen die de patiënt zouden kunnen stimuleren om passief te blijven, en adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve copingstijl.

#### Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn

- Leg uit dat werk waaraan hoge kwantitatieve eisen worden gesteld, werk waarbij weinig steun uit de sociale of werkomgeving is, werk dat bestaat uit repeterende werkzaamheden, werk met een sedentaire werkpositie, werk waarbij regelmatig en langdurig de nek in een voorwaartse flexiehouding is gepositioneerd, werken met een slechte bureau-instelling en in een slechte werkhouding, bij precisiewerk, en de werkomgeving (bijvoorbeeld onprettige omgang met collega's en leidinggevendenden, een onprettige werksfeer) *mogelijke* risicofactoren zijn voor het krijgen van nekpijn.
- Overweeg een consult te adviseren bij, of de patiënt door te verwijzen naar, een bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, wanneer er sprake is van arbeidsverzuim of productieverlies zonder arbeidsverzuim.

#### Afsluiting

- Streef naar een maximum aantal van ongeveer drie behandelsessies.

*Behandelprofiel B: zie volgende pagina.*

## C.2 Behandelprofiel B

**Nekpijn graad III-afwijkend beloop:** nekpijn welke (in meer of mindere mate) interfereert met activiteiten in het dagelijks leven en een afwijkend beloop in herstel van pijn en activiteiten heeft, en waarbij geen psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die aanwezig zijn bij de patiënt en gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn. 8

### Informatie en advies

Als bij behandelprofiel A.

### Aanbevolen aanvullende therapie

- Combineer oefentherapie met cervicale en/of thoracale mobilisatie of manipulatie\*.
- De oefentherapie dient aan te sluiten bij de behoeften, beperkingen en doelen van de patiënt.

### Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)

Overweeg de volgende interventies wanneer, in overleg met de patiënt, wordt geconstateerd dat de aanbevolen therapie geen of onvoldoende effect heeft op het gezondheidsprobleem:

- cervicaal kussen
- cognitieve gedragstherapie
- kinesiotape (bij traumagerelateerde nekpijn) voor pijnvermindering op korte termijn
- massage (mits in combinatie met andere therapievormen) voor pijnvermindering op korte termijn
- warmte- of koudetherapie (mits in combinatie met andere therapievormen)
- werkplaatsinterventies (bij werkgerelateerde nekpijn)

### Afgeraden therapie

- *dry needling*
- elektrotherapie
- ultrageluid/shockwave
- laser

### Aanvullend bij werkgerelateerde klachten

Als bij behandelprofiel A, plus:

- Bij een vermoeden van een door het werk veroorzaakte herstelbelemmerende factor: adviseer de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts, bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut om de behandelmogelijkheden te bespreken, of in geval van arbeidsverzuim met de Arbodienst om een re-integratietraject te bespreken.
- Bij een arbeidsverzuim, of bij productieverlies zonder arbeidsverzuim, dat langer dan vier weken aanhoudt: vraag bij de patiënt naar de afspraken die zijn gemaakt met de bedrijfsarts, overweeg de patiënt te adviseren om contact op te nemen met of door te verwijzen naar de bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, en/of treed in overleg met de bedrijfsarts om het verdere beleid af te stemmen (na akkoord van de patiënt).

### Afsluiting

- Evalueer de inhoud van de behandeling, de therapietrouw van de patiënt en de behandelresultaten, bij voorkeur met de N(P)RS en de PSK.
- Beëindig de behandeling zodra de afgesproken behandeldoelen zijn bereikt of indien er geen verbetering is opgetreden na zes weken.
- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie: neem, na akkoord van de patiënt, contact op met de huisarts of bedrijfsarts, om verdere (niet-fysiotherapeutische) behandelmogelijkheden te bespreken.

\* Wees terughoudend met hoogcervicale manipulaties (zie de NVMT-beroepsnorm).

Behandelprofiel C: zie volgende pagina.

### C.3 Behandelprofiel C

**Nekpijn graad I/II-afwijkend beloop:** nekpijn welke (in meer of mindere mate) interfereert met activiteiten in het dagelijks leven en een afwijkend beloop in herstel van pijn en activiteiten heeft, en waarbij psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel, in het bijzonder psychosociale herstelbelemmerende factoren. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn. Het is binnen dit behandelprofiel minder effectief om zich te richten op de pijn van de patiënt, omdat dit wellicht bij de patiënt tot een toename van de aandacht voor pijn en het bijbehorende pijngedrag leidt. 9

#### Informatie en advies

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Benadruk dat de psychosociale factoren van de patiënt (angst, onrust, depressieve gevoelens, angst voor bewegen (kinesiofobie), catastrofering, etc.) een negatieve invloed kunnen hebben op het herstel.
- Bij bewegingsangst (kinesiofobie) of pijngerelateerde angst: leg uit dat toenemende activiteit het herstel bevordert en motiveer tot meer bewegen.
- Bespreek regelmatig de invloed van psychosociale herstelbelemmerende factoren, om te controleren of deze factoren veranderd zijn en of hun invloed op de nekpijn verminderd is.
- Indien de psychosociale herstelbelemmerende factoren de oorzaak zijn van het uitblijven van herstel: neem zelf contact op met of moedig de patiënt aan om contact op te nemen met de huisarts, psycholoog en/of psychosomatisch fysiotherapeut en bespreek de behandel mogelijkheden.

#### Aanbevolen aanvullende therapie

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Leg bij de oefentherapie meer nadruk op gedragsmatige principes en graduele toename in blootstelling aan bewegingen.

#### Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)

Als bij behandelprofiel B.

#### Afgeraden therapie

Als bij behandelprofiel B.

#### Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn

Als bij behandelprofiel B.

#### Afsluiting

Als bij behandelprofiel B.

*Behandelprofiel D: zie volgende pagina.*

#### C.4 Behandelprofiel D

##### Nekpijn graad III: nekpijn in de aanwezigheid van neurologische tekenen en symptomen

De patiënt kan baat hebben bij fysiotherapie maar vanwege de mogelijke ernst van de onderliggende pathologie is het belangrijk om vooraf een duidelijk tijdspad te hanteren. 10

##### Informatie en advies

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van de volgende aanpassingen:

- Leg de diagnose uit en stel de patiënt gerust dat de neurologische tekenen in de arm vaak vanzelf overgaan.
- Adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve copingstijl. Maar adviseer de patiënt ook om bewegingen of activiteiten te vermijden die uitstralende pijn of andere klachten aan de arm provoceren.

##### Aanbevolen aanvullende therapie

Als bij behandelprofiel B.

##### Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Combineer cervicale en/of thoracale mobilisatie met zenuwmobilisatieoefeningen.
- Semi-harde halskraag, voor pijnvermindering op korte termijn. Evalueer het effect na twee weken en pas op voor patiëntafhankelijkheid (niet bij traumagerelateerde pijn).
- Tractie.

##### Afgeraden therapie

Als bij behandelprofiel B.

##### Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn

Als bij behandelprofiel B.

##### Afsluiting

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van het volgende:

- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie of zelfs tot verslechtering (toename van de pijn, meer sensorische symptomen of een toenemend verlies van motorische controle) heeft geleid: verwijst de patiënt terug naar de huisarts.

#### C.5 Afronding van de behandeling

De behandeling wordt beëindigd zodra de afgesproken behandeldoelen zijn bereikt. Ook als de afgesproken behandeldoelen niet zijn behaald, zal de behandeling op enig moment beëindigd moeten worden. Zo is het bijvoorbeeld niet zinvol om de behandeling te continueren indien er geen verbetering is opgetreden na zes weken, aangezien de kans dat er na deze periode alsnog verbetering optreedt klein is. Dit moet expliciet worden besproken met de patiënt vóór de laatste behandelsessie.

Het wordt aanbevolen om het beloop van de behandeling te evalueren tijdens de laatste sessie, met behulp van de N(P)RS en

PSK. Daarnaast kan overwogen worden om aanvullende optionele meetinstrumenten af te nemen ter evaluatie, maar alleen indien deze ook eerder in het behandelproces zijn gebruikt en indien het instrument geschikt is voor evaluatief gebruik (*Verantwoording en toelichting*).

Ten slotte wordt aanbevolen om bij de afronding van de behandeling de patiënt te adviseren om fysiek actief te blijven, ongeacht eventuele resterende pijn en zich ervan bewust te zijn dat er een kans is op terugkerende nekpijn en dat de prognostische factoren voor een vertraagd herstel (tabel 1) hier vermoedelijk een rol in spelen.

# Bijlagen

## Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen

### Diagnostisch proces

#### 1 Normaal en afwijkend beloop van de nekpijn

De werkgroep concludeert dat nekpijn een 'normaal beloop' heeft wanneer in de eerste zes weken na ontstaan de pijn afneemt en/of de activiteiten en/of participatie toenemen.

Recidiverende nekpijn en nekpijn die langer duurt dan zes weken wordt gezien als nekpijn met een 'afwijkend beloop'.

#### 2 Rode vlaggen

De werkgroep concludeert dat de fysiotherapeut bij elke patiënt met nekpijn, direct bij het eerste consult, ernstige pathologie (nekpijn graad IV) dient uit te sluiten aan de hand van de rode vlaggen en het klachtenpatroon.

De werkgroep concludeert dat, indien er geen tekenen zijn die wijzen op een ernstige pathologie (nekpijn graad IV), fysiotherapie geïndiceerd kan zijn en er vervolgens gedifferentieerd moet worden tussen nekpijn graad I, II en III.

#### 3 Nekpijn graad III

De werkgroep concludeert dat gebruik van de volgende testen overwogen kan worden bij een verdenking op nekpijn graad III:

- identificatie van sensorische symptomen in de arm, zoals paresthesieën, gevoelloosheid, verminderde tastzin;
- identificatie van beperkte cervicale range of motion (ROM), gedefinieerd als een rotatie < 60 graden of een beperkte en pijnlijke rotatie;
- identificatie van verminderde spierkracht, spiercontrole of sensibiliteitsstoornissen;
- *Spurling's test* en/of tractie/distractietest;
- *Upper Limb Tension Test* (ULTT).

De werkgroep concludeert dat nekpijn graad III waarschijnlijk wordt geacht bij de aanwezigheid van een of meer tekenen en symptomen die wijzen op een cervicaal radiculair syndroom én een positieve *Spurling's test* en/of tractie/distractietest.

De werkgroep concludeert dat de volgende testen moeten worden afgenomen bij een verdenking op nekpijn graad III:

- de *Spurling's test*: een positieve uitslag bevestigt nekpijn graad III en/of
- de *tractie/distractietest*: een positieve uitslag bevestigt nekpijn graad III;
- de *Upper-Limb Tension Test* (ULTT) voor de plexus brachialis en de n. medianus: een negatieve test sluit nekpijn graad III uit.

#### 4 Meetinstrumenten

##### Aanbevolen meetinstrumenten

De werkgroep concludeert dat bij alle patiënten de volgende meetinstrumenten moeten worden gebruikt:

- *Numeric (Pain) Rating Scale* (N(P)RS, bereik 0–10 punten), om de gemiddelde pijn te objectiveren over de afgelopen 24 uur als onderdeel van het ICF-domein 'Lichaamsfuncties';
- *Patiënt Specifieke Klachten* (PSK, gemeten op een N(P)RS schaal, bereik 0–10 punten) om de beperkingen te objectiveren als onderdeel van de ICF-component 'Activiteiten en participatie'.

##### Optionele meetinstrumenten

De werkgroep concludeert dat de volgende meetinstrumenten kunnen worden gebruikt, als hiertoe op grond van de anamnese aanleiding toe bestaat:

- *Cranio Cervicale Flexie Test* (CCFT);
- *Cervicale Range of Motion* (CROM)-apparaat;
- *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) bij verdenking op pijngerelateerde angst;
- *Neck Bournemouth Questionnaire* (NBQ);
- *Neck Disability Index* (NDI);
- Sensibiliteitstest;
- *Short Form 36* (SF-36) bij een verdenking op de aanwezigheid van een slechte gezondheidsperceptie of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven;
- Spieruithoudingsvermogen van de korte nekflexoren;
- *Tampaschaal* voor Kinesiofobie (TSK) bij een verdenking op kinesiofobie (bewegingsangst);

- Uithoudingsvermogenstest;
- *Visual Analog Scale* (VAS);
- Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL) bij een verdenking op angst, depressie, stress en somatisatie.

### 5 Beeldvormend onderzoek

De werkgroep concludeert dat de fysiotherapeut de patiënt geen beeldvormend onderzoek moet adviseren op basis van matig niveau van bewijs en grote kans op fout-positieve bevindingen van dergelijk onderzoek.

### 6 Behandelprofielen

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met nekpijn de hierna beschreven indeling in behandelprofielen toe te passen, op basis van de anamnese en de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.

| Profiel           | Kenmerken  | Omschrijving  |
|-------------------|--|---|
| Behandelprofiel A | nekpijn graad I* en II met een normaal beloop  | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken na ontstaan van de klachten verbeteren   |
| Behandelprofiel B | nekpijn graad I* en II met een afwijkend beloop, <i>zonder</i> dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken van de klachten <i>niet</i> verbeteren, of in die periode zelfs verslechteren, en waarbij geen psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn |
| Behandelprofiel C | nekpijn graad I* en II met een afwijkend beloop, <i>met</i> dominante aanwezigheid van psychosociale herstelbelemmerende factoren    | nekpijn die (in meer of mindere mate) invloed heeft op activiteiten in het dagelijks leven, die in de eerste zes weken van de klachten <i>niet</i> verbeteren, of in die periode zelfs verslechteren, en waarbij psychosociale herstelbelemmerende factoren dominant aanwezig zijn      |
| Behandelprofiel D | nekpijn graad III  | nekpijn waarbij neurologische tekenen en symptomen aanwezig zijn.   |

\* *Nekpijn graad I is bij de behandelprofielen ingedeeld, maar de werkgroep verwacht dat patiënten met deze mate van nekpijn zich niet bij een fysiotherapeut zullen melden.*

### 7 Nekpijn graad I/II-normaal beloop

Vanwege het normale beloop in herstel van pijn en activiteiten, zou gestreefd moeten worden naar een kortdurende behandeling. De behandeling moet zich beperken tot het informeren van de patiënt over het normale beloop en het faciliteren van een adequate copingstijl, ter voorkoming van een afwijkend beloop. De patiënt heeft naar verwachting geen additionele therapie nodig.

#### *Informatie en advies*

- Stel de patiënt gerust door uit te leggen dat het beloop van de nekpijn bij veel patiënten gunstig is, dat nekpijn niet schadelijk is en dat een toename van dit type pijn niet geassocieerd is met schade aan lichaamsstructuren.
- Adviseer de patiënt om actief te blijven. Leg uit dat het herstel bevordert wordt door een matig en geleidelijk toenemend niveau van oefenen, een geleidelijk toenemend niveau van activiteiten en het continueren van of terugkeer naar werk (indien nodig, met aanpassingen van werkzaamheden of arbeidsgerelateerde zorg).
- Vermijd aanbevelingen die de patiënt zouden kunnen stimuleren om passief te blijven, en adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve copingstijl.

#### *Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn*

- Leg uit dat werk waaraan hoge kwantitatieve eisen worden gesteld, werk waarbij weinig steun uit de sociale of werkomgeving is, werk dat bestaat uit repeterende werkzaamheden, werk met een sedentaire werkpositie, werk waarbij regelmatig en langdurig de nek in een voorwaartse flexiehouding is gepositioneerd, werken met een slechte bureau-instelling en in een slechte werkhouding, bij precisiewerk, en de werkomgeving (bijvoorbeeld onprettige omgang met collega's en leidinggevend, een onprettige werksfeer) *mogelijke* risicofactoren zijn voor het krijgen van nekpijn.
- Overweeg een consult te adviseren bij, of de patiënt door te verwijzen naar, een bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, wanneer er sprake is van arbeidsverzuim of productieverlies zonder arbeidsverzuim.

#### *Afsluiting*

- Streef naar een maximum aantal van ongeveer drie behandelsessies.

### 8 Nekpijn graad I/II-afwijkend beloop

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die aanwezig zijn bij de patiënt en gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn.

#### *Informatie en advies*

Als bij behandelprofiel A.

#### *Aanbevolen aanvullende therapie*

- Combineer oefentherapie met cervicale en/of thoracale mobilisatie of manipulatie. (Wees terughoudend met hoogcervicale manipulaties, zie de NVMT-beroepsnorm.)
- De oefentherapie dient aan te sluiten bij de behoeften, beperkingen en doelen van de patiënt.

#### *Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)*

Overweeg de volgende interventies wanneer, in overleg met de patiënt, wordt geconstateerd dat de aanbevolen therapie geen of onvoldoende effect heeft op het gezondheidsprobleem:

- cervicaal kussen
- cognitieve gedragstherapie
- kinesiotape (bij traumagerelateerde nekpijn) voor pijnvermindering op korte termijn
- massage (mits in combinatie met andere therapievormen) voor pijnvermindering op korte termijn
- warmte- of koudetherapie (mits in combinatie met andere therapievormen)
- werkplaatsinterventies (bij werkgerelateerde nekpijn)

#### *Afgeraden therapie*

- *dry needling*
- elektrotherapie
- ultrageluid/shockwave
- laser

#### *Aanvullend bij werkgerelateerde klachten*

Als bij behandelprofiel A, plus:

- Bij een vermoeden van een door het werk veroorzaakte herstelbelemmerende factor: adviseer de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts, bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut om de behandelmogelijkheden te bespreken, of in geval van arbeidsverzuim met de Arbodienst om een re-integratietraject te bespreken.
- Bij een arbeidsverzuim, of bij productieverlies zonder arbeidsverzuim, dat langer dan vier weken aanhoudt: vraag bij de patiënt naar de afspraken die zijn gemaakt met de bedrijfsarts, overweeg de patiënt te adviseren om contact op te nemen met of door te verwijzen naar de bedrijfs- of arbeidsfysiotherapeut, en/of treed in overleg met de bedrijfsarts om het verdere beleid af te stemmen (na akkoord van de patiënt).

#### *Afsluiting*

- Evalueer de inhoud van de behandeling, de therapietrouw van de patiënt en de behandelresultaten, bij voorkeur met de N(P)RS en de PSK.
- Beëindig de behandeling zodra de afgesproken behandeldoelen zijn bereikt of indien er geen verbetering is opgetreden na zes weken.
- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie: neem, na akkoord van de patiënt, contact op met de huisarts of bedrijfsarts, om verdere (niet-fysiotherapeutische) behandelmogelijkheden te bespreken.

### 9 Nekpijn graad I/II-afwijkend beloop

Behandeling moet zich richten op het beïnvloeden van die prognostische factoren die gerelateerd zijn aan een vertraagd herstel, in het bijzonder psychosociale herstelbelemmerende factoren. Dit kunnen fysieke of niet-fysieke factoren zijn. Het is binnen dit behandelprofiel minder effectief om zich te richten op de pijn van de patiënt, omdat dit wellicht bij de patiënt tot een toename van de aandacht voor pijn en het bijbehorende pijngedrag leidt.

#### *Informatie en advies*

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Benadruk dat de psychosociale factoren van de patiënt (angst, onrust, depressieve gevoelens, angst voor bewegen (kinesiofobie), catastrofering, etc.) een negatieve invloed kunnen hebben op het herstel.
- Bij bewegingsangst (kinesiofobie) of pijngerelateerde angst: leg uit dat toenemende activiteit het herstel bevordert en motiveer tot meer bewegen.



- Bespreek regelmatig de invloed van psychosociale herstelbelemmerende factoren, om te controleren of deze factoren veranderd zijn en of hun invloed op de nekpijn verminderd is.
- Indien de psychosociale herstelbelemmerende factoren de oorzaak zijn van het uitblijven van herstel: neem zelf contact op met of moedig de patiënt aan om contact op te nemen met de huisarts, psycholoog en/of psychosomatisch fysiotherapeut en bespreek de behandel mogelijkheden.

#### *Aanbevolen aanvullende therapie*

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Leg bij de oefentherapie meer nadruk op gedragsmatige principes en graduele toename in blootstelling aan bewegingen.

#### *Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Afgeraden therapie*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Afsluiting*

Als bij behandelprofiel B.

### **10 Nekpijn graad III**

De patiënt kan baat hebben bij fysiotherapie maar vanwege de mogelijke ernst van de onderliggende pathologie is het belangrijk om vooraf een duidelijk tijdsplan te hanteren.

#### *Informatie en advies*

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van de volgende aanpassingen:

- Leg de diagnose uit en stel de patiënt gerust dat de neurologische tekenen in de arm vaak vanzelf overgaan.
- Adviseer een fysiek actieve leefstijl en een actieve copingstijl. Maar adviseer de patiënt ook om bewegingen of activiteiten te vermijden die uitstralende pijn of andere klachten aan de arm provoceren.

#### *Aanbevolen aanvullende therapie*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Te overwegen therapie (bij onvoldoende effect)*

Als bij behandelprofiel B, plus:

- Combineer cervicale en/of thoracale mobilisatie met zenuwmobilisatieoefeningen.
- Semi-harde halskraag, voor pijnvermindering op korte termijn. Evalueer het effect na twee weken en pas op voor patiëntafhankelijkheid (niet bij traumagerelateerde pijn).
- Tractie.

#### *Afgeraden therapie*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Aanvullend bij werkgerelateerde nekpijn*

Als bij behandelprofiel B.

#### *Afsluiting*

Als bij behandelprofiel B, met inachtneming van het volgende:

- Indien de behandeling na zes weken onvoldoende effect heeft gehad op de pijn en het niveau van activiteiten en participatie of zelfs tot verslechtering (toename van de pijn, meer sensorische symptomen of een toenemend verlies van motorische controle) heeft geleid: verwijs de patiënt terug naar de huisarts.

