

Richtlijn Multimodale aanpak van chronische primaire pijn (CPP)

Volledige herziening (2024)

S. Van Cauwenbergh, L. De Coninck, S. Cordyn, E. Excelmans, L. Stukken, M. Goossens, J. Nijs, B. Morlion, A. Janssen, L. Vermeulen, N. Durieux, N. Mortier, P. Jonckheer, W. Munneke, P. Van Royen

In opdracht van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL vzw)

Publicatieversie december 2024



Inbreng van de patiënt en afweging door de zorgverlener in de eerste lijn

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en bieden een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de eerste lijn. Zij vatten voor de zorgverlener in de eerste lijn samen wat voor de patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de context van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de zorgverlener in de eerste lijn de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat de zorgverlener en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

Inhoudstafel

1. Inleiding	4
1.1. Achtergrond	4
1.2. Motivatie voor herziening van de richtlijn uit 2017	6
1.3. Epidemiologie	7
1.4. Basispathofysiologie van chronische pijn	8
1.5. Doelstelling van de richtlijn	9
1.6. Patiëntenpopulatie	10
1.7. Eindgebruikers	10
1.8. Begrippen	11
1.9. Afkortingen	14
2. Samenvatting van de aanbevelingen	15
3. Graden van aanbeveling (GRADE)	18
4. Algemene aanbevelingen m.b.t. de aanpak van CPP	20
5. Klinische vraag: welke niet-medicamenteuze interventies binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?	33
5.1. Pijneducatie en counseling	33
5.2. Fysieke activiteit en bewegingsoefeningen	38
5.3. Psychosociale interventies	41
5.3.1. STRESSREDUCERENDE TECHNIEKEN	41
5.3.2. VOORBEELDEN VAN STRESSREDUCERENDE TECHNIEKEN	43
5.3.2.1. Psychotherapie	43
5.3.2.2. Mindfulness	46
5.4. Levensstijlinterventies	49
5.5. Overige niet-medicamenteuze interventies	51
6. Klinische vraag: welke medicamenteuze opties binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?	55
6.1. Algemeen	55
6.2. Algemene aanbevelingen m.b.t. het gebruik van medicatie bij CPP	56
6.3. Algemene informatie en overzicht van de medicamenteuze opties	63
6.3.1. NSAID's	63
6.3.2. PARACETAMOL	64
6.3.3. ANTIDEPRESSIVA	64
6.3.3.1. Antidepressiva voor fibromyalgie	66
6.3.3.2. Antidepressiva voor chronische lagerugpijn	68
6.3.3.3. Antidepressiva voor gemengde pijntypes	69
6.3.4. OPIOÏDEN	69
6.3.4.1. Werkzaamheid en plaats van opioïden in de behandeling van CPP	72

6.3.4.2. Ongewenste effecten van opioïden in de behandeling van patiënten met CPP	73
6.3.4.3. Risico's op afhankelijkheid bij gebruik van opioïden in de behandeling van patiënten met CPP	75
6.3.5. ANTI-EPILEPTICA	76
6.3.6. SPIERRELAXANTIA	78
6.3.7. CORTICOSTEROÏDEN	78
6.3.8. CANNABINOÏDEN	79
6.3.9. KETAMINE	80
6.3.10. TOPISCHE MEDICATIE	80
6.3.10.1. Capsaïcine	80
6.3.10.2. Topische NSAID's	80
6.3.10.3. Lidocaïne	81
7. Klinische vraag: hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van volwassen patiënten met CPP?	83
7.1. Interprofessionele samenwerking	83
7.2. Management	90
8. Researchagenda	93
9. Toetselementen	94
11. Totstandkoming	96
11.1. Auteurs	96
11.2. Andere betrokkenen	97
11.3. Participatie van patiënten en ervaringsdeskundigen	98
11.4. Methodologie	98
11.4.1. KLINISCHE VRAGEN	98
11.4.2. ONTWIKKELINGSPROCES	99
12. Belangenvermenging en financiering	100
13. Herziening	101
14. Bijlagen	102

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

Chronische pijn is een wereldwijd gezondheidsprobleem met gevolgen voor zowel het individu, diens naasten als de samenleving ¹. Personen met chronische pijn ervaren ernstige fysieke en psychosociale beperkingen omdat de pijn persistent of terugkerend is ².

Deze richtlijn focust op chronische primaire pijn (CPP). CPP is een onderdeel van de bredere cluster 'chronische pijn' en wordt gedefinieerd als *“pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt en gepaard gaat met aanzienlijke emotionele problemen en/of functionele beperkingen, en niet te verklaren is door een andere aandoening”* ³.

In het kader van chronische (primaire) pijn bestaan er verschillende termen en beschrijvingen die vaak door elkaar worden gebruikt en waarover ook heel wat discussie bestaat in de literatuur. Het is daarom belangrijk om een aantal begrippen te duiden. CPP is een classificatie van een ziektediagnose. Nociplastische pijn is een beschrijving van het type pijn op basis van het onderliggende mechanisme. Centrale sensitisatie is een (al dan niet maladaptief) neurofysiologisch fenomeen ⁴. Het gaat hier dus om 3 verschillende entiteiten. Hoewel ze vaak samen voorkomen, betekenen ze niet hetzelfde. Voor meer informatie verwijzen we naar het onderdeel Begrippen op blz. 11.

CPP wordt niet beschouwd als een symptoom, maar als een op zichzelf staande aandoening. Bij de diagnostiek van CPP moet men nagaan of een andere diagnose de pijnklachten kan verklaren. Is dat het geval, dan wordt de diagnose van een chronisch 'secundair' pijnsyndroom gesteld ⁵. Bij chronische secundaire pijn is de pijn het gevolg van een onderliggende aandoening en wordt beschouwd als een

¹ Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth 2019;123:e273–e283.

² Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2018;87:159–167.

³ Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. Pain 2019;160(1):28-37.

⁴ Kosek E, Clauw D, Nijs J et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. Pain 2021;162(11): 2629-34.

⁵ Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. Pain 2019;160(1):28-37.

symptoom. Chronische secundaire pijn kan verder opgedeeld worden in 6 subgroepen ⁶:

- Chronische kankergerelateerde pijn,
- Chronische neuropathische pijn,
- Chronische secundaire viscerale pijn,
- Chronische posttraumatische en postoperatieve pijn,
- Chronische secundaire hoofdpijn en orofaciale pijn,
- Chronische secundaire musculoskeletale pijn.

Meer informatie over chronische secundaire pijn is terug te vinden in de IASP-classificatie (International Association for Study of Pain) van chronische pijn ⁷.

Belangrijke eigenschappen van CPP:

- Er is geen duidelijke oorzaak voor het ontstaan van de pijnklachten of de impact van de pijn staat niet in verhouding tot het letsel.
- CPP is geassocieerd met aanzienlijke emotionele stress (bijvoorbeeld angst, woede, frustratie of sombere stemming) en/of aanzienlijke functionele beperkingen (verstoring van de dagelijkse activiteiten en sociale participatie).
- Het klinisch beeld kan variëren en na herevaluatie aanleiding geven tot een wijziging van de diagnose.
- CPP kan samen met chronische secundaire pijn voorkomen ('multiple parenting'); de diagnose van het ene sluit het andere niet uit.

De vorige versie van de richtlijn ⁸ deelt chronische pijn op in 2 types, nl. nociceptieve pijn en neuropathische pijn. Deze opdeling was gebaseerd op het onderliggende mechanisme en op de mogelijke oorzaak van de pijn. In 2016 werd het concept 'nociplastische pijn' in de literatuur geïntroduceerd ^{9,10,11}. Dit derde type pijn kan aanwezig zijn bij verschillende klinische aandoeningen. Het mechanisme dat aan de

⁶ Treede RD, Rief W, Barke A, 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.

⁷ Treede RD, Rief W, Barke A, 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.

⁸ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Richtlijn aanpak van chronische pijn in de eerste lijn (herziening). Antwerpen: WOREL, 2017.

⁹ Kosek E, Cohen M, Baron R, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain 2016;157(7):1382-1386.

¹⁰ Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of "nociplastic pain" by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. Pain 2018;159(6):1176-1177.

¹¹ Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, et al. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet 2021;397(10289):2098-2110.

basis ligt van dit type pijn is nog niet goed gekend. Men veronderstelt dat een versterkte pijnverwerking en overgevoelige zintuiglijke verwerking in het perifere of centrale zenuwstelsel, vaak beschreven als perifere/centrale sensitisatie, en een gewijzigde pijnmodulatie hierin een prominente rol spelen.

Het nociplastisch, neuropathisch en nociceptief pijntype worden beschreven op basis van het onderliggende mechanisme en de verwerking in het zenuwstelsel, terwijl de ziekteclassificatie chronische 'primaire' versus 'secundaire' pijn gebeurt op basis van het al dan niet (oorspronkelijk) aanwezig zijn van specifieke onderliggende aandoeningen. Voor meer informatie over deze pijntypes, verwijzen we naar hoofdstuk 1.4 op blz. 8 en hoofdstuk 1.8 op blz. 11.

Nociplastische pijn en CPP zijn niet identiek, maar hebben wel belangrijke raakvlakken. Over deze pijntypes en pijnsyndromen heerst nog heel wat discussie. Tegenwoordig wordt bovendien erkend dat deze verschillende pijntypes, mechanismen van pijn en entiteiten ook samen kunnen voorkomen. In een aantal van deze gevallen spreken we van de zgn. gemengde pijntypes ¹².

1.2. Motivatie voor herziening van de richtlijn uit 2017

De 'International Association for Study of Pain' (IASP) publiceerde samen met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een update van de definitie van chronische pijn (zie ook hoofdstuk 1.1. op blz. 4) ¹³.

Bij aandoeningen, bijvoorbeeld fibromyalgie of het complex regionaal pijnsyndroom, kan chronische pijn worden beschouwd als een op zichzelf staande aandoening. Het IASP stelt voor om chronische pijn dat beschouwd kan worden als aandoening op zich, te definiëren als CPP.

Aan de basis van CPP ligt mogelijk een verhoogde gevoeligheid en reactiviteit van de centrale of perifere nociceptieve neuronen op een normale prikkel (perifere/centrale sensitisatie) en/of het nociplastische pijntype. In de richtlijn van 2017 kwamen deze aspecten nog niet aan bod ¹⁴.

¹² Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397(10289):2082-2097.

¹³ Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 2019;160(1):28-37.

¹⁴ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Richtlijn aanpak van chronische pijn in de eerste lijn (herziening). Antwerpen: WOREL, 2017.

Bij het bepalen van de scope van deze richtlijn benadrukten de experts met klem het belang van een multimodale aanpak gekaderd binnen het biopsychosociale model.

De fundamentele veranderingen in dit complexe domein en de impact ervan op de aanpak van CPP maakten een herziening van de richtlijn noodzakelijk.

1.3. Epidemiologie

Uit onderzoek in Franstalig België blijkt dat tussen 33 en 49% van de huisartsencontacten betrekking had op patiënten met chronische pijn. De meeste van deze patiënten ervoeren pijnklachten sinds meer dan één jaar. Bij 54% van hen was pijn de voornaamste reden tot consultatie ¹⁵.

Chronische pijn komt voor bij minstens 10% van de wereldpopulatie. In bepaalde landen benadert de prevalentie van chronische pijn 20 à 25% van de bevolking ¹⁶. De National Health Interview Survey (NIHS) rapporteert dat in de Verenigde Staten in 2021 20,9% (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 20,2-21,5%) van de deelnemers chronische pijn had en bij 6,9% van hen (95%-BI 6,6-7,3%) deze pijn hun activiteiten (werk en algemene dagelijkse activiteiten) beperkte ¹⁷. Deze cijfers houden echter geen rekening met de oorzaak of het type pijn.

In verband met CPP vermelden we een systematische review uit 2018 die op basis van 39 geïnccludeerde studies een prevalentie van 9,6% (95%-BI 8,4-11,2) van chronische wijdverspreide pijn (een subtype van CPP) rapporteert ¹⁸.

De Global Burden of Disease-studie van 2019 toont dat, ten opzichte van 1990, aandoeningen die vaak gepaard gaan met chronische pijn, zoals lagerugpijn, nekpijn, hoofdpijn en osteoartritis, een groter aandeel hebben in de 'disability-

¹⁵ Steyaert A, Bischoff R, Feron JM, Berquin A. The high burden of acute and chronic pain in general practice in French-speaking Belgium. *J Pain Res* 2023;16:1441-1451.

¹⁶ Jackson T, Stabile V, McQueen K. The global burden of chronic pain. *ASA Newsletter* 2014;78:24-27.

¹⁷ Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP Jr. Chronic pain among adults - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023;72(15):379-385.

¹⁸ Andrews P, Steultjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. *Eur J Pain* 2018;22(1):5-18.

adjusted life years' (DALY's) ¹⁹. Een DALY staat voor het verlies van het equivalent van één levensjaar in volledige gezondheid ²⁰.

Chronische pijn gaat gepaard met een slechtere algemene gezondheid, verminderde kwaliteit van leven, verminderde mobiliteit en functioneren, en heeft vaak een invloed op professionele activiteiten ^{21,22}. De prevalentie van chronische pijn, in combinatie met de nood aan een complexe en vaak langdurige aanpak, heeft niet alleen een belangrijke impact op de persoon zelf, maar onder andere, vanuit economisch perspectief, ook op de maatschappij.

1.4. Basispathofysiologie van chronische pijn

De fysiologie van pijn is complex.

Nociceptoren registreren dreigende prikkels. Deze perifere input wordt via de dorsale hoorn van het ruggenmerg doorgegeven aan en geprojecteerd naar de verschillende structuren in het centrale zenuwstelsel. Het brein interpreteert deze input volgens de karakteristieken van de input, de context en de ervaringen van het individu. Beoordeelt het brein dat een waarschuwing nodig is, dan ervaart het individu pijn. Deze acute pijn heeft een rol in de overleving en fungeert als waarschuwingssysteem. Maar pijn die chronisch wordt, verliest deze functie en evolueert in feite naar een op zichzelf staande aandoening ²³.

Pijn is een outputproduct dat niet altijd een relatie heeft met de mate van nociceptie. Bij nociceptie ten gevolge van weefselschade zal de persoon niet per se pijn ervaren. Daarnaast kan pijn voorkomen zonder weefselschade. Het zenuwstelsel bepaalt dus in welke mate de sensorische input pijn veroorzaakt.

¹⁹ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204-1222.

²⁰ [WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. Geneva: WHO, 2020](#)

²¹ Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, et al. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain – Results from the EPIFUND study. *Pain* 2009;41(1-2):119-126.

²² Toye F, Seers K, Allcock N, et al. A meta-ethnography of patients' experience of chronic non-malignant musculoskeletal pain. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2013.

²³ Nijs J, George SZ, Clauw DJ, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol* 2021;3(5):e383-e392.

Tegenwoordig wordt chronische pijn ingedeeld in het nociceptieve, neuropathische en nociplastische pijntype op basis van het onderliggende mechanisme ²⁴ (zie ook hoofdstuk 1.8 op blz. 11).

Deze verschillende pijntypes kunnen samen voorkomen ²⁵.

1.5. Doelstelling van de richtlijn

Deze richtlijn wil Belgische zorgverleners in de eerste lijn een instrument bieden om:

- de kwaliteit van de zorg voor patiënten met CPP te verbeteren, rekening houdend met:
 - alle aspecten van de CPP;
 - de individuele noden van elke patiënt.
- de samenwerking met de tweede lijn in de opvolging van patiënten met CPP te bevorderen;
- volgende uitkomsten voor de patiënt te verbeteren:
 - Kwaliteit van leven en functionaliteit;
 - Omgang met pijn/pijnbeheersing, minder pijn ervaren dankzij onder andere coping; we moeten ons er echter ook van bewust zijn dat pijnvermindering niet het enige of belangrijkste doel kan zijn;
 - Werkhervatting.

Een andere belangrijke doelstelling van deze richtlijn is de zorgverlener te ondersteunen om samen met de patiënt volgende doelen na te streven:

- Patiënten helpen het vertrouwen in hun lichaam en hun capaciteiten te herwinnen;
- Zelfmanagement bij patiënten stimuleren, zodat ze zelfstandig kunnen omgaan met pijn en pijnbeheersing bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten en bij hun sociale participatie;
- Negatieve gedachten/aannames van patiënten veranderen die:
 - hen afhankelijk maken van medische zorg (bijvoorbeeld de gedachte dat ze zelf niets kunnen doen om hun pijn te verzachten, maar een zorgverlener hen moet 'behandelen');
 - hen als persoon met een chronische aandoening het gevoel geven niet in staat te zijn om te functioneren zoals de maatschappij dat van hen verwacht of hen oplegt (bijvoorbeeld op het vlak van werk).

Deze richtlijn gaat niet in op pijnbehandelingen in de tweede of derde lijn.

²⁴ Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397(10289):2082-2097.

²⁵ Kosek E, Clauw D, Nijs J et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain* 2021;162(11): 2629-34.

1.6. Patiëntenpopulatie

Deze richtlijn is van toepassing op volwassen personen (mannen en vrouwen vanaf 18 jaar) met CPP. Patiënten met secundaire pijn, kinderen, patiënten met kanker of palliatieve patiënten vallen buiten bestek van deze richtlijn.

Deze richtlijn focust, in tegenstelling tot de vorige versie uit 2017, op CPP in het algemeen.

De specifieke subgroepen van chronische secundaire pijn alsook een aantal specifieke diagnostische entiteiten (bijvoorbeeld chronische migraine, prikkelbaredarmsyndroom,...) binnen CPP vallen buiten bestek van deze richtlijn. Er worden voor deze subgroepen dus geen specifieke aanbevelingen geformuleerd. Desalniettemin worden deze in de richtlijn aangehaald omdat ze samen met CPP kunnen voorkomen, met name bij een 'gemengd pijnsyndroom'. Deze richtlijn kan daarom ook worden gebruikt:

- bij patiënten met oorspronkelijk chronische secundaire pijn, bij wie het oorspronkelijke letsel na de nociceptieve fase genezen is, maar toch chronische pijnklachten ervaren (primair na secundair);
- bij patiënten met een gemengd pijnsyndroom (primair en secundair).

Hoewel de populatie met secundaire chronische pijn buiten bestek valt van deze richtlijn, kunnen bepaalde aspecten en principes van de behandeling van primaire chronische pijn ook worden toegepast op secundaire chronische pijn.

1.7. Eindgebruikers

De beoogde eindgebruikers van deze richtlijn zijn alle zorgverleners in de eerste lijn die patiënten met CPP behandelen en/of opvolgen:

- Huisartsen,
- Apothekers,
- Verpleegkundigen,
- Kinesitherapeuten, inclusief manueel therapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Psychologen,
- Psychotherapeuten,
- Vroedvrouwen,
- Osteopaten,
- Podologen,
- Tandartsen.

In het kader van de samenwerking tussen de verschillende lijnen is deze richtlijn ook relevant voor zorgverleners uit de tweede of derde lijn. Ten slotte is deze richtlijn een waardevol document voor alle zorgverleners die in contact komen met chronische pijnproblematiek.

1.8. Begrippen

Centrale sensitisatie	Een versterking van de neurale signalering binnen het centrale zenuwstelsel die pijnovergevoeligheid veroorzaakt ²⁶ .
Chronische pijn	Pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt of terugkeert. Chronische pijn is multifactorieel: biologische, psychologische en sociale factoren dragen bij aan het pijnsyndroom ²⁷ .
Chronische primaire pijn (CPP)	Pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt en gepaard gaat met aanzienlijke emotionele problemen en/of functionele beperkingen, en niet te verklaren is door een andere aandoening ²⁸ .
Chronische secundaire pijn	Pijn die langer dan 3 maanden aanhoudt en waarvan een andere aandoening de oorzaak is en waarbij de pijn in eerste instantie kan worden beschouwd als een symptoom ²⁹ .
Cognitieve gedragstherapie	Cognitieve gedragstherapie is een vorm van psychotherapie gebaseerd op de leerpsychologie die gebruikmaakt van cognitieve en gedragsmatige technieken.
Derdelijnszorg	Gespecialiseerde zorg aangeboden binnen het ziekenhuis.
Gemengd pijntype	Pijnproblematiek die niet helemaal binnen 1 categorie valt, maar waarbij de pijn kan worden gekaderd binnen een continuüm van verschillende pijntypes. Het concept van gemengde pijn wordt steeds meer erkend door klinici en onderzoekers, maar komt niet voor in de terminologie van de IASP en de meeste belangrijke naslagwerken ³⁰ .

²⁶ Nijs J, George SZ, Clauw DJ, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol* 2021;3(5):e383-e392.

²⁷ International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) Retrieved on 23/04/2024 on <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

²⁸ Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 2019;160(1):28-37.

²⁹ Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 2019;160(1):28-37.

³⁰ Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397(10289):2082-2097.

Interprofessionele samenwerking	Samenwerking bestaande uit verschillende disciplines die rond een bepaalde persoon met een zorgproblematiek dezelfde doelen nastreven.
ICF core sets	De ICF is een raamwerk om het menselijk functioneren vanuit het biopsychosociale kader te beschrijven en toepasbaarder te maken voor de dagelijkse praktijk. De ICF heeft in samenwerking met de WHO kernsets of 'core sets' ontwikkeld voor bepaalde gezondheidsproblemen. De ICF ' core sets ' vergemakkelijken de beschrijving van het functioneren op basis van lijsten met de essentiële categorieën die relevant zijn voor specifieke gezondheidsproblemen en gezondheidszorgcontexten ³¹ .
Mindfulness-based therapie	Mindfulness is een bewustzijn dat ontstaat door met volle aandacht en zonder oordeel over wat men denkt en voelt in het heden aanwezig te zijn ³² . Mindfulness-based therapie is het toepassen van mindfulness-meditatie om om te gaan met psychische en fysieke klachten ³³ .
Motiverende gespreksvoering	Een op samenwerking gerichte gespreksstijl om de persoonlijke motivatie voor een specifiek doel te versterken door iemands persoonlijke redenen om te veranderen te exploreren en te ontlokken in een sfeer van aanvaarding en mededogen ³⁴ .
Multimodaal	De term multimodaal beoogt de integratie van verschillende behandelingsvormen om de symptomen van een aandoening, waaronder CPP, aan te pakken. De keuze van de behandelinterventies gebeurt volgens het biopsychosociale model en op geleide van een uitgebreide beoordeling van: • het pijnsyndroom, • de doelen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt, • het gedragsmatige, cognitieve en fysieke functioneren van de patiënt, • het risiconiveau ³⁵.

³¹ Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet 2021;397(10289):2082-2097.

³² Kabat-Zinn J. Wherever you go there you are: mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion, 1994.

³³ Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical Psychology 2003;10(2):144-156.

³⁴ Miller WR, Rollnick, S. Motivational Interviewing: helping people change. Guilford Publications, 2014.

³⁵ Dale R, Stacey B. Multimodal treatment of chronic pain. Med Clin North Am 2016;100(1):55-64.

Neuropatisch pijntype	Pijn veroorzaakt door beschadiging of een aandoening van het somatosensorische zenuwstelsel ^{36,37} .
Nociceptief pijntype	Pijn die ontstaat door werkelijke of dreigende schade aan niet-neuraal weefsel en die het gevolg is van de activering van nociceptoren ³⁸ .
Nociceptie	Nociceptie is de neurale verwerking van het coderen van schadelijke stimuli. De gevolgen van die codering kunnen autonoom zijn (bijvoorbeeld verhoogde bloeddruk) of gedragsmatig (motorische terugtrekreflex of complexer nocifensief gedrag). Deze verwerking impliceert niet noodzakelijk een pijngewaarwording ³⁹ .
Nociplastisch pijntype	Pijn die voortkomt uit veranderde nociceptie zonder duidelijk bewijs van huidige of dreigende weefselschade die de activatie van perifere nociceptoren veroorzaakt of zonder bewijs van aandoening of laesie van het somatosensorische systeem dat de pijn veroorzaakt ⁴⁰ . In dit pijntype spelen onder andere een gewijzigde pijnverwerking en een verstoorde centrale pijnmodulatie (centrale sensitisatie) een belangrijke rol ⁴¹ .
Patiëntgericht	De term benadrukt het belang van aandacht voor de behoeften van de persoon, die tijdens het behandelingsproces een ander accent kunnen krijgen.
Tweedelijnszorg	Ambulante gespecialiseerde zorg.

³⁶ Treede RD, Rief W, Barke A, 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.

³⁷ <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

³⁸ <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

³⁹ <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

⁴⁰ <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

⁴¹ Nijs J, George SZ, Clauw DJ, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. Lancet Rheumatol 2021;3(5):e383-e392.

1.9. Afkortingen

- ACT: acceptance and commitment therapy (acceptatie- en commitmenttherapie)
- BCFI: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (www.bcfi.be)
- BI: betrouwbaarheidsinterval
- CGT: cognitieve gedragstherapie
- CPP: chronische primaire pijn
- ES: elektrische stimulatie
- GPP: good practice point
- GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
- IASP: International Association for Study of Pain
- ICD: International Classification of Disease
- LLLT: low-level lasertherapie
- MBSR: mindfulness-gebaseerde stressreductie
- NHG: Nederlands HuisartsenGenootschap
- NSAID's: niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen
- PPI: positive psychological interventions (positief psychologische interventies) SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, relevant en tijdsgebonden
- SNRI's: selectieve serotonine-en-noradrenaline-heropnameremmers, een subklasse in de groep van antidepressiva
- SSRI's: selectieve serotonine-heropnameremmers, een subklasse in de groep van antidepressiva
- TCA: tricyclische antidepressiva
- TENS: transcutane elektrische neurostimulatie

2. Samenvatting van de aanbevelingen

Algemene aanbevelingen m.b.t. de aanpak van CPP

- Erken de pijn die de patiënt beschrijft en behandel die volgens het biopsychosociale model: richt het beleid op het verminderen van de invloed van biologische, psychische en sociale factoren op de CPP (**GPP**).
- Formuleer samen met de patiënt (gedeelde besluitvorming) voor hem/haar relevante en haalbare behandeldoelen (**GPP**).
- Bespreek samen met de patiënt (gedeelde besluitvorming) de meest geschikte multimodale behandeling (**GPP**).
- Stimuleer de patiënt om zelf verantwoordelijkheid te nemen in en actief deel te nemen aan de behandeling (**GPP**).
- Bouw een samenwerkende en ondersteunende relatie op met de patiënt met CPP (**GPP**).
- Wees steeds alert voor rode vlaggen in het kader van CPP (**GPP**).
- Vraag geen bijkomende onderzoeken aan als, in het kader van de huidige CPP, ernstige of zeldzame pathologieën werden uitgesloten en er geen nieuwe symptomen zijn waarvoor aanvullend onderzoek nodig is (**GPP**).

Klinische vraag: welke niet-medicamenteuze interventies binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?

- Pijneducatie en counseling:
 - Integreer pijneducatie in de verschillende fasen van de multimodale behandeling (**GPP**).
 - Pas motiverende gespreksvoering toe om de therapietrouw te bevorderen (**GPP**).
- Fysieke activiteit en bewegingsoefeningen:
 - Adviseer fysieke activiteit en bewegingsoefeningen als onderdeel van de multimodale aanpak van CPP (**GRADE 1C**).
- Psychosociale interventies:
 - Adviseer stressreducerende technieken bij de vaststelling dat de stress van de patiënt invloed kan hebben op de pijn of het welzijn (**GPP**).
 - Adviseer psychotherapie indien de CPP een significante impact heeft op het psychisch welzijn, of indien psychologische factoren (bijvoorbeeld vermijding, catastroferen, angst, depressie) het herstel beïnvloeden (**GRADE 1B**).
 - Informeer de patiënt over de positieve effecten van CGT en adviseer deze vorm van psychotherapie (**GRADE 1B**).
 - Overweeg om de patiënt met CPP te informeren over de positieve effecten van MBSR en om deze vorm van stressmanagement te adviseren (**GRADE 2C**).

- Levensstijlinterventies:
 - Stimuleer de patiënt om een algemene gezonde levensstijl aan te nemen (gezonde en evenwichtige voeding, voldoende nachtrust, bewegen), actief te blijven (activiteiten dagelijks leven (ADL), werk en vrije tijd) en sociale contacten te onderhouden (**GPP**).

Klinische vraag: welke medicamenteuze opties binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?

- Algemene aanbevelingen m.b.t. het gebruik van medicatie bij CPP:
 - Geef educatie en advies met betrekking tot het nut en het gebruik van medicatie bij CPP (**GPP**).
 - Bespreek de verwachtingen van de patiënt die pijnmedicatie gebruikt of wenst te gebruiken en stel die zo nodig bij (**GPP**).
 - Wees terughoudend om medicatie voor te schrijven aan de patiënt met CPP vanwege het beperkte te verwachten effect en de risico's op ongewenste effecten (**GPP**).
 - In geval van een weloverwogen beslissing om een medicamenteuze behandeling op te starten:
 - Start de medicatie op als onderdeel van een multimodaal behandelplan gebaseerd op het biopsychosociale model (**GPP**).
 - Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen (ongewenste effecten) van het al dan niet starten van pijnmedicatie (**GPP**).
 - Streef, bij opstart van medicatie, naar een zo kort mogelijke gebruiksduur rekening houdend met een specifiek, vooraf bepaald en concreet behandeldoel dat binnen een vooraf bepaalde tijdsperiode moet worden behaald (**GPP**).
 - Stop de medicatie als het behandeldoel niet wordt bereikt (**GPP**).
- Antidepressiva:
 - Overweeg het gebruik van antidepressiva in de behandeling van CPP, en dit bij een selectie van patiënten op basis van hun kenmerken en comorbiditeiten en rekening houdend met mogelijke ongewenste effecten (**GRADE 2C**).
- Opioïden:
 - Schrijf bij voorkeur geen opioïden voor in de behandeling van CPP (**GRADE 2C**).
- Anti-epileptica:
 - Overweeg het gebruik van pregabaline in de behandeling van CPP, rekening houdend met mogelijke ongewenste effecten (**GRADE 2B**).

Klinische vraag: hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van volwassen patiënten met CPP?

- Interprofessionele samenwerking:
 - Hanteer binnen het interprofessionele team een eenduidige en uniforme taal om de samenwerking tussen de leden van het zorgteam te vergemakkelijken (**GPP**).
 - Verwijs naar de tweede lijn wanneer ook na de behandeling in de eerste lijn de CPP een belangrijke impact heeft op de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), de werksituatie en het sociale leven van de patiënt (**GPP**).
 - Verwijs de patiënt met chronische pijn naar de tweede lijn wanneer er sprake is van comorbiditeiten die in de eerste lijn niet kunnen worden opgevolgd (**GPP**).
 - Verwijs naar de tweede/derde lijn wanneer technisch-medische ingrepen nodig zijn (**GPP**).
 - Volg de patiënt met CPP op in de eerste lijn, ook tijdens en na de behandeling in de tweede/derde lijn (**GPP**).
- Management:
 - Overweeg om binnen het eerstelijnszorgteam een zorgcoördinator/zorgmanager aan te stellen om ervoor te zorgen dat de betrokken zorgverleners adequaat bijdragen aan het behalen van de zorgdoelen van de patiënt met CPP (**GRADE 2B**).

3. Graden van aanbeveling (GRADE)

In deze richtlijn wordt de "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation" (GRADE ^{42,43}) toegepast. GRADE is een methode ontwikkeld door de GRADE Working Group om op een overzichtelijke manier met een uniforme codering inzicht te krijgen in de zekerheid van het achterliggende wetenschappelijke bewijs en de sterkte van de aanbeveling (*tabel 1*). De criteria voor het toepassen van GRADE werden in 2016 herzien ⁴⁴.

De GRADE-benadering omvat twee stappen:

- Een beoordeling van de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs (voor alle uitkomsten die bepalend zijn geweest in het formuleren van de aanbeveling). Dit wordt in deze richtlijn uitgedrukt in een niveau van zekerheid (hoog = A, matig = B of laag = C).
- Een beoordeling of inschaling ('grading') van de sterkte van de aanbeveling, die vertaald wordt naar een cijfer (sterk = 1 of zwak = 2).

Voorts zijn er GPP's. Dat zijn sterke aanbevelingen zonder directe onderbouwing maar tot stand gekomen via een formele consensusprocedure (Delphi). Een GPP wordt geformuleerd wanneer er uitsluitend indirect wetenschappelijk bewijs bestaat, de aanbeveling nodig is om goede zorg te bieden én de voordelen ervan duidelijk zijn. Een GPP is dus steeds een sterke aanbeveling, maar niet onderbouwd door direct bewijs.

⁴² Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-926.

⁴³ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ 2008;336(7651):995-998.

⁴⁴ [Criteria for using GRADE 2016](#)

TABEL 1: GRADE-CLASSIFICATIE, BETEKENIS VAN DE CODES.

GRADE		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	
2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn.
GPP	Sterke aanbeveling zonder directe onderbouwing en zonder aanduiding van GRADE.			

4. Algemene aanbevelingen m.b.t. de aanpak van CPP

Aanbeveling 1

Erken de pijn die de patiënt beschrijft en behandel die volgens het biopsychosociale model: richt het beleid op het verminderen van de invloed van biologische, psychische en sociale factoren op de CPP (**GPP**).

Toelichting

De holistische benadering van de patiënt met CPP volgens het biopsychosociale model moet worden afgestemd op diens specifieke biopsychosociale behoeften. Het louter biomedische denkmodel is bij deze patiënten te vermijden.

- Biologische/lichamelijke componenten:
 - Zorg ervoor dat de mogelijke onderliggende medische aandoeningen die de pijn kunnen veroorzaken adequaat zijn beoordeeld. Is de beoordeling negatief, dan zijn geen bijkomende onderzoeken nodig.
 - Is er een onderliggende medische aandoening vastgesteld, dan moet die worden behandeld. Biomedische interventies hebben weinig zin als er geen duidelijke onderliggende medische aandoening is aangetoond.
- Psychologische componenten:
 - Evalueer en identificeer psychische problematiek (angst, depressie, traumatische ervaringen, gedachten en catastrofering van pijn) en de copingmechanismen of gedragingen, en hun invloed op de CPP. Bevraag ook inzichten over de pijnervaring en het functioneren.
 - Ga de levensgeschiedenis van de persoon na.
 - Stel bij aanwezigheid van psychische problematiek specifieke interventies voor (we verwijzen hiervoor naar de aanbevelingen verderop in de richtlijn).
- Sociale componenten:
 - Evalueer de sociale factoren die een invloed kunnen hebben op de pijnproblematiek:
 - (Werkgerelateerde) stress,
 - Financiële problemen,
 - Sociaal netwerk,
 - Familiale situatie,
 - Familiale voorgeschiedenis,
 - Toegang tot zorg,
 - Voorgaande ervaringen met zorg.
 - Indien een interventie nodig is, kan het multidisciplinaire team bekijken hoe sociale ondersteuning voor de patiënt kan worden voorzien.

De holistische benadering van de patiënt met CPP volgens het biopsychosociale model en het uitvoeren van de aanbevelingen kunnen een uitdaging zijn qua tijdsinvestering. Detecteert een zorgverlener een chronische pijnproblematiek en is er geen tijd om alle nodige stappen te doorlopen, dan kan het nodig zijn om de patiënt opnieuw uit te nodigen voor een consultatie met voldoende tijd om een adequate aanpak te initiëren. Men kan hiervoor ook het eerstelijnszorgteam inzetten (zie ook hoofdstuk 7.2. op blz. 90).

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebracht indirect wetenschappelijk bewijs ^{45,46,47}, en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien een aanpak op basis van het biopsychosociale model algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: er zijn geen nadelen verbonden aan het handelen vanuit het biopsychosociale model (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: er wordt geen substantiële variabiliteit verwacht. Een adequate educatie hieromtrent is dan wel een voorwaarde omdat het kan zijn dat een patiënt een voorkeur heeft voor de biologische component en dus een medische interventie (zie verder).
- Middelen en andere overwegingen: er zijn geen rechtstreekse kosten verbonden aan het uitvoeren van de aanbeveling. De belangrijkste mogelijke barrière voor deze interventie is de tijdsinvestering voor de patiënt en de zorgverlener. Maar van meet af aan tijd en middelen investeren in goede educatie en een adequate biopsychosociale aanpak zal wellicht leiden tot minder gebruik van zorg, een beter begrip/inzicht van de patiënt bij toekomstige zorgcontacten, enzovoort.
- Aanvaardbaarheid: het biopsychosociale model is steeds beter gekend. Er zijn geen problemen te verwachten met de aanvaardbaarheid ervan.

⁴⁵ Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980;137(5):535-44.

⁴⁶ Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2014;2014(9):CD000963.

⁴⁷ Miki T, Kondo Y, Kurakata H, et al. Effects of a physiotherapist-led approach based on a biopsychosocial model for spinal disorders: protocol for a systematic review. BMJ Open 2021;11(9):e055144.

- Haalbaarheid: tijd is een mogelijke belemmerende factor, maar geen reden om dit niet sterk aan te bevelen. Een biopsychosociale benadering vraagt immers niet minder werk in het algemeen, maar de toepassing ervan zal gaandeweg vlotter verlopen en vergt dus op termijn minder tijd dan in het begin.

Besluit: gezien de voordelen, kunnen we de holistische benadering volgens het biopsychosociale model van patiënten met CPP beschouwen als goede praktijkvoering.

Aanbeveling 2

Formuleer samen met de patiënt (gedeelde besluitvorming) voor hem/haar relevante en haalbare behandeldoelen (**GPP**).

Toelichting

Patiënten vermelden in de meeste gevallen pijn als hoofdklacht. Hun eerste behandeldoel is volledig pijnvrij zijn, wat bij een chronische pijnproblematiek moeilijk haalbaar is.

Moeilijk haalbare behandeldoelen leiden tot:

- een overbelaste patiënt;
- verlies aan motivatie;
- verlies van vertrouwen in de medische en gezondheidszorgdiensten;
- het niet halen van een behandeldoel, hetgeen vervolgens een impact heeft op de gemoedstoestand van de patiënt.

Het is uitermate belangrijk om haalbare behandeldoelen via gedeelde besluitvorming te formuleren. Vooraleer deze samen met de patiënt te kunnen formuleren:

- moeten de verwachtingen worden geëvalueerd;
- is educatie en uitleg m.b.t. tot de problematiek nodig om:
 - bepaalde verwachtingen te kunnen bijsturen;
 - samen behandeldoelen te bepalen ; hiervoor moet de patiënt zijn/haar problematiek goed begrijpen (zie ook aanbeveling over educatie).
- moeten de individuele behoeften van de patiënt eerst in kaart worden gebracht. Het heeft immers geen zin om een doel vast te leggen dat niet belangrijk is voor de patiënt.

Het is uitermate belangrijk om behandeldoelen samen met de patiënt te bepalen.

Behandeldoelen moeten voldoen aan bepaalde criteria (SMART-criteria). Ze zijn:

- specifiek,
- meetbaar (voor de patiënt),

- aanvaardbaar,
- realistisch,
- tijdsgebonden (bijvoorbeeld proberen om een behandeldoel te behalen tegen volgende consultatie).

Het is aangewezen om in stappen te werken, bijvoorbeeld tegen een volgende consultatie te streven naar bijvoorbeeld het verbeteren van de functionaliteit eerder dan naar 100% functionaliteit. Houd ook rekening met de geletterdheid en gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

Stel volgende vragen om de verbeteringen concreter te maken:

- Wat heb je extra kunnen doen na vorige consultatie?
- Welke verbetering wil je graag bereiken tegen volgende consultatie?

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebracht indirect wetenschappelijk bewijs ^{48,49}, en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien gedeelde besluitvorming en doelgerichte zorg algemeen worden aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: er zijn geen nadelen verbonden aan het bepalen van relevante en haalbare behandeldoelen (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren:
 - Wetenschappelijk bewijs: in de mixed-methodsstudie van Roper et al. (2021) ⁵⁰ gaven zowel zorgverleners als patiënten aan dat ze geen eensgezindheid hebben ervaren met betrekking tot behandeldoelen. Dat toont het belang, voor beide groepen, om de behandeldoelen via gedeelde besluitvorming vast te leggen. Grondige bespreking met de patiënt verbetert het goede

⁴⁸ Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, et al.; Primary Care Academy. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One 2022;17(2):e0262843.

⁴⁹ Barbato A, D'Avanzo B, Cinquini M, et al. Effects of goal-oriented care for adults with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. J Eval Clin Pract 2022;28(3):371-381.

⁵⁰ Roper KL, Jones J, Rowland C, T, et al. Mixed methods study of patient and primary care provider perceptions of chronic pain treatment. Patient Educ Couns 2021;104(3):585-594.

verloop van de behandeling, maar kan een barrière vormen voor de zorgverleners wegens de nodige tijdsinvestering hiervoor.

- Andere overwegingen: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling bevestigen dat een goede uitleg en communicatie en het bepalen van realistische behandeldoelen belangrijk zijn.
- We verwachten geen variabiliteit m.b.t. de voorkeuren om duidelijke behandeldoelen te bespreken. Het kan zijn dat het gesprek vooral gaat over de inhoud van de doelen. Maar het feit dat deze bespreking met de patiënt moet plaatsvinden, is logisch.
- Middelen en andere overwegingen: geen opmerkingen.
- Aanvaardbaarheid: goede educatie is essentieel voor de aanvaardbaarheid.
- Haalbaarheid: het bepalen van doelen kan tijdsintensief zijn, maar nodig. Er is dus geen reden om dit niet sterk aan te bevelen. Opvolgconsultaties en interprofessionele samenwerking kunnen de haalbaarheid ten goede komen. Opleiding van de zorgverleners in doelgerichte zorg kan in het kader hiervan nodig zijn.

Besluit: het bepalen van relevante en haalbare behandeldoelen in overleg en samen met de patiënt is essentieel in de aanpak van de chronische pijnproblematiek en kunnen we beschouwen als goede praktijkvoering.

Aanbeveling 3

Bespreek samen met de patiënt (gedeelde besluitvorming) de meest geschikte multimodale behandeling (**GPP**).

Toelichting

Een interprofessionele multimodale aanpak is het meest geschikt voor CPP. Het integreert diverse behandelopties en is aangepast aan de unieke biopsychosociale behoeften van de patiënt.

De meest geschikte multimodale aanpak wordt bepaald in samenspraak met de patiënt en moet beantwoorden aan een aantal voorwaarden:

- De zorgverlener moet de behoeften, voorkeuren en situatie (volgens het biopsychosociale model) van de patiënt goed begrijpen;
- Er is adequate patiënteneducatie nodig m.b.t. de multimodale aanpak;
- De zorgverlener moet de interventies van de andere zorgverleners begrijpen;
- Er zijn behandeldoelen bepaald op maat van de patiënt en op basis van de doelen van de patiënt;
- De multimodale aanpak gebeurt stapsgewijs en progressief, moet regelmatig opnieuw worden geëvalueerd en indien nodig aangepast;

- Er moet tussen de verschillende zorgverleners een goede afstemming en samenwerking zijn rond de behandeldoelen en het behandelplan.

Bij het bepalen van een behandeling moet men ook rekening houden met:

- de kosten voor de patiënt;
- de praktische haalbaarheid (zoals afstand en vervoer).

Het is cruciaal dat de multimodale behandeling focust op de problemen die naar boven zijn gekomen naar aanleiding van de biopsychosociale evaluatie.

Voor specifieke interventies verwijzen wij naar de andere onderdelen van deze richtlijn.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebracht indirect wetenschappelijk bewijs ^{51,52}, en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien gedeelde besluitvorming en een multimodale aanpak algemeen worden aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: er zijn geen nadelen verbonden aan het bespreken van de meest geschikte multimodale aanpak (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren:
 - Wetenschappelijk bewijs: op basis van een aantal publicaties over gedeelde besluitvorming kunnen we besluiten dat zowel zorgverlener als patiënt hiervan de voordelen inzien:
 - In de studie van Becker et al. (2017) gaven zorgverleners aan dat gedeelde besluitvorming een facilitator was voor niet-medicamenteuze interventies ⁵³;

⁵¹ Lloyd A, Kinnarsley P, Cording E, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27(10):1361-1367.

⁵² Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Med Decis Making 2015;35(1):114-131.

⁵³ Becker WC, Dorflinger L, Edmond SN, et al. Barriers and facilitators to use of non-pharmacological treatments in chronic pain. BMC Fam Pract 2017;18(1):41.

- Uit de systematische review van Geurts et al. (2016) blijkt dat patiënten het belangrijk vinden dat de zorgverlener hun verwachtingen kent en met hen bespreekt ⁵⁴.
- Andere overwegingen: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn gaven aan dat gedeelde besluitvorming een positief effect heeft op de motivatie en therapietrouw omdat de keuze voor interventies samen werd gemaakt. Aangezien vaak een combinatie van verschillende interventies nodig is, is het belangrijk dat er samen naar werd gezocht. Er is geen belangrijke variabiliteit te verwachten bij een proces van gedeelde besluitvorming. Patiënten met chronische pijn zijn ermee gebaat.
- We verwachten geen variabiliteit m.b.t. de voorkeuren om de meest geschikte multimodale behandeling in overleg met de patiënt te bepalen.
- Middelen en andere overwegingen: geen opmerkingen.
- Aanvaardbaarheid: geen opmerkingen.
- Haalbaarheid: kan afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van de verschillende zorgverleners om dit uit te voeren, maar dat is geen reden om dit niet sterk aan te bevelen.

Besluit: het bepalen van de meest geschikte multimodale behandeling in overleg en samen met de patiënt is essentieel in de aanpak van diens pijnproblematiek.

Aanbeveling 4

Stimuleer de patiënt om zelf verantwoordelijkheid te nemen in en actief deel te nemen aan de behandeling (**GPP**).

Toelichting

Actieve deelname van de patiënt aan diens behandeling begint met een goede evaluatie van de inzichten die ze hebben m.b.t. tot de pijnproblematiek:

- Geef een grondige uitleg over de problematiek;
- Benadruk expliciet dat een actieve betrokkenheid noodzakelijk is;
- Bevraag de voorkeuren en waarden van de patiënt;
- Bepaal samen de behandeldoelen;
- Stel samen het behandelplan op.

Stimuleer actieve deelname van de patiënt of toon hoe die kan worden gerealiseerd via:

- zelfmanagementvaardigheden en -technieken:
 - ontspanningstechnieken,

⁵⁴ Geurts JW, Willems PC, Lockwood C, et al. Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A systematic review. Health Expect 2017;20(6):1201-1217.

- copingtechnieken,
 - identificatie van triggers en technieken om met deze triggers om te gaan.
- thuisoefeningen,
- dagelijks bewegen,
- zelfstudie over de problematiek van CPP en bespreking ervan met de zorgverlener,
- open communicatie met de zorgverlener over het verloop van de behandeling.

Wees ook alert voor mogelijke obstakels bij zelfmanagement.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien de patiënt stimuleren in het opnemen van een actieve rol algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: er zijn geen nadelen verbonden aan het stimuleren van een actieve deelname aan de behandeling (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: er wordt geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: hoewel tijdsinvestering een barrière kan vormen, verwachten we, zoals voor bovenstaande aanbevelingen, toch een significante 'return on investment', die zich zal vertalen in minder nieuwe zorgcontacten en zorggebruik door de patiënt. Het aspect tijdsinvestering mag geen reden zijn om het bevorderen van actieve deelname niet nadrukkelijk aan te bevelen.
- Aanvaardbaarheid: geen opmerkingen.
- Haalbaarheid: dit kan tijdsintensief zijn voor de zorgverlener. Bovendien kan medicalisering van de CPP hier een obstakel zijn.

Besluit: het is belangrijk dat de patiënt in het kader van de aanpak van diens CPP een verantwoordelijkheid en een actieve rol opneemt in de behandeling.

Aanbeveling 5

Bouw een samenwerkende en ondersteunende relatie op met de patiënt met CPP (**GPP**).

Toelichting

Een samenwerkende en ondersteunende vertrouwensrelatie met de patiënt (therapeutische alliantie) is in elke zorgsituatie belangrijk, maar nog meer bij een patiënt met CPP wegens de complexiteit van de problematiek. Dat zorgt ervoor dat patiënten weten dat ze met hun problemen bij de zorgverlener terecht kunnen, hetgeen belangrijk is binnen de holistische, biopsychosociale aanpak van CPP.

Een dergelijke relatie wordt opgebouwd door:

- actief te luisteren;
- de problematiek en de pijn van de patiënt te erkennen;
- empathie te tonen;
- emotionele steun te bieden;
- afspraken te maken over de opvolging van de patiënt;
- de mantelzorger eventueel te betrekken.

Educatie, gedeelde besluitvorming en het bepalen van realistische doelen dragen hiertoe bij.

Voor het opbouwen van een dergelijke relatie zijn vaak meerdere contacten met de patiënt nodig.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien investeren in een vertrouwensrelatie met de patiënt algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: er zijn geen nadelen verbonden aan het opbouwen van een samenwerkende en ondersteunende relatie met de patiënt (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn vinden dat een vertrouwensrelatie noodzakelijk is voor een adequate zorgverlening. Er is geen variabiliteit te verwachten voor deze aanbeveling. Een goede zorgverlener-patiëntrelatie is essentieel voor een succesvolle behandeling.

- Middelen en andere overwegingen: we verwachten voor deze aanbeveling geen variabiliteit m.b.t. de kosten en andere overwegingen.
- Aanvaardbaarheid: geen opmerkingen.
- Haalbaarheid: geen opmerkingen.

Besluit: een goede relatie tussen de zorgverlener en de patiënt is, in de aanpak van CPP, de basis voor een zo succesvol mogelijk beleid.

Aanbeveling 6

Wees steeds alert voor rode vlaggen in het kader van CPP (**GPP**).

Toelichting

RODE VLAGGEN

Wees ondanks de chronische problematiek van de patiënt steeds aandachtig voor rode vlaggen. Een 'rode vlag' betekent dat men vermoedt dat er mogelijk een ernstige onderliggende pathologie aanwezig is.

Het evalueren van rode vlaggen:

- gebeurt altijd op basis van een uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek;
- moet afgestemd zijn op het klinisch beeld.

Bij aanwezigheid van een rode vlag moet ernstige pathologie worden uitgesloten en kan extra onderzoek nodig zijn. Vraag bijkomend onderzoek aan wanneer, in het kader van een rode vlag, het gepaste diagnostische onderzoek nog niet gebeurde.

Voorbeelden van algemene rode vlaggen (niet-exhaustief – op basis van expertopinie):

• Pijn na trauma, • Koorts, rillingen, • Onverklaard gewichtsverlies, • Pijn die 's nachts of bij het opstaan verergert, • Progressief optredende zwakte of gevoelsverlies, • Veranderde mentale toestand.	• Neurologische stoornissen, • Persisterend braken, • Immunodeficiënte patiënt, • Voorgeschiedenis van kanker.
---	---

De specifieke bespreking van rode vlaggen valt buiten bestek van deze richtlijn.

Het is belangrijk om aan de patiënt uit te leggen dat het blijven zoeken naar een diagnose zinloos is als er geen rode vlaggen aanwezig zijn of wanneer ernstige pathologie werd uitgesloten.

ANDERE VLAGGEN

Zoek bij de evaluatie van de patiënt met CPP, naast rode vlaggen, ook naar elementen (gele, oranje, zwarte, blauwe vlaggen) die kunnen wijzen op een hogere kans op verdere chronificatie of invaliditeit ⁵⁵:

- Gele vlaggen: psychosociale factoren,
- Oranje vlaggen: psychiatrische symptomen,
- Zwarte vlaggen: systeem- of contextuele factoren,
- Blauwe vlaggen: beroepsgebonden factoren.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien alert zijn voor rode vlaggen algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: het actief bevragen van rode vlaggen bij patiënten met CPP is essentieel aangezien een gemiste diagnose voor hen ernstige gevolgen kan hebben. Het is belangrijk om hier extra aandachtig voor te zijn, zeker bij eventuele 'medical shopping' van de patiënt en uitgebreid contact met zorgdiensten, waarbij men er te snel vanuit gaat dat er geen nieuwe problemen zijn of dat ernstige pathologie al werd uitgesloten.
- Waarden en voorkeuren: de meeste patiënten verwachten van hun zorgverleners dat ze de tekenen en symptomen die kunnen wijzen op ernstige pathologie herkennen en actief beoordelen.
- Middelen en andere overwegingen: er zijn geen directe kosten verbonden aan het bevragen en evalueren van de aanwezigheid van 'rode vlaggen'. Hiervoor aandachtig zijn, vraagt geen extra personeel noch tijdsinvestering.
- Aanvaardbaarheid: er zijn geen aanwijzingen dat deze aanbeveling niet aanvaardbaar is.
- Haalbaarheid: deze aanbeveling toepassen, vereist geen noemenswaardige bijkomende middelen of tijd.

Besluit: elke zorgverlener die in contact komt met een patiënt met chronische pijn moet bedacht zijn op rode vlaggen. De experts van de richtlijnontwikkelingsgroep

⁵⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_287A_Lage_rugpijn_en_radiculaire_pijn_Samenvatting.pdf

benadrukken dat het missen van mogelijke ernstige pathologie ernstige gevolgen kan hebben.

Aanbeveling 7

Vraag geen bijkomende onderzoeken aan als, in het kader van de huidige CPP, ernstige of zeldzame pathologieën werden uitgesloten en er geen nieuwe symptomen zijn waarvoor aanvullend onderzoek nodig is (**GPP**).

Toelichting

Zorg voor een grondige en gedetailleerde inventarisatie van de onderzoeken die reeds zijn gebeurd bij patiënten met chronische pijnproblemen. Als er geen rode vlaggen zijn of als ernstige pathologie al werd uitgesloten, is het niet aangewezen verder te zoeken naar een diagnose. Het is belangrijk dat dit duidelijk wordt uitgelegd aan de patiënten.

Onderzoek is noodzakelijk wanneer nog geen onderzoek heeft plaatsgevonden in geval van:

- rode vlaggen (zie *aanbeveling 6, blz. 29*),
- nieuwe problemen,
- vermoeden van zeldzame pathologieën (zie de *aanbeveling hierover*).

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien deze aanbeveling in het algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: het blijven aanvragen van bijkomende onderzoeken nadat ernstige en zeldzame pathologie is uitgesloten kan nadelig zijn voor de patiënt. Op die manier blijft men immers de nadruk leggen op het bestaan van een structurele oorzaak en verliest men tijd in de opstart van een adequate aanpak van de CPP. Onderzoeken kunnen bovendien gepaard gaan met eventuele ongewenste effecten of aanleiding geven tot toevallige bevindingen met impact zonder relevantie voor CPP.
- Waarden en voorkeuren: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn vermelden geen specifieke voorkeuren m.b.t. tot het uitvoeren

van bijkomende onderzoeken. Wel benadrukken ze dat er veel tijd verloren kan gaan in de zoektocht naar een oorzaak voordat een adequate behandeling wordt opgestart. Na adequate educatie van de patiënt verwachten we geen variabiliteit op vlak van voorkeuren.

- Middelen en andere overwegingen: het uitvoeren van onnodig onderzoek doet de kosten oplopen, zowel voor de patiënt als voor de gezondheidszorg in het algemeen.
- Aanvaardbaarheid: voor sommige patiënten kan dit moeilijk aanvaardbaar zijn, vooral voor diegenen die blijven zoeken naar een louter biomedische oplossing voor het probleem. Bij de zorgverlener kan er een bezorgdheid bestaan in verband met het medicolegale aspect ("niets willen missen").
- Haalbaarheid: zorgverleners kunnen in de praktijk mogelijk een bepaalde druk ervaren om verdere onderzoeken aan te vragen. Het is overigens niet steeds gemakkelijk om een volledig zicht te krijgen op de voorgeschiedenis en de reeds uitgevoerde onderzoeken. Daarom is een goede communicatie tussen zorgverleners onderling belangrijk.

Besluit: er is binnen de richtlijnontwikkelingsgroep consensus dat het onnodig aanvragen van onderzoeken nadat ernstige pathologie is uitgesloten, schadelijk kan zijn voor de patiënt.

5. Klinische vraag: welke niet-medicamenteuze interventies binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?

5.1. Pijneducatie en counseling

Aanbeveling 1

Integreer pijneducatie in de verschillende fasen van de multimodale behandeling (GPP).

Toelichting

Patiënten hebben vaak een bepaalde theorie over hun aandoening en de genezing ervan. De bereidheid om een bepaalde overtuiging los te laten, komt er pas als hen een goed alternatief wordt aangeboden. Pijneducatie is daarom een cruciaal onderdeel van de multimodale aanpak van chronische pijn.

INHOUD PIJNEDUCATIE

De inhoud van pijneducatie kan variëren, maar hieronder vermelden we enkele belangrijke zaken die aan bod kunnen komen. Ga steeds na of de patiënt begrijpt wat u hem/haar vertelt en pas zo nodig de informatie aan.

- Basisinformatie over (chronische) pijn:
 - Pijn is een onaangename, sensorische en emotionele ervaring (zie ook *Inleiding*).
 - Acute pijn heeft meestal een beschermende functie, nl. het waarschuwt voor (potentieel) gevaar.
 - Wanneer de pijn lang aanhoudt (>3 maanden), dan verliest de pijn zijn rol als waarschuwingssignaal en houdt die geen verband meer met de oorspronkelijke oorzaak.
 - Biologische mechanismen van pijn en centrale sensitisatie: uitleg over hoe het zenuwstelsel pijnsignalen verwerkt en hoe het zenuwstelsel overgevoelig kan worden voor nociceptieve signalen, nl. het alarmsysteem staat te gevoelig afgesteld (bijvoorbeeld "*Het alarm gaat niet alleen af bij een inbreker, maar ook als iemand langs het huis fietst*").
- Andere beïnvloedende factoren:
 - Aandachtsprocessen kunnen de afstelling van het alarmsysteem beïnvloeden, bijvoorbeeld doordat men zich gaat focussen op de pijnlijke zone. Aandacht is een soort van spot die alles wat binnen de 'spotlight' ligt extra gaat benadrukken; wat buiten de 'spotlight' ligt, wordt minder sterk ervaren (vandaar de heilzame werking van afleiding).

- Alarmerende gedachten zoals *“Dit gaat ongelooflijk veel pijn doen”* kunnen het alarmsysteem activeren.
- Negatieve emoties zoals angst en stress en een verstoorde slaap kunnen mensen gevoeliger maken voor pijn.

Al deze beïnvloedende factoren versterken elkaar. Daardoor komt iemand met aanhoudende pijn in een negatieve spiraal terecht. De pijn overheerst het leven en beperkt in aanzienlijke mate de kwaliteit van leven. Mensen met aanhoudende pijn laten daardoor bepaalde activiteiten soms achterwege; dit brengt schuldgevoelens en eenzaamheid mee.

Bij de multimodale behandeling:

- wordt de chronische pijn aangepakt door in te werken op alle beïnvloedende factoren.
- ligt de focus minder op pijnreductie op korte termijn, maar op verbetering van kwaliteit van leven.

Pijneducatie omvat bij voorkeur ook volgende laagdrempelige uitleg/informatie/geruststelling:

- Verschil tussen het mechanisme van acute en chronische pijn (wat gebeurt er als men chronische pijn heeft);
- De rol van neurotransmitters en wat er bij chronische pijn in het centrale zenuwstelsel gebeurt;
- De pijn hangt af van hoe de hersenen nociceptieve signalen interpreteren; verschillende factoren beïnvloeden die interpretatie;
- Het is ‘normaal’ om negatief te reageren op spanning en stress wanneer je pijn hebt;
- Een mens is in staat om oplossingen te zoeken voor een probleem en om andere manieren te bedenken om dingen aan te pakken;
- Mogelijke coping- en behandelopties;
- Risicofactoren/triggers die pijn uitlokken.

De educatie moet aangepast zijn aan de patiënt. Zo moet men in de mate van het mogelijke rekening houden met diens geletterdheid, taal en culturele context.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebrachte indirecte wetenschappelijk bewijs ^{56,57}, en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien pijneducatie algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: pijneducatie maakt integraal deel uit van een biopsychosociale aanpak en heeft voordelen op korte termijn (pijnintensiteit en dagelijks functioneren). Er zijn geen ongewenste effecten verbonden aan deze interventie.
- Waarden en voorkeuren:
 - Wetenschappelijk bewijs: patiënten willen adequaat worden geïnformeerd. Door hen onvoldoende te informeren, gaan ze twijfelen aan het advies van de zorgverlener en de behandeling mogelijk minder trouw opvolgen omdat ze zich niet altijd voldoende bewust zijn van het belang van de behandeling ^{58,59}. Goede pijneducatie kan voorkomen dat patiënten zelf op zoek gaan naar informatie op het internet en verkeerde informatie tegenkomen.
 - Overige overwegingen: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn benadrukken dat pijneducatie essentieel is. Ze erkennen dat hiervoor tijd nodig is, zowel vanwege de zorgverlener als van de patiënt.
- Middelen en andere overwegingen: het geven van pijneducatie in alle fasen van de multimodale behandeling kan van de zorgverlener een grote tijdsinvestering vragen. Dat is in de klinische praktijk niet altijd evident. Nochtans wordt deze extra 'investering' waarschijnlijk gecompenseerd omdat het de therapietrouw

⁵⁶ Watson JA, Ryan CG, Cooper L, et al. Pain neuroscience education for adults with chronic musculoskeletal pain: a mixed-methods systematic review and meta-Analysis. J Pain 2019;20(10):1140.e1-1140.e22.

⁵⁷ Lin LH, Lin TY, Chang KV, et al. Pain neuroscience education for reducing pain and kinesiophobia in patients with chronic neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Pain 2024;28(2):231-243.

⁵⁸ Roper KL, Jones J, Rowland C, et al. Mixed methods study of patient and primary care provider perceptions of chronic pain treatment. Patient Educ Couns 2021;104(3):585-594.

⁵⁹ Gardner T, Refshaug K, Smith L, et al. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. J Physiother 2017;63(3):132-143.

bevordert. Daarom wordt ondanks deze 'barrière' een sterke aanbeveling (GPP) geformuleerd.

- Aanvaardbaarheid: de patiënt heeft de kennis nodig om iets aan de aandoening te kunnen doen. Het is de taak van de zorgverlener om die kennis aan te reiken.
- Haalbaarheid: de interventie is haalbaar, maar de zorgverlener moet de uitleg afstemmen op de patiënt. Het is moeilijke materie die niet voor iedere patiënt onmiddellijk duidelijk kan zijn. De interventie wordt voor zorgverleners haalbaarder als er bijvoorbeeld materiaal wordt voorzien dat de patiënt zelfstandig kan doornemen, of als de taken over de verschillende bij de behandeling betrokken disciplines worden verdeeld. Sommige zorgverleners zullen zich mogelijk moeten bijscholen.

Besluit: pijneducatie is een cruciaal onderdeel van een multimodale aanpak en moet worden geïntegreerd in het hele behandelproces op voorwaarde dat de patiënt dit ook wenst. Het biedt een dieper inzicht in de aard van CPP vanuit een biopsychosociaal perspectief en geeft een neurofysiologische, dus biologische verklaring, waarom psychosociale factoren chronische pijn bepalen. Dat inzicht is voor patiënten heel belangrijk want het laat hen toe het puur biomedische pad los te laten en andere behandeldoelen te stellen. Educatie legt hen uit dat wanneer er geen duidelijk fysieke behandelbare oorzaak is voor de pijn, dit niet betekent dat de pijn ingebeeld is ("tussen de oren zit"). Een doorverwijzing naar een psycholoog zal hen dan veel logischer lijken. Zonder pijneducatie begrijpen mensen met chronische pijn immers niet wat een psycholoog voor hun pijn kan betekenen. Pijneducatie helpt mensen met chronische pijn dus om hun verwachtingen bij te stellen en realistische behandelingsdoelen vast te leggen. Educatie kan ook angst en stressreacties afnemen want beoogt immers het tegengaan van catastrofale gedachten over pijn bij de patiënt. Tot slot stimuleert pijneducatie de therapietrouw; wanneer patiënten beter begrijpen waarom zorgverleners bepaalde interventies voorstellen en hoe die hun welzijn kunnen bevorderen, zijn ze meer geneigd om ze daadwerkelijk toe te passen.

Aanbeveling 2

Pas motiverende gespreksvoering toe om de therapietrouw te bevorderen (GPP).

Toelichting

De aanpak van chronische pijn vergt een actief engagement van de patiënt. Motiverende gespreksvoering kan hierbij helpen.

Motiverende gespreksvoering is een wijze van communiceren (zie ook *Definities*) en in die zin meer dan een verzameling van technieken. Het is een houding, een manier van in contact treden. De geest van motiverende gespreksvoering telt 4 principes:

1. Partnerschap: motiverende gespreksvoering moet gezien worden als een samenwerking tussen twee experts: de professional, een expert in zijn of haar vakgebied, en de persoon, een expert in zijn of haar eigen situatie;
2. Niet-oordelen betekent het erkennen van de onvoorwaardelijke waarde van ieder mens en zijn of haar potentieel, zijn of haar onvervreemdbare autonomie en het tonen van diepe empathie voor het standpunt van de ander en het waarderen van zijn of haar capaciteiten en inspanningen;
3. Altruïsme: het allesoverheersende belang moet dat van de verzorgde persoon blijven;
4. Evocatie (ontlokken): de professional die motiverende gespreksvoering toepast, gelooft dat de persoon de nodige capaciteiten in zich heeft om te veranderen, en dat hij of zij er als hulpverlener is om de persoon te helpen deze capaciteiten naar buiten te brengen.

Motiverende gespreksvoering staat haaks op de zgn. reparatiereflex waarin de zorgverlener de patiënt wil redden door hem/haar het juiste gedrag voor te schrijven (bijvoorbeeld *"Ik wil dat je stopt met die pillen"*).

In plaats van ongevraagd adviezen te geven, exploreert de zorgverlener wat de patiënt zelf belangrijk vindt. Hij/zij ontlokt verandertaal (d.i. uitspraken van de patiënt die getuigen van bereidheid tot verandering) en geeft informatie over de mogelijke opties. De uiteindelijke keuze ligt echter bij de patiënt.

Verskillende opleidingsinstituten en beroepsverenigingen organiseren vormingen in motiverende gespreksvoering.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebracht indirect wetenschappelijk bewijs^{60,61,62}, en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien

⁶⁰ Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55(513):305-312.

⁶¹ Alperstein D, Sharpe L. The efficacy of motivational interviewing in adults with chronic pain: A meta-Analysis and systematic review. J Pain 2016;17(4):393-403.

⁶² Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, et al. Integrating motivational interviewing in pain neuroscience education for people with chronic pain: a practical guide for clinicians. Phys Ther 2020;100(5):846-859.

motiverende gespreksvoering algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: motiverende gespreksvoering stimuleert patiënten om een multimodale aanpak te volgen en kan dus de therapietrouw bevorderen. Er zijn geen nadelen verbonden aan dit GPP.
- Waarden en voorkeuren: er wordt geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: motiverende gespreksvoering kost tijd, maar verdient zich op termijn terug omdat de therapietrouw verbetert.
- Aanvaardbaarheid: motiverende gespreksvoering is aanvaardbaar voor zowel patiënt als hulpverlener.
- Haalbaarheid: de interventie is haalbaar maar tijd kan een beperkende factor zijn. Daarnaast is het interventie die van hulpverleners kwalitatieve opleiding en training vraagt.

Besluit: motivatie is de motor voor verandering. Motiverende gespreksvoering moedigt patiënten aan om open te staan voor een multimodale aanpak en deze ook op te volgen.

5.2. Fysieke activiteit en bewegingsoefeningen

Aanbeveling

Adviseer fysieke activiteit en bewegingsoefeningen als onderdeel van de multimodale aanpak van CPP (**GRADE 1C**).

Toelichting

Beweging speelt een belangrijke rol in de behandeling van chronische pijn. Het kan tegenintuïtief lijken om bij chronische pijn meer te bewegen, maar er zijn talrijke redenen waarom lichamelijke activiteit in deze aandoening belangrijk is.

De belangrijkste voordelen zijn:

- extra problemen in de tijd voorkomen;
- het somatosensorische functioneren verbeteren;
- pijnmodulatie;
- desensitisatie van het zenuwstelsel;
- spieren en gewrichten versterken;
- de conditie en de globale lichamelijke gezondheid verbeteren;
- het psychisch welzijn verbeteren;

- het dagelijkse functioneren bevorderen.

Het is belangrijk om een gepast en haalbaar bewegingsprogramma op te stellen, liefst onder begeleiding van een kinesitherapeut. We raden u aan uw patiënten het volgende advies te geven:

- Start langzaam en bouw geleidelijk op:
 - Begin met lichte activiteiten, pas de intensiteit aan aan de capaciteiten van de patiënt en voer de intensiteit en duur geleidelijk op om overbelasting te voorkomen;
 - Het toevoegen van activiteiten gebeurt niet op basis van de pijnintensiteit, maar tijdcontingent; dat wil zeggen dat de activiteiten worden ingepland op vaste tijdstippen.
- Welke oefeningen de patiënt doet, is van minder belang, zolang die maar beweegt. Zowel aerobe training, krachttraining als flexibiliteitstraining zijn zinvol. Laat de patiënt dus kiezen voor activiteiten die hij/zij leuk vindt, zoals wandelen, zwemmen en fietsen.
- Regelmatige en systematische lichaamsbeweging is doeltreffender dan sporadische, intense inspanningen;
- Adviseer ook om dagelijkse taken te blijven uitoefenen.

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht. De belangrijkste bevindingen worden hieronder samengevat:

- De systematische review van Kundakci et al.⁶³ komt op basis van bewijs van lage kwaliteit tot het besluit dat oefentherapie (elk type oefening) werkzaam is in het verbeteren van de scores op de Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), van de pijn, slaap, vermoeidheid en depressie.
- Couto et al.⁶⁴ stellen in hun systematische review op basis van bewijs van zeer lage kwaliteit vast dat bij volwassenen met fibromyalgie:
 - weerstandsoefeningen een gunstig effect hebben op alle onderzochte uitkomsten, ondanks een niet-significant positief effect voor de uitkomst 'depressie'.
 - aerobe oefeningen de pijnperceptie en depressie lijken te verminderen alsook de algemene kwaliteit van leven én de mentale en fysieke gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven lijken te verbeteren.

⁶³ Kundakci B, Kaur J, Goh SL, et al. Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Pain* 2022;163(8):1432-1445.

⁶⁴ Couto N, Monteiro D, Cid L, Bento T. Effect of different types of exercise in adult subjects with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Sci Rep* 2022;12(1):10391.

- Zhang et al. ⁶⁵ rapporteren dat kracht- en weerstandsoefeningen de pijn en de impact van de aandoening kunnen verbeteren bij volwassenen met fibromyalgie (lage zekerheid van bewijs).
- Bidonde et al. ⁶⁶ komen in hun Cochrane systematische review over de effecten van gemengde training (combinatie van minstens 2 soorten oefeningen: aerobe oefeningen, krachtoefeningen of stretchoefeningen) bij volwassenen met fibromyalgie, tot volgende besluiten:
 - Gemengde training verbetert waarschijnlijk de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven, de fysieke functie en vermoeidheid (matige zekerheid van bewijs); deze verbetering kan klein en klinisch niet significant zijn voor sommige deelnemers.
 - Gemengde training kan stijfheid licht verbeteren (lage zekerheid van bewijs).
 - Het is niet zeker dat de langetermijneffecten van gemengde training behouden blijven voor alle uitkomsten (zeer lage zekerheid van bewijs).
 - Vergeleken met andere beweeginterventies of niet-beweeginterventies is er onzekerheid over de effecten van gemengde training (wegens zeer lage zekerheid van bewijs verkregen uit kleine, zeer heterogene studies).
 - Hoewel gemengde training goed lijkt te worden verdragen (vergelijkbare uitvalpercentages tussen de groepen), is er weinig bewijs voor ongewenste voorvallen, dus we zijn onzeker over de veiligheid ervan.
 - De auteurs hebben de studies gedowngraded vanwege onnauwkeurigheid (kleine studies), selectiebias (bijvoorbeeld toewijzing), blinding van deelnemers en zorgverleners of uitkomstbeoordelaars en selectieve rapportage.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: lage zekerheid van bewijs; de geselecteerde studies zijn zeer heterogeen (populatie, type beweging). De zekerheid van bewijs als standalone interventie is vaak zeer laag tot laag. Nochtans heeft

⁶⁵ Zhang KD, Wang LY, Zhang ZH, et al. Effect of exercise interventions on health-related quality of life in patients with fibromyalgia syndrome: a systematic review and network meta-analysis. J Pain Res 2022;15:3639-3656.

⁶⁶ Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, et al. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2019;5(5):CD013340.

lichaamsbeweging binnen een multimodale aanpak een cruciale rol en bevelen de auteurs het sterk aan.

- Balans voor- en nadelen: beweging kan pijn en depressieve symptomen verminderen en de kwaliteit van leven verbeteren. Er zijn geen noemenswaardige ongewenste effecten verbonden aan de interventie. Niet bewegen heeft daarentegen mogelijk wel negatieve effecten voor de fysieke en mentale gezondheid.
- Waarden en voorkeuren: fysieke activiteit en bewegingsoefeningen zijn een aanvaardbare interventie op voorwaarde dat ze zijn ingebed in een gepersonaliseerd oefenprogramma afgestemd op de symptomen en voorkeuren/mogelijkheden van de patiënt. De ervaringsdeskundigen betrokken bij de richtlijn geven aan dat educatie hier zeer belangrijk is omdat patiënten vaak denken of vrezen dat beweging pijn meebrengt. Bewegen is cruciaal om te vermijden dat op lange termijn nog meer en andere problemen optreden.
- Middelen en andere overwegingen: er zijn relatief weinig kosten verbonden aan deze interventie. Het opstellen van een oefenprogramma gebeurt bij voorkeur door een kinesitherapeut. Dat is mogelijk wel een extra drempel voor de patiënt.
- Aanvaardbaarheid: de interventie is aanvaardbaar voor zorgverleners én patiënten. Een goede pijneducatie van de patiënt is wel belangrijk om de interventie te kunnen kaderen.
- Haalbaarheid: de interventie is haalbaar. Voor sommige aandoeningen (bijvoorbeeld fibromyalgie) is er terugbetaling voorzien voor sessies bij de kinesitherapeut.

Besluit: bewegen maakt deel uit van een gezonde levensstijl. Bewegen heeft niet alleen een positieve invloed op het lichamelijk functioneren, maar ook op de pijnverwerking, de pijnmodulatie en het mentale welzijn, en is dus een belangrijk onderdeel van een multimodale behandeling van CPP. Het bewegingsprogramma moet gedoseerd en aangepast zijn aan de mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt.

5.3. Psychosociale interventies

5.3.1. STRESSREDUCERENDE TECHNIEKEN

Aanbeveling

Adviseer stressreducerende technieken bij de vaststelling dat de stress van de patiënt invloed kan hebben op de pijn of het welzijn (**GPP**).

Toelichting

De relatie tussen pijn en stress is ingewikkeld en werkt in 2 richtingen. Dat houdt in dat pijn stress kan veroorzaken, en dat stress op zijn beurt de pijn kan versterken. Het verminderen van stress kan leiden tot minder pijn, terwijl een goed pijnmanagement de stress kan helpen verminderen.

Bij het aanbevelen van stressreducerende technieken is het cruciaal om een duidelijke uitleg te geven. Anders kan de patiënt zich miskend voelen en de indruk krijgen dat de zorgverlener vindt dat zijn/haar pijn 'tussen de oren zit'.

De volgende elementen kunnen helpen om de patiënt te motiveren om de stress aan te pakken:

- Biologische mechanismen:
 - Stress kan aanleiding geven tot spierspanning, met spierpijn en ander ongemak tot gevolg.
- Psychologische mechanismen:
 - Stress kan de aandacht naar pijn richten en de pijnervaring versterken; omgekeerd kan afleiding een (tijdelijk) heilzaam effect hebben.
 - Negatieve gedachten over de pijn (catastroferen) kunnen de pijn verergeren.
 - De manier waarop iemand de pijn interpreteert, beïnvloedt de pijnbeleving.
 - Ook angst, depressie en andere met stress geassocieerde negatieve emoties kunnen de pijnervaring versterken.
- Gedragmatige mechanismen: stress kan de copingmechanismen beïnvloeden. Mensen met stress zijn meer geneigd om vermijdingsgedrag te stellen. Daardoor belanden ze niet alleen in een toestand van deconditionering, maar vermindert ook hun kwaliteit van leven, met bijgevolg een groter risico op angst en depressie.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien technieken om de stress te verminderen algemeen worden aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van deze interventie. Er zijn geen ongewenste effecten verbonden aan het adviseren van stressreducerende technieken.
- Waarden en voorkeuren: de ervaringsdeskundigen betrokken bij de richtlijn geven aan dat:
 - patiënten met chronische pijn veel stress ervaren: fysieke, mentale, financiële, sociale stress;
 - patiënten moeten leren dat stress een invloed heeft op hun pijn; veel patiënten met chronische pijn kennen de relatie tussen stress en hun pijn niet;
 - zorgverleners informatie moeten geven over stressreducerende technieken.
- Middelen en andere overwegingen: geen opmerkingen hieromtrent.
- Aanvaardbaarheid: de interventie is aanvaardbaar voor patiënten en zorgverleners.
- Haalbaarheid: de interventie is haalbaar. Het is voor patiënten wel vaak een persoonlijke zoektocht om te achterhalen wat voor hen werkt.

Besluit: stressmanagement is essentieel bij de multimodale behandeling van CPP, aangezien stress en pijn nauw met elkaar verbonden zijn. Chronische pijn kan leiden tot stress, terwijl stress op zijn beurt de pijn kan versterken. Technieken om stress te verminderen, kunnen dus bijdragen aan een betere pijnbeheersing.

5.3.2. VOORBEELDEN VAN STRESSREDUCERENDE TECHNIKEN

5.3.2.1. Psychotherapie

Aanbevelingen

- Adviseer psychotherapie indien de CPP een significante impact heeft op het psychisch welzijn, of indien psychologische factoren (bijvoorbeeld vermijding, catastroferen, angst, depressie) het herstel beïnvloeden (**GRADE 1B**).
- Informeer de patiënt over de positieve effecten van CGT en adviseer deze vorm van psychotherapie (**GRADE 1B**).

Toelichting

Chronische pijn heeft een significante impact op de kwaliteit van leven van de patiënt. Psychotherapie kan de patiënt helpen om meer inzicht te krijgen in de processen die zijn pijn beïnvloeden en deze vervolgens te doorbreken.

Het advies voor psychotherapie moet weloverwogen worden gegeven, met voldoende aandacht voor de beleving van de patiënt. Sommige patiënten zijn immers overtuigd van een strikt biomedische ziekte-theorie. Het advies voor een

psychologische aanpak kan hen mogelijk het gevoel geven dat hun klachten niet ernstig worden genomen. Daarom is psycho-educatie over het biopsychosociale model van chronische pijn absoluut nodig.

CGT is een vorm van psychotherapie die veronderstelt dat onze manier van denken, voelen en handelen grotendeels gebaseerd is op wat we geleerd hebben in het verleden. CGT is gericht op het veranderen van disfunctionele gedachten, overtuigingen en gedragingen die de pijn kunnen verergeren of in stand houden. ACT sluit aan bij CGT, maar focust, in plaats van op veranderen, op het leren omgaan met disfunctionele gedachten, gevoelens en sensaties.

Een overzicht van gedragstherapeuten is terug te vinden op de website van:

- de [Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie \(VVGt\)](#);
- de [Association pour l'Etude, la Modification et la Thérapie du Comportement \(AEMTC\)](#).

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht. De belangrijkste bevindingen worden hieronder samengevat:

- De Cochrane systematische review van Williams et al.⁶⁷ includeerde 59 studies (>5.000 deelnemers) en vergeleek CGT met gebruikelijke behandeling. De resultaten toonde een klein voordeel van CGT om pijn en angst te verminderen, zowel aan het einde van de behandeling als tijdens de follow-up. Voor de uitkomst 'invaliditeit' was er alleen een voordeel aan het einde van de behandeling, niet tijdens de follow-up. De auteurs besluiten dat er voldoende bewijs is dat CGT kleine of zeer kleine gunstige effecten heeft op pijn, invaliditeit en angst bij chronische pijn. De kwaliteit van het bewijs was doorgaans matig, met uitzondering van invaliditeit (lage kwaliteit).
- Braunwalder et al.⁶⁸ gingen in hun systematische review na wat de effecten zijn van PPI op pijn en fysiek functioneren, en op depressie, positief en negatief affect en pijncatastrofering (lage zekerheid van bewijs). Bevindingen uit de meta-analyse suggereren gunstige effecten op de gemiddelde pijnintensiteit en emotioneel functioneren na de interventie. De gunstige effecten op het fysiek functioneren werden alleen waargenomen bij fibromyalgie. Na een follow-up van 3 maanden bleven de gunstige effecten behouden voor depressieve symptomen en positief

⁶⁷ Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2020;8(8):CD007407.

⁶⁸ Braunwalder C, Müller R, Glisic M, Fekete C. Are positive psychology interventions efficacious in chronic pain treatment? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Pain Med 2022;23(1):122-136.

en negatief affect, maar niet voor het catastroferen van pijn. Het bewijs was van lage kwaliteit.

- De systematische review van Petrucci et al.⁶⁹ levert matige zekerheid van bewijs dat CGT de pijn, de invaliditeit en de kwaliteit van leven verbetert bij volwassenen met chronische lagerugpijn. Er is daarnaast lage zekerheid van bewijs dat CGT de overtuigingen om angst te vermijden verbetert (significante verschillen tussen de CGT-groep en de groep die gebruikelijke zorg kreeg). Er zijn echter geen studies die de uitkomst 'invaliditeit' met de MBSR-benadering hebben onderzocht. Er konden geen betekenisvolle resultaten worden opgetekend voor de uitkomst 'depressie' (in de MBSR- noch de CGT-groepen).
- Volgens Du et al.⁷⁰ is er zeer weinig en beperkt bewijs met betrekking tot ACT in vergelijking met de gebruikelijke behandeling. Dus zijn we erg onzeker over de voordelen van ACT.
- De systematische review met meta-analyse van RCT's van Ma et al.⁷¹ bestudeert het effect van ACT op pijnacceptatie, kwaliteit van leven, pijngerelateerd functioneren, pijnintensiteit, angst en depressie bij personen met chronische pijn. Men vond positieve effecten voor de interventiegroep in vergelijking met een wachtlijstgroep met betrekking tot pijnacceptatie, kwaliteit van leven, pijngerelateerd functioneren, pijnintensiteit, angst en depressie. Deze studie van hoge methodologische kwaliteit toont dat ACT werkzaam is bij personen met chronische pijn.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: de studies vertonen heterogeniteit qua populatie en interventies. Er is matige zekerheid van bewijs voor CGT als standalone interventie. Binnen een multimodale aanpak speelt CGT een cruciale rol. De zekerheid van bewijs voor ACT en interventies die stoelen op positieve psychologie is divers (laag tot hoog).
- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van psychotherapie. Psychotherapie, in het bijzonder CGT, heeft een positief effect op pijn,

⁶⁹ Petrucci G, Papalia GF, Russo F, et al. Psychological approaches for the integrative care of chronic low back pain: a systematic review and metanalysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19(1):60.

⁷⁰ Du S, Dong J, Jin S, Zhang H, Zhang Y. Acceptance and commitment therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;131:59-76.

⁷¹ Ma TW, Yuen AS, Yang Z. The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain* 2023;39(3):147-157.

functioneren, depressie en kwaliteit van leven op korte en middellange termijn. Hieraan zijn geen noemenswaardige ongewenste effecten verbonden.

- Waarden en voorkeuren: niet elke patiënt staat open voor psychotherapie (waaronder CGT). Bij patiënten met chronische pijn die psychotherapie en CGT volgen, is de tevredenheid groot. Het advies tot psychotherapie moet worden gekaderd binnen het biopsychosociale model van chronische pijn en mag niet overkomen als een gebrek aan erkenning van de pijnervaring (*"Het zit tussen je oren"*).
- Middelen en andere overwegingen: er is geen systematische terugbetaling van psychotherapie in België. Bovendien zijn er lange wachtlijsten voor psychotherapie binnen de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg.
- Aanvaardbaarheid: niet elke patiënt staat open voor psychologische hulp. Dit neemt niet weg dat elke patiënt het aangeboden zou moeten krijgen.
- Haalbaarheid: de langere wachtlijsten hebben een impact op de haalbaarheid; bovendien is het voor patiënten even zoeken naar een klik. De kostprijs kan oplopen bij niet-geconventioneerde psychologen. Voor zorgverleners is het niet altijd duidelijk wanneer psychotherapie geadviseerd moet worden.

Besluit: in een multimodale aanpak van CPP kan psychotherapie patiënten helpen om hun pijn beter te begrijpen en ermee om te gaan. Het verbetert overigens hun mentaal welzijn en globale kwaliteit van leven. Psychotherapie, in het bijzonder CGT, verbetert de pijn, het algemeen functioneren, depressie en de kwaliteit van leven van patiënten met CPP.

5.3.2.2. Mindfulness

Aanbeveling

Overweeg om de patiënt met CPP te informeren over de positieve effecten van MBSR en om deze vorm van stressmanagement te adviseren (**GRADE 2C**).

Toelichting

MBSR is een aandachtstraining ontwikkeld om mensen door middel van mindfulness en lichaamsbewustzijn te helpen te leren omgaan met stress, angst en pijn.

Mindfulness is een mentale toestand die wordt bereikt door bewust aandacht te schenken aan het 'nu', in een open, nieuwsgierige en niet-oordelende houding.

Mindfulness helpt om:

- de pijn en de impact ervan op het dagelijkse leven te aanvaarden;
- de situatie vanuit een ander perspectief te bekijken;
- het globale welzijn te verbeteren.

Verschillende organisaties bieden mindfulnesstrainingen aan. Ook binnen de conventie eerstelijns psychologische zorg (ELP) zijn mindfulnesstrainingen aan een voordelig tarief beschikbaar.

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht. De belangrijkste bevindingen worden hieronder samengevat:

- In een meta-analyse van 30 gerandomiseerde gecontroleerde studies ⁷² wordt mindfulnessmeditatie in verband gebracht met een klein positief effect op de pijnsymptomen in vergelijking met reguliere behandeling, passieve controles en educatie-/ondersteuningsgroepen. Er waren echter aanwijzingen voor substantiële heterogeniteit tussen de studies en mogelijke publicatiebias, hetgeen resulteerde in een lage zekerheid van bewijs. Mindfulnessmeditatie werd in verband gebracht met een statistisch significante verbetering van depressie (hoge zekerheid van bewijs), lichamelijke gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (lage zekerheid van bewijs) en psychische gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (matige zekerheid van bewijs).
- De systematische review van Khoo et al. is gebaseerd op slechts 1 studie ⁷³. De vergelijking tussen MBSR en CGT leverde geen bewijs op van een belangrijk verschil op fysiek functioneren (SMD -0,02; 95%-BI -0,49 tot 0,42), pijnintensiteit (SMD 0,02; 95%-BI -0,43 tot 0,48) of depressieve symptomen (SMD -0,06; 95%-BI -1,08 tot 0,47). De auteurs concluderen dat bij volwassenen met chronische lagerugpijn MBSR of CGT, vergeleken met de gebruikelijke zorg, resulteerde in een grotere verbetering van rugpijn en functionele beperkingen na 26 weken, zonder significante verschillen in uitkomsten tussen MBSR en CGT.
- Er is matige zekerheid van bewijs dat mindfulness de pijn en de kwaliteit van leven verbetert bij volwassenen met chronische lagerugpijn, maar weinig of geen invloed heeft op invaliditeit ⁷⁴.

⁷² Hilton L, Hempel S, Ewing BA, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med* 2017;51(2):199-213.

⁷³ Khoo EL, Small R, Cheng W, et al. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health* 2019;22(1):26-35.

⁷⁴

- Petrucci G, Papalia GF, Russo F, et al. Psychological approaches for the integrative care of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19(1):60.
- Lin TH, Tam KW, Yang YL, et al. Meditation-Based Therapy for chronic low back pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med* 2022;23(10):1800-1811.
- Smith SL, Langen WH. A systematic review of mindfulness practices for improving outcomes in chronic low back pain. *Int J Yoga* 2020;13(3):177-182.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: lage zekerheid van bewijs. De studies vertonen een grote heterogeniteit (populatie, interventies).
- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van deze interventie. Mindfulness-gebaseerde stressreductie verbetert de pijnsymptomen, de kwaliteit van leven en de mentale gezondheid. Er zijn geen noemenswaardige nadelige effecten. MBSR heeft een matig effect.
- Waarden en voorkeuren: MBSR is een aanvaardbare interventie voor patiënten met chronische pijn. De ervaringsdeskundigen betrokken bij de richtlijn bevestigen dat MBSR ook de best gekende benadering is voor stressmanagement en toelaat om beter te leren leven met de aandoening. Ze geven daarnaast enkele barrières aan:
 - veel patiënten vinden het moeilijk om eraan te beginnen;
 - het vraagt een belangrijke tijdsinvestering;
 - men moet zichzelf in vraag stellen en dat is niet altijd makkelijk;
 - MBSR is duur.
- Middelen en andere overwegingen: er is geen systematische terugbetaling voor MBSR-trainingen in België. De trainingen zijn relatief duur. Er is ook geen kwaliteitsbewaking van de aangeboden MBSR-trainingen. Dat maakt het moeilijk voor patiënten om een weloverwogen keuze te maken.
- Aanvaardbaarheid: de interventie is aanvaardbaar voor zorgverleners en patiënten. Patiënten ervaren bij MBSR wel verschillende drempels (zie hierboven).
- Haalbaarheid: het gebrek aan terugbetaling en kwaliteitsbewaking zorgt ervoor dat het niet voor iedere patiënt haalbaar is om een kwaliteitsvolle training te volgen.

Besluit: mindfulnessinterventies kunnen de pijn, de kwaliteit van leven en de mentale gezondheid van patiënten met CPP verbeteren.

-
- Soundararajan K, Prem V, Kishen TJ. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on physical function in individuals with chronic low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Clin Pract 2022;49:101623.

5.4. Levensstijlinterventies

Aanbeveling

Stimuleer de patiënt om een algemene gezonde levensstijl aan te nemen (gezonde en evenwichtige voeding, voldoende nachtrust, bewegen), actief te blijven (activiteiten dagelijks leven (ADL), werk en vrije tijd) en sociale contacten te onderhouden (**GPP**).

Toelichting

Een gezonde levensstijl resulteert in een betere fysieke (vitale en overige fysieke parameters) en mentale gezondheid.

Gezonde leefgewoonten aannemen en behouden, houdt volgende in:

- Gezonde en evenwichtige voeding: evenwichtige voedingspatronen zijn nauw verbonden met een langere levensverwachting en gezonder leven. Ze bestaan voornamelijk uit onder meer onbewerkte of minimaal bewerkte voedingsmiddelen zoals fruit, groenten, peulvruchten, volle granen en noten, vis en gezonde vetten.
- Regelmatig bewegen betekent de integratie van 1) voldoende bewegen in het dagelijkse leven, zoals de trap nemen in plaats van de lift, en van 2) bijkomende bewegingsactiviteiten, zoals stevig wandelen. Lichaamsbeweging verlaagt het risico op ernstige gezondheidsproblemen, versterkt en verstevigt de spieren, ondersteunt het behoud van onafhankelijkheid en heeft een positieve invloed op het mentale welzijn (zie ook aanbeveling m.b.t. fysieke activiteit en bewegingsoefeningen, op blz. 36).
- Voldoende en goede nachtrust: een herstellende slaap bevordert de vitaliteit en het welzijn.
- Stress verminderen: stressbeheersing heeft een positieve invloed op de mentale en fysieke gezondheid (zie ook de aanbevelingen m.b.t. psychosociale interventies, op blz. 41).
- Sociale contacten onderhouden die voldoening geven: sociale contacten worden geassocieerd met positieve psychische en fysieke gezondheidsresultaten en dienen als buffer voor stress ⁷⁵.

Het blijven uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten, waaronder werk, is aanbevolen. Uitvoeren van betekenisvolle activiteiten verbetert namelijk het welzijn

⁷⁵ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(2):227-37.

en ondersteunt gezond gedrag ⁷⁶. Met 'betekenisvolle' dagelijkse activiteiten wordt bedoeld 'betrokkenheid, keuze, positieve betekenis en toewijding bij het uitvoeren van een dagelijkse activiteit, waaronder een beroepsactiviteit. Actief betrokken blijven in de arbeidssituatie en betekenisvolle activiteiten opnemen, kan op lange termijn de slaapkwaliteit verbeteren ⁷⁷.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en het door de experts aangebrachte indirecte wetenschappelijke bewijs ^{78,79} en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien de patiënt stimuleren om een algemeen gezonde levensstijl aan te nemen algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van levensstijlinterventies. Het is algemeen aanvaard dat een gezonde levensstijl voor iedereen gunstig is. Een gezonde, evenwichtige levensstijl heeft alleen maar voordelen voor de fysieke en mentale gezondheid.
- Waarden en voorkeuren: substantiële variabiliteit verwacht. De kans op gebrek aan therapietrouw is reëel. Daarom is educatie op maat van en in samenspraak met de persoon essentieel.
- Middelen en andere overwegingen: er zijn geen directe kosten verbonden aan de interventie.
- Aanvaardbaarheid: het belang van een gezonde levensstijl wordt algemeen aanvaard.

⁷⁶ Nielsen SS, Skou ST, Larsen AE, et al. The effect of occupational engagement on lifestyle in adults living with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Occup Ther Int* 2022;2022:7082159.

⁷⁷ Nielsen SS, Skou ST, Larsen AE, et al. The effect of occupational engagement on lifestyle in adults living with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Occup Ther Int* 2022;2022:7082159.

⁷⁸ Nijs J, Reis F. The key role of lifestyle factors in perpetuating chronic pain: towards precision pain medicine. *J Clin Med* 2022;11(10):2732.

⁷⁹ Nijs J, Malfliet A, Roose E, et al. Personalized multimodal lifestyle intervention as the best-evidenced treatment for chronic pain: state-of-the-art clinical perspective. *J Clin Med* 2024;13(3):644.

- Haalbaarheid: een gezonde levensstijl duurzaam (met een lange termijn doel) adviseren is tijdsintensief voor de zorgverlener. Therapietrouw van de patiënt kan tevens een belemmering zijn.

Besluit: zoals iedereen, hebben ook personen met CPP baat bij een gezonde levensstijl. Daarom moet de eerstelijnszorgverlener voldoende aandacht besteden aan de componenten van een gezonde levensstijl, evenals aan de voordelen ervan op korte en lange termijn.

5.5. Overige niet-medicamenteuze interventies

Er werden geen wetenschappelijke argumenten gevonden om voor volgende niet-medicamenteuze interventies een aanbeveling te formuleren:

- Specifieke vormen van lichaamsbeweging:
 - Tai chi ^{80,81,82},
 - Qi gong ⁸³,
 - Yoga ^{84,85,86},
 - Pilates ⁸⁷,
- Specifieke vormen van psychosociale interventies:
 - Biofeedback ⁸⁸,

⁸⁰ Kong LJ, Lauche R, Klose P, et al. Tai Chi for chronic pain conditions: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Sci Rep* 2016;6:25325.

⁸¹ Cheng CA, Chiu YW, Wu D, et al. Effectiveness of Tai Chi on fibromyalgia patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Med* 2019;46:1-8.

⁸² Hall A, Copsey B, Richmond H, et al. Effectiveness of Tai Chi for chronic musculoskeletal pain conditions: updated systematic review and meta-analysis. *Phys Ther* 2017;97(2):227-238.

⁸³ Bai Z, Guan Z, Fan Y, et al. The effects of Qigong for adults with chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Am J Chin Med* 2015;43(8):1525-1539.

⁸⁴ Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, et al. Yoga for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;11(11):CD010671.

⁸⁵ Zhu F, Zhang M, Wang D, et al. Yoga compared to non-exercise or physical therapy exercise on pain, disability, and quality of life for patients with chronic low back pain: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2020;15(9):e0238544.

⁸⁶ Li Y, Li S, Jiang J, Yuan S. Effects of yoga on patients with chronic nonspecific neck pain: A PRISMA systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(8):e14649.

⁸⁷ Wells C, Kolt GS, Marshall P, et al. The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain: a systematic review. *PLoS One* 2014;9(7):e100402.

⁸⁸ Hesam-Shariati N, Chang WJ, Wewege MA, et al. The analgesic effect of electroencephalographic neurofeedback for people with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Neurol* 2022;29(3):921-936.

- Relaxatietherapie ^{89,90,91},
- Hypnose ^{92,93},
- Manuele therapie ^{94,95,96,97,98,99},
- Massagetherapie ^{100,101},

⁸⁹ Meeus M, Nijs J, Vanderheiden T, et al. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rehabil* 2015;29(3):221-233.

⁹⁰ Theadom A, Cropley M, Smith HE, et al. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* 20159;2015(4):CD001980.

⁹¹ Kohlert A, Wick K, Rosendahl J. Autogenic training for reducing chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Behav Med* 2022;29(5):531-542.

⁹² Zech N, Hansen E, Bernardy K, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of guided imagery/hypnosis in fibromyalgia - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pain* 2017;21(2):217-227.

⁹³ Langlois P, Perrochon A, David R, et al. Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;135:104591.

⁹⁴ Rehman Y, Ferguson H, Bozek A, et al. Osteopathic manual treatment for pain severity, functional improvement, and return to work in patients with chronic pain. *J Am Osteopath Assoc* 2020;120(12):888-906.

⁹⁵ Schulze NB, Salemi MM, de Alencar GG, et al. Efficacy of manual therapy on pain, impact of disease, and quality of life in the treatment of fibromyalgia: a systematic review. *Pain Physician* 2020;23(5):461-476.

⁹⁶ Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2018;18(5):866-879.

⁹⁷ Coulter ID, Crawford C, Vernon H, 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.

⁹⁸ Wang SQ, Jiang AY, Gao Q. Effect of manual soft tissue therapy on the pain in patients with chronic neck pain: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2022;49:101619.

⁹⁹ Fredin K, Lorås H. Manual therapy, exercise therapy or combined treatment in the management of adult neck pain - A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract* 2017;31:62-71.

¹⁰⁰ Keeratitanont K, Jensen MP, Chatchawan U, Auvichayapat P. The efficacy of traditional Thai massage for the treatment of chronic pain: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 2015;21(1):26-32.

¹⁰¹ Bervoets DC, Luijsterburg PA, Alessie JJ, et al. Massage therapy has short-term benefits for people with common musculoskeletal disorders compared to no treatment: a systematic review. *J Physiother* 2015;61(3):106-16.

- Medische devices:
 - TENS ^{102,103,104,105,}
 - LLLT ^{106,}
 - ES ^{107,108,}
- Muziektherapie ^{109,110,}
- Acupunctuur ^{111,112,113,114,}
- Cupping ^{115,}

¹⁰² Johnson MI, Paley CA, Jones G, et al. Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study). *BMJ Open* 2022;12(2):e051073.

¹⁰³ Johnson MI, Claydon LS, Herbison GP, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;10(10):CD012172.

¹⁰⁴ Wu LC, Weng PW, Chen CH, et al. Literature review and meta-analysis of transcutaneous electrical nerve stimulation in treating chronic back pain. *Reg Anesth Pain Med* 2018;43(4):425-433.

¹⁰⁵ Martimbianco ALC, Porfírio GJ, Pacheco RL, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;12(12):CD011927.

¹⁰⁶ Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Acupunct Med* 2016;34(5):328-341.

¹⁰⁷ Ahmed S, Haddad C, Subramaniam S, et al. The effect of electric stimulation techniques on pain and tenderness at the myofascial trigger point: a systematic review. *Pain Med* 2019;20(9):1774-1788.

¹⁰⁸ Salazar AP, Stein C, Marchese RR, et al. Electric stimulation for pain relief in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Physician* 2017;20(2):15-25.

¹⁰⁹ Garza-Villarreal EA, Pando V, Vuust P, Parsons C. Music-induced analgesia in chronic pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Pain Physician* 2017;20(7):597-610.

¹¹⁰ Wang M, Yi G, Gao H, Wu B, Zhou Y. Music-based interventions to improve fibromyalgia syndrome: A meta-analysis. *Explore (NY)* 2020;16(6):357-362.

¹¹¹ Mu J, Furlan AD, Lam WY, et al. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;12(12):CD013814.

¹¹² Moura CC, Chaves ECL, Cardoso ACLR, Net al. Auricular acupuncture for chronic back pain in adults: a systematic review and metanalysis. *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03461.

¹¹³ Zheng C, Zhou T. Effect of acupuncture on pain, fatigue, sleep, physical function, stiffness, well-being, and safety in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Res* 2022;15:315-329.

¹¹⁴ Valera-Calero JA, Fernández-de-Las-Peñas C, Navarro-Santana MJ, Plaza-Manzano G. Efficacy of dry needling and acupuncture in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(16):9904.

¹¹⁵ Moura CC, Chaves ÉCL, Cardoso ACLR, et al. Cupping therapy and chronic back pain: systematic review and meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018;26:e3094.

- Myofasciale release ^{116,117,118},
- Craniosacrale therapie ¹¹⁹,
- Specifieke dieetinterventies ^{120,121}.

Omdat de gevonden studieartikels over deze interventies onvoldoende richting gaven (onvoldoende zekerheid van bewijs), besliste de richtlijnontwikkelingsgroep om geen aanbevelingen te formuleren met een GRADE, noch GPP's.

Nochtans kunnen we niet algemeen stellen dat deze interventies bij geen enkele patiënt enig voordeel zouden kunnen hebben.

De feedback van ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn was uiteenlopend:

- De meeste interventies waren niet gekend;
- Een aantal waren wel gekend, maar men had er geen ervaring mee;
- Van sommige interventies beschrijft men wel een positief effect.

Indien u deze interventies overweegt en bespreekt met de patiënt, benadruk dan dat hiervoor geen wetenschappelijk bewijs, noch consensus onder experts bestaat.

¹¹⁶ Laimi K, Mäkilä A, Bärlund E, et al. Effectiveness of myofascial release in treatment of chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *Clin Rehabil* 2018;32(4):440-450.

¹¹⁷ Guo Y, Lv X, Zhou Y, et al. Myofascial release for the treatment of pain and dysfunction in patients with chronic mechanical neck pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil* 2023;37(4):478-493.

¹¹⁸ Wu Z, Wang Y, Ye X, et al. Myofascial release for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)* 2021;8:697986.

¹¹⁹ Haller H, Lauche R, Sundberg T, et al. Craniosacral therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;21(1):1.

¹²⁰ Lowry E, Marley J, McVeigh JG, et al. Dietary interventions in the management of fibromyalgia: a systematic review and best-evidence synthesis. *Nutrients* 2020;12(9):2664.

¹²¹ Lim KT, Lim KH, Zhou X, et al. Dietary supplements for pain relief in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Chin Med* 2022;50(5):1197-1218.

6. Klinische vraag: welke medicamenteuze opties binnen een multimodale aanpak zijn aangewezen voor volwassen patiënten met CPP?

6.1. Algemeen

De vorige versie van de richtlijn uit 2017 deelde de medicamenteuze opties op volgens het pijntype:

- Nociceptieve pijn: paracetamol, systemische en topische NSAID's, sterke opioïden;
- Neuropathische pijn: gabapentine, pregabaline, amitriptyline, duloxetine.

Hoewel vorige versie reeds de verhoogde sensibilisering benadrukte, hield ze nog geen rekening met het nociplastische pijntype.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste om voor deze update specifieke pathologieën en patiëntenpopulaties waarbij pijn op de voorgrond staat, alsook neuropathische pijn uit te sluiten omdat hiervoor andere specifieke richtlijnen bestaan. Ook exacerbaties van chronische pijn of acute pijn bij chronische pijn vallen buiten het bestek van deze richtlijn.

Aangezien de focus van deze update ligt op CPP, zijn de aanbevelingen m.b.t. de medicatie uit vorige versie niet meer geldig.

Het blijft evenwel belangrijk om te beklemtonen dat bij chronische pijn veroorzaakt door een aandoening (chronische secundaire pijn) een specifiek medicamenteus beleid aangewezen kan zijn. Dit beleid valt eveneens buiten het bestek van deze richtlijn.

Bij chronische (primaire) pijn kadert de medicamenteuze behandeling in de biopsychosociale benadering. Dat betekent dat medicatie geen essentieel onderdeel is van de aanpak van CPP. Medicatie wordt beschouwd als complementair aan de educatie en niet-medicamenteuze aanpak.

Men mag medicatie pas starten onder bepaalde voorwaarden. Deze voorwaarden moeten aan bod komen in een de educatie.

Er is geen eensgezindheid over de preferentiële medicamenteuze optie:

- De richtlijn van NICE (2021) ¹²² vindt geen bewijs van enige meerwaarde van medicatie bij CPP, behalve voor het gebruik van antidepressiva.
- Het NHG is terughoudend in verband met medicatie voor chronische pijn wegens het beperkte te verwachten effect (geen invloed op sensitisatie) en het risico op ongewenste effecten ¹²³.

Om die reden besliste de richtlijnontwikkelingsgroep om:

- zich in de aanbevelingen niet uit te spreken over een sterke voorkeur voor specifieke medicatie omdat:
 - er een laag vertrouwen is in de effectschatting van medicatie voor CPP in het algemeen (*het zou kunnen dat de effectschatting verschilt naargelang het subtype chronische (primaire) pijn, maar dat valt buiten het bestek van deze richtlijn*).
 - de balans tussen de voor- en nadelen en de waarden en voorkeuren van de patiënt vrijwel in evenwicht is. Bijgevolg is het moeilijk om een richting te bepalen in de aanbevelingen voor enkele specifieke geneesmiddelen.
- alleen sterke aanbevelingen te formuleren m.b.t.:
 - educatie over het gebruik van medicatie bij CPP;
 - de bespreking van de verwachtingen van de patiënt inzake medicatie bij CPP;
 - de nood aan terughoudendheid inzake voorschrijven van medicatie bij CPP;
 - de aandachtspunten wanneer een weloverwogen beslissing wordt genomen om toch medicatie op te starten.

Voor de volledigheid wordt wel een overzicht gegeven van wat internationale richtlijnen zeggen m.b.t. de medicamenteuze opties bij CPP.

6.2. Algemene aanbevelingen m.b.t. het gebruik van medicatie bij CPP

Aanbeveling 1

Geef educatie en advies met betrekking tot het nut en het gebruik van medicatie bij CPP (**GPP**).

¹²² NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#).

¹²³ Keizer D, Luiten WE, Schouten F, et al. NHG-Standaard Pijn (M106). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. Zie [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)

Toelichting

Personen met een pijnproblematiek moeten voldoende inzicht hebben in de pathofysiologie van pijn en in alle psychosociale factoren in hun leven die een invloed hebben op de pijnervaringen.

Patiënten met chronische pijn hebben vaak de persisterende overtuiging dat er iets structureel mis is met hun lichaam en dat een geneesmiddel en/of behandeling onmiddellijk werkt en de pijn kan wegnemen.

Educatie is daarom essentieel.

Leg aan de patiënt met CPP uit dat:

- de behandeling voor chronische pijn multimodaal is, en de medicamenteuze behandeling daarin slechts 1 mogelijke component is;
- de medicamenteuze behandeling geen essentieel onderdeel is van het beleid bij CPP;
- de multimodale aanpak van chronische pijn meer gericht is op de functionele capaciteit en kwaliteit van leven dan op de pijnsymptomen alleen.
- er in het kader van chronische pijn weinig effect te verwachten is van een medicamenteuze behandeling en dat er een risico bestaat op ongewenste effecten.

Men kan educatie op verschillende manieren geven: in de eerste plaats mondeling tijdens het zorgcontact, maar ook schriftelijk of digitaal.

De educatie gebeurt in een toegankelijke taal die aangepast is aan het niveau van (gezondheids)geletterdheid van de patiënt.

De patiënt kan daarnaast heel wat baat hebben bij lotgenotencontact (delen van ervaringen).

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien het geven van educatie over het nut en het gebruik van medicatie algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: niet onderzocht.
- Aanvaardbaarheid: de meeste patiënten aanvaarden en wensen ook goede educatie en advies.
- Haalbaarheid: over het algemeen is het haalbaar om educatie en advies te verstrekken. Voor sommige zorgverleners kan dit moeilijker zijn. Nochtans is het geven van consistente informatie over medicatie aan patiënten essentieel. Het kan ook tijdrovend zijn en de patiënt kan zich ertegen verzetten. Dat is echter geen reden om hierover geen sterke aanbeveling te formuleren.

Besluit: patiënten met CPP hebben vaak nood aan goede algemene educatie en concreet advies, maar ook omtrent medicatie. Patiënten hopen dikwijls nog onterecht dat hun pijnproblematiek met medicatie kan worden verholpen.

Aanbeveling 2

Bespreek de verwachtingen van de patiënt die pijnmedicatie gebruikt of wenst te gebruiken en stel die zo nodig bij (**GPP**).

Toelichting

Soms heeft de patiënt onrealistische en onhaalbare verwachtingen over het effect van medicatie bij chronische (primaire) pijn. Enkele voorbeelden:

- Volledige verlichting van de pijn:
 - Medicatie kan in een aantal gevallen helpen om de pijn te verminderen, maar heeft bij CPP een beperkt te verwachten effect. Daarenboven mag het belangrijkste behandeldoel niet het louter en alleen verlichten van pijn zijn.
- Onmiddellijke verlichting van pijn:
 - Bij gebruik van medicatie is het mogelijk dat deze niet onmiddellijk werkt of dat dosisaanpassingen nodig zijn voordat een effect wordt ervaren. Ook is het mogelijk dat er geen effect wordt bereikt.
- Het geloof dat pijnmedicatie de enige en absolute oplossing is voor een chronisch pijnprobleem veroorzaakt door een structurele aandoening:
 - Het medicamenteuze luik van de behandeling is slechts een niet-essentieel, optioneel onderdeel van de multimodale aanpak van chronische pijn.
 - Vaak is er geen duidelijke structurele aandoening dat behandeld en genezen kan worden.

- Het geloof dat de kans op ongewenste effecten klein is of dat er geen ongewenste effecten zijn, of dat men verwacht dat medicatie onbeperkt kan worden gebruikt zonder gevolgen:
 - Alle geneesmiddelen kunnen aanleiding geven tot ongewenste effecten.
 - Bijkomend kan ook tolerantie ontstaan waarvoor louter het verhogen van dosissen geen verlichting biedt, soms leidt tot verergering van de pijn en onaanvaardbare risico's meebrengt.
- De hoop dat analgetica hen of de onderliggende aandoeningen zal genezen:
 - Bij CPP is er geen duidelijke onderliggende aandoening. Zelfs bij chronische pijn die initieel wel te wijten was aan een onderliggende aandoening, is het belangrijk om aan te geven dat pijnmedicatie louter symptomatisch werkt.

Deze boodschappen zijn niet altijd gemakkelijk te brengen aan een patiënt met onrealistische verwachtingen. En toch is deze eerlijkheid nodig. Belangrijk is de boodschap positief naar voren te brengen en te benadrukken dat:

- de patiënt wel kan worden geholpen, nl. binnen een multimodale, biopsychosociale benadering op diens maat;
- de chronische pijnproblematiek misschien niet 'te genezen' is, maar wel kan worden 'gemanaged' en dat de patiënt zeker kan worden geholpen in het nastreven van een kwalitatief en zinvol leven.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van medicatie nagaan en bespreken algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: niet onderzocht.
- Aanvaardbaarheid: het kan voor de patiënt én de zorgverlener een uitdaging zijn, maar dat is geen reden om deze aanbeveling niet sterk te formuleren. De aanvaardbaarheid van deze aanbeveling is groter wanneer de zorgverlener-patiëntrelatie goed is en de zorgverlener de boodschap op een positieve manier brengt.

- Haalbaarheid: tijd en context kunnen ervoor zorgen dat dit moeilijker haalbaar is; nochtans kan dit opnieuw worden aangekaart in een volgend consultatie en is geen reden om dit niet sterk aan te bevelen.

Besluit: het nagaan en bespreken van de verwachtingen van de patiënt met CPP m.b.t. medicatie is een belangrijk aspect. Deze verwachtingen moeten mogelijk worden bijgesteld.

Aanbeveling 3

Wees terughoudend om medicatie voor te schrijven aan de patiënt met CPP vanwege het beperkte te verwachten effect en de risico's op ongewenste effecten (**GPP**).

Toelichting

De zorgverlener moet bij de patiënt sterk benadrukken dat bij CPP:

- een multimodale aanpak de regel is;
- pijnmedicatie niet aangewezen is of zoveel mogelijk moet worden vermeden;
- er slechts een zeer beperkte plaats is voor het chronisch nemen van medicatie;
- het nemen van medicatie op lange termijn een aanzienlijk risico inhoudt op het vlak van ongewenste effecten en afhankelijkheid.

Het is mogelijk dat het opstarten van medicatie in specifieke situaties voordelig kan zijn (bijvoorbeeld bij doorbraakpijn, acute op chronische pijn of specifieke pijnproblemen (chronische secundaire pijn)). Deze vallen buiten bestek van deze richtlijn.

Andere belangrijke aspecten zijn:

- Een grondige kennis van het medisch dossier van de patiënt, rekening houdend met andere pathologieën dan chronische pijn en met geneesmiddelen die voor andere pathologieën zijn voorgeschreven, om de risico's van het voorschrijven van een nieuw geneesmiddel beter te kunnen beoordelen;
- Bij polypathologische patiënten kan het nodig zijn om aan de hand van instrumenten het risico op geneesmiddeleninteracties en dosisaanpassingen te beoordelen;
- In het geval van een onevenredig risico op geneesmiddeleninteracties moeten patiënten worden doorverwezen naar hun huisarts om te beoordelen of het mogelijk is om het (de) probleemgeneesmiddel(en) aan te passen.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien terughoudendheid met betrekking tot het voorschrijven van medicatie voor CPP algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: we verwachten geen substantiële variabiliteit. De haalbaarheid van de interventie hangt samen met een goede educatie en informeren van de patiënt.
- Aanvaardbaarheid: het is mogelijk dat patiënten moeilijker aanvaarden dat geneesmiddelen geen essentieel onderdeel zijn van het pijnbeleid. Ook kunnen sommige zorgverleners medicatie nog steeds beschouwen als hoeksteen van de behandeling. Het toepassen van de aanbeveling kan dus een uitdaging zijn, maar is geen reden om deze aanbeveling niet sterk te formuleren.
- Haalbaarheid: deze aanbeveling is haalbaar.

Besluit: internationale richtlijnen en praktijkgerichte informatie zijn niet unaniem over welke medicamenteuze optie de voorkeur heeft. Er is wel consistentie over de nood aan terughoudendheid bij het voorschrijven van medicatie bij CPP, over het feit dat medicatie niet essentieel is en dat die alleen een plaats heeft binnen een multimodale benadering. Bij het opstarten van medicatie moeten overigens een aantal voorwaarden zijn ingevuld (zie volgende aanbeveling).

Aanbeveling 4

In geval van een weloverwogen beslissing om een medicamenteuze behandeling op te starten:

- Start de medicatie op als onderdeel van een multimodaal behandelplan gebaseerd op het biopsychosociale model (**GPP**).
- Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen (ongewenste effecten) van het al dan niet starten van pijnmedicatie (**GPP**).
- Streef, bij opstart van medicatie, naar een zo kort mogelijke gebruiksduur rekening houdend met een specifiek, vooraf bepaald en concreet behandeldoel dat binnen een vooraf bepaalde tijdsperiode moet worden behaald (**GPP**).
- Stop de medicatie als het behandeldoel niet wordt bereikt (**GPP**).

Toelichting

Als men, ondanks adequate educatie en de toepassing van een multimodaal niet-medicamenteus behandelplan, toch beslist om medicatie op te starten voor CPP, dan is het belangrijk dat dit gebeurt onder een aantal voorwaarden:

- Bepaal met de patiënt duidelijke behandeldoelen en maak hierover duidelijke afspraken;
- Noteer de gemaakte afspraken in het patiëntendossier en geef ze eventueel schriftelijk mee aan de patiënt.

Ook bij medicatie is het belangrijk om een patiëntgerichte benadering te hanteren.

In de praktijk, wanneer de diagnose van CPP wordt gesteld, heeft de patiënt al eerder medicatie voorgeschreven gekregen. Dus voordat men beslist om geen medicatie te starten, zal de eerdere behandeling moeten worden gestaakt. De moeilijkheden die de patiënt kan ervaren om te stoppen met de behandeling kunnen verband houden met een vorm van therapeutische inertie (geen herbeoordeling van het nut) of met de angst om zich 'in de steek gelaten' te voelen, zelfs als de behandeling niet werkzaam is. Educatie is in deze gevallen van groot belang.

Onderbouwing

Deze GPP's zijn gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werden in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze GPP's:

- Balans voor- en nadelen: aanzienlijk netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: we verwachten geen substantiële variabiliteit. De haalbaarheid van de interventie hangt samen met een goede educatie en informeren van de patiënt.
- Aanvaardbaarheid: de aanbeveling is aanvaardbaar, maar wel sterk verweven met een goede educatie van de patiënt.
- Haalbaarheid: geen opmerkingen.

Besluit: het starten van medicatie, hetgeen niet systematisch wordt aanbevolen bij CPP, gebeurt alleen onder bepaalde voorwaarden.

6.3. Algemene informatie en overzicht van de medicamenteuze opties

6.3.1. NSAID's

De vorige versie van de richtlijn formuleerde een aanbeveling voor het gebruik van NSAID's specifiek in het geval van aspecifieke lagerugpijn ¹²⁴.

Het BCFI kent aan het gebruik van NSAID's in de behandeling van chronische lagerugpijn een beperkte plaats toe ¹²⁵.

De NHG-Standaard beveelt deze medicatie niet aan in de aanpak van chronische pijn, en benadrukt vooral dat patiënten moeten worden gewaarschuwd voor ongewenste effecten bij langdurig gebruik ¹²⁶.

De richtlijn van NICE m.b.t. CPP spreekt zich expliciet uit tegen het gebruik van NSAID's in deze problematiek ¹²⁷.

Up-to-Date bevestigt dat NSAID's een gebruikelijke medicatie is in geval van nociceptieve pijn en dat de werkzaamheid ervan bij chronische musculoskeletale pijn laag is ¹²⁸.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren met betrekking tot het gebruik van NSAID's voor de behandeling van CPP.

¹²⁴ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

¹²⁵ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹²⁶ Keizer D, Luiten WE, Schouten F, et al. NHG-Standaard Pijn (M106). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. Zie [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)

¹²⁷ NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#).

¹²⁸ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

6.3.2. PARACETAMOL

In vorige versie van de richtlijn werd paracetamol (alleen of in combinatie met NSAID's) exclusief aanbevolen bij artrose ¹²⁹.

Volgens het BCFI wordt bij chronische nociceptieve pijn zo mogelijk eerst paracetamol gebruikt volgens een vast schema ¹³⁰.

Het NHG geeft de voorkeur aan paracetamol aangezien het de laagste stap is van de pijnladder van de WHO ¹³¹.

NICE adviseert om geen paracetamol op te starten ¹³².

Up-To-Date vermeldt dat paracetamol geen eerstelijns therapie is in de behandeling van chronische osteoartritis of rugpijn ¹³³.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren met betrekking tot het gebruik van paracetamol voor de behandeling van CPP.

6.3.3. ANTIDEPRESSIVA

Aanbeveling

Overweeg het gebruik van antidepressiva in de behandeling van CPP, en dit slechts bij een selectie van patiënten op basis van hun kenmerken en comorbiditeiten en rekening houdend met mogelijke ongewenste effecten (**GRADE 2C**).

¹²⁹ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

¹³⁰ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹³¹ Keizer D, Luiten WE, Schouten F, et al. NHG-Standaard Pijn (M106). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. Zie [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)

¹³² NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#)

¹³³ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

Toelichting

Terughoudendheid is nodig bij het gebruik van medicatie bij CPP (zie *aanbeveling 4 van de algemene aanbevelingen*, blz. 63).

Als men, na de bespreking van de voor- en nadelen van antidepressiva, een adequate patiënteneducatie en de opstart van niet-medicamenteuze interventies binnen een biopsychosociale multimodale benadering, beslist om antidepressiva op te starten, dan lijkt duloxetine het meest geschikte medicijn.

Uit de geselecteerde studies blijken duloxetine of milnacipran het meeste effect te hebben. Milnacipran is in België niet verkrijgbaar. Het BCFI geeft aan dat vooral TCA's en duloxetine worden gebruikt.

De aanbevolen dosis duloxetine is 60 mg/dag. Patiëntkenmerken, pijntype en comorbiditeiten (bijvoorbeeld depressie, angst,...) zijn belangrijke factoren in de beslissing om deze medicatie op te starten. Ondanks het feit dat er geen duidelijke evidentie is met betrekking tot de minimale tijdsduur wordt aangegeven dat analgetische effecten twee tot vier weken therapie vereisen. Bovendien zal slechts een minderheid van patiënten voordeel halen uit deze medicatie. Daarom is het belangrijk om stopregels af te spreken. Er bestaat hierover geen duidelijk wetenschappelijk bewijs. Bijgevolg stoelen de stopregels op klinische beoordeling en expertise.

Ongewenste effecten van antidepressiva ¹³⁴

• Frequent seksuele stoornissen (ejaculatie- en erectiestoornissen, problemen met libido en orgasme) die soms zeer lang aanhouden na het stoppen van een SSRI of een SNRI; • Beven en overmatige zweten; • Onthoudingsverschijnselen bij plots stoppen of te snelle afbouw;	• Verlaging van de convulsiedrempel (vooral met TCA's, SSRI's); • Anticholinerge effecten (TCA's en aanverwanten); • Hyponatriëmie (agitatie, verwardheid) bij ouderen; • Verhoogd risico op agressief gedrag en suïcide-gedachten, vooral bij start van de behandeling (vooral bij SSRI's, maar voor geen enkel ander antidepressivum uit te sluiten); • Bij overdosering van TCA's is er een hoger risico op fatale afloop dan met andere antidepressiva.
---	---

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht (voor de beschrijving zie verder).

In internationale richtlijnen is er geen uniformiteit over de plaats van antidepressiva bij chronische pijn.

¹³⁴ www.bcfi.be

De geselecteerde studies waren heterogeen qua onderzochte populaties en types antidepressiva (zie verder). Een minderheid van de patiënten lijkt voordeel te halen uit een aantal specifieke antidepressiva. Daarom formuleerde de richtlijn-ontwikkelingsgroep een zwakke aanbeveling om antidepressiva alleen te overwegen bij een selectie patiënten op basis van hun kenmerken en comorbiditeiten. Omtrent de specifieke subgroepen die baat hebben bij deze medicatie is verder onderzoek nodig.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: lage zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: klein netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Aanvaardbaarheid: deze aanbeveling is aanvaardbaar binnen een biopsychosociale benadering.
- Haalbaarheid: deze aanbeveling is haalbaar.

Besluit: het starten van antidepressiva, hetgeen niet systematisch wordt aanbevolen bij CPP, gebeurt alleen onder bepaalde voorwaarden.

6.3.3.1. Antidepressiva voor fibromyalgie

6.3.3.1.1. SNRI

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 4 studies geselecteerd die SNRI's onderzochten in de behandeling van fibromyalgie:

- Cording et al. (2015) ¹³⁵ kwamen tot het besluit dat milnacipran de pijn verminderde bij een minderheid van de patiënten en dat dit waarschijnlijk gepaard zou gaan met ongewenste effecten.
- Welsch et al. 2018 ¹³⁶ gaven aan dat de potentiële voordelen van duloxetine en milnacipran bij fibromyalgie doorgaans niet opwegen tegen de mogelijke nadelen ervan. Nochtans kan een minderheid van de mensen met fibromyalgie met

¹³⁵ Cording M, Derry S, Phillips T, et al Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015(10):CD008244.

¹³⁶ Welsch P, Üçeyler N, Klose P, et al. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2018;2(2):CD010292.

duloxetine of milnacipran verlichting van symptomen ervaren zonder klinisch relevante ongewenste effecten.

- Voor venlafaxine was er geen wetenschappelijk bewijs (Vanderweide et al. (2015)¹³⁷.
- Op basis van een netwerk meta-analyse besloten Lee et al. 2016¹³⁸ dat duloxetine 60 mg qua werkzaamheid waarschijnlijk de beste behandeling was, zonder duidelijk verschil qua veiligheid tussen verschillende onderzochte medicijnen en doses.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.1.2. SSRI

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werd in totaal 1 systematische review geselecteerd die SSRI's onderzocht in de behandeling van fibromyalgie:

- Wallit et al. (2015)¹³⁹ melden dat er geen bewijs (zonder bias) is dat SSRI's superieur zijn ten opzichte van placebo in de behandeling van fibromyalgie (m.b.t. kritieke uitkomsten).

Voor de 'Summary of Findings'-tabel verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.1.3. TCA's

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werd in totaal 1 Cochrane systematische review geselecteerd die het analgetische effect en de ongewenste effecten van amitriptyline onderzocht in de behandeling van fibromyalgie:

- Moore et al. (2019)¹⁴⁰ geven aan dat er slechts beperkt wetenschappelijk bewijs is; er werden immers geen studies gevonden die de uitkomsten pijnreductie en ernstige ongewenste effecten onderzocht van een behandeling met amitriptyline.

¹³⁷ VanderWeide LA, Smith SM, Trinkley KE. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. J Clin Pharm Ther 2015;40(1):1-6.

¹³⁸ Lee YH, Song GG. Comparative efficacy and tolerability of duloxetine, pregabalin, and milnacipran for the treatment of fibromyalgia: a Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatol Int 2016;36(5):663-72.

¹³⁹ Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015(6):CD011735.

¹⁴⁰ Moore RA, Derry S, Aldington D, et al. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2019;5(7):CD011824.

Voor de 'Summary of Findings'-tabel verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.1.4. Atypische antidepressiva

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werd in totaal 1 studie geselecteerd die atypische antidepressiva onderzocht in de behandeling van fibromyalgie:

- Welsch et al. (2018) ¹⁴¹ komen op basis van lage tot zeer lage zekerheid van het wetenschappelijke bewijs tot het besluit dat er geen voordelen zijn voor het gebruik van mirtazapine bij fibromyalgie.

Voor de 'Summary of Findings'-tabel verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.1.5. Combinatie van antidepressiva onderling of met andere geneesmiddelen

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werd 1 systematische review geselecteerd die het effect vergeleek van de combinatie van verschillende antidepressiva onderling of met andere geneesmiddelen in de behandeling van fibromyalgie:

- Thorpe et al. (2018) ¹⁴² vonden geen wetenschappelijk bewijs voor geen enkele combinatie van geneesmiddelen (dus ook niet voor antidepressiva).

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.2. Antidepressiva voor chronische lagerugpijn

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werd in totaal 1 systematische review geselecteerd die duloxetine onderzocht in de behandeling van chronische lagerugpijn:

- De review van Hirase et al. (2021) ¹⁴³ includeerde 5 studies en komt tot zeer lage zekerheid van bewijs m.b.t. het effect van duloxetine in deze patiëntengroep.

¹⁴¹ Welsch P, Bernardy K, Derry S, et al. Mirtazapine for fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;8(8):CD012708.

¹⁴² Thorpe J, Shum B, Moore RA, et al. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;2(2):CD010585.

¹⁴³ Hirase T, Hirase J, Ling J, Kuo PH, Hernandez GA, Giwa K, Marco R. Duloxetine for the treatment of chronic low back pain: a systematic review of randomized placebo-controlled trials. Cureus 2021;13(5):e15169.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.3.3. [Antidepressiva voor gemengde pijntypes](#)

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 3 systematische reviews geselecteerd die antidepressiva onderzochten in de behandeling van populaties met verschillende soorten pijn of pathologieën:

- 1 meta-analyse die het gebruik van duloxetine onderzocht voor chronische lagerugpijn en osteoartritis ¹⁴⁴ concludeert dat er matige zekerheid van wetenschappelijk bewijs is voor een matig effect van duloxetine in deze gemengde patiëntengroepen.
- 1 systematische review die amitriptyline onderzocht in een populatie met lagerugpijn, reumatoïde artritis en pijn aan de arm door overbelasting (door overmatige activiteit of te vaak herhalen van dezelfde beweging) ¹⁴⁵ concludeert dat er slechts zeer lage zekerheid van bewijs is omtrent de voor- en nadelen van deze medicatie in deze gemengde populatie.
- 1 Cochrane systematische review met netwerkmeta-analyse die de voor- en nadelen onderzocht van alle mogelijke antidepressiva voor alle soorten chronische pijn (uitgezonderd hoofdpijn) ¹⁴⁶ concludeert dat er matige zekerheid van bewijs is voor een effect van duloxetine en milnacipran in deze populaties.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.4. OPIOÏDEN

Aanbeveling

Schrijf bij voorkeur geen opioïden voor in de behandeling van CPP (**GRADE 2C**).

¹⁴⁴ Weng C, Xu J, Wang Q, Lu W, Liu Z. Efficacy and safety of duloxetine in osteoarthritis or chronic low back pain: a Systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 2020;28(6):721-734.

¹⁴⁵ van den Driest JJ, Bierma-Zeinstra SMA, Bindels PJE, Schiphof D. Amitriptyline for musculoskeletal complaints: a systematic review. *Fam Pract* 2017;34(2):138-146.

¹⁴⁶ Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;5(5):CD014682.

Toelichting

Opioïden zijn (natuurlijke of semisynthetische) moleculen die structureel verwant zijn aan opium ¹⁴⁷.

Ze kunnen opgedeeld worden in 3 groepen:

- GROEP 1 - de zwakwerkende opioïden:
 - Codeïne,
 - Dihydrocodeïne,
 - Tramadol.
- GROEP 2 - de matigwerkende opioïden:
 - Pethidine,
 - Tilidine.
- GROEP 3 - de sterkwerkende opioïden:
 - Buprenorfine,
 - Fentanyl,
 - Hydromorfon,
 - Methadon,
 - Morfine,
 - Oxycodon,
 - Piritramide,
 - Sufentanil,
 - Tapentadol.

Ongewenste effecten

ALGEMEEN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Obstipatie,• Sedatie,• Euforie,• Nausea en braken,• orthostatische hypotensie,• respiratoire depressie,• zweten, | <ul style="list-style-type: none">• Pylorusspasmen,• Opioidgeïnduceerde hyperalgesie,• Tolerantie,• Psychische afhankelijkheid,• Verslaving,• Lichamelijke afhankelijkheid, met ontwenningsverschijnselen bij plotse stop. |
|--|---|

¹⁴⁷ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6544>

Molecule	Ongewenste effecten
Methadon	QT-verlenging
Tapentadol	• Duizeligheid • Hoofdpijn • Beven • Agressief gedrag • Convulsies
Tramadol	• Anafylactische reacties • Droge mond • Vertigo • Beven • Hypoglykemie • Convulsies
Sufentanil	Bradycardie

Bij het voorstellen en het beslissen om geen medicatie (vooral opioïden) op te starten, is het essentieel dat de patiënt goede educatie en uitgebreide informatie krijgt.

Het beleid bij patiënten met chronische pijn die al opioïden nemen en de aanpak van opioïdenmisbruik vallen buiten het bestek van deze richtlijn

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht (voor de beschrijving zie verder).

In de literatuur (zie verder) is er eensgezindheid over het feit dat opioïden niet aangewezen zijn in de behandeling van chronische pijn. De geselecteerde literatuur toont een gebrek aan voordelen van opioïden, bevestigt dat het chronisch gebruik van opioïden aanleiding kan geven tot ongewenste effecten zoals hyperalgesie en dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is m.b.t. hun veiligheid. Toch kunnen we niet uitsluiten dat een zeer kleine groep patiënten op lange termijn baat kan hebben bij bepaalde opioïden, zonder dat er veiligheidsproblemen optreden. Daarom formuleerde de richtlijnontwikkelingsgroep een zwakke aanbeveling tegen het gebruik van opioïden.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: zeer lage zekerheid van bewijs
- Balans voor- en nadelen: mogelijk klein netto voordeel van de interventie, en dit bij slechts een minderheid van de patiënten.
- Waarden en voorkeuren: geen substantiële variabiliteit verwacht.

- Middelen en andere overwegingen: geen opmerkingen.
- Aanvaardbaarheid: mits een goede uitleg over gewenning en verslaving zullen veel patiënten ervoor kiezen om deze medicatie niet te proberen.
- Haalbaarheid: de toepassing van deze aanbeveling kan een uitdaging zijn voor zowel zorgverlener als patiënt, maar is geen reden om dit niet sterk aan te bevelen.

Besluit: het gebruik van opioïden wordt afgeraden aangezien de geselecteerde studies geen duidelijke voordelen konden aantonen en er onzekerheid is over hun veiligheid.

6.3.4.1. Werkzaamheid en plaats van opioïden in de behandeling van CPP

6.3.4.1.1. Opioïden voor fibromyalgie

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 2 Cochrane systematische reviews geselecteerd die opioïden onderzochten in de behandeling van fibromyalgie:

- Thorpe et al. (2018) ¹⁴⁸ onderzochten onder andere de combinatie van tramadol en paracetamol (acetaminophen) en komen tot het besluit dat er slechts zeer lage zekerheid van bewijs was voor deze interventie.
- Gaskell et al. (2018) ¹⁴⁹ vonden geen wetenschappelijk bewijs omtrent de werkzaamheid van oxycodon voor de behandeling van fibromyalgie.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.4.1.2. Opioïden voor chronische lagerugpijn

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 2 systematische reviews geselecteerd die opioïden onderzochten in de behandeling van chronische lagerugpijn:

- Nury et al. (2022) ¹⁵⁰ besloten dat er lage zekerheid van bewijs was voor 50% en 30% pijnreductie in vergelijking met placebo.

¹⁴⁸ Thorpe J, Shum B, Moore RA, et al. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;2(2):CD010585.

¹⁴⁹ Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;9(9):CD012329.

¹⁵⁰ Nury E, Schmucker C, Nagavci B, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. Pain 2022;163(4):610-636.

- Welsch et al. (2015) ¹⁵¹ vergeleken tramadol met flupirtine en komen tot zeer lage zekerheid van wetenschappelijk bewijs m.b.t. onderzochte uitkomsten.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.4.1.3. Opioiden voor niet-kankerpijn/gemengde pijntypes

Na een literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 3 systematische reviews geselecteerd die opioïden onderzochten in de behandeling van niet-kankerpijn/gemengde pijntypes:

- Santos et al. (2015) ¹⁵² besloten dat er matige zekerheid van bewijs is dat tapentadol met verlengde afgifte de pijn lichtjes verbetert in vergelijking met placebo (zeer heterogene populatie); tapentadol versus oxycodone gaf geen verschil (matige zekerheid van bewijs).
- Nury et al. (2022) ¹⁵³ vonden weinig verschil tussen opioïde en niet-opioïde analgetica op pijnvermindering na 12 maanden (lage zekerheid van bewijs).
- Lauche et al. (2015) ¹⁵⁴ zagen evenmin een verschil tussen de verschillende opioïden in gemengde populaties met chronische niet-kankerpijn.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

6.3.4.2. Ongewenste effecten van opioïden in de behandeling van patiënten met CPP

Uit de geselecteerde studies over werkzaamheid blijkt dat er bij langdurig gebruik van opioïden mogelijk nadelen zijn wat betreft hun veiligheid. Er ontbreekt sterk wetenschappelijk bewijs om de veiligheid van deze medicatie te onderbouwen:

¹⁵¹ Welsch P, Sommer C, Schiltenswolf M, Häuser W. [Opioids in chronic noncancer pain-are opioids superior to nonopioid analgesics? A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized head-to-head comparisons of opioids versus nonopioid analgesics of at least four week's duration]. Schmerz 2015;29(1):85-95.

¹⁵² Santos J, Alarcão J, Fareleira F, et al. Tapentadol for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015;2015(5):CD009923.

¹⁵³ Nury E, Schmucker C, Nagavci B, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. Pain 2022;163(4):610-636.

¹⁵⁴ Lauche R, Klose P, Radbruch L, et al. [Opioids in chronic noncancer pain-are opioids different? A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized head-to-head comparisons of opioids of at least four week's duration]. Schmerz 2015;29(1):73-84.

- De systematische review van Thorpe et al. 2018 ¹⁵⁵ concludeert dat er zeer lage zekerheid van bewijs is dat het gebruik van tramadol met paracetamol gepaard gaat met significant meer ongewenste effecten zonder significant verschil in werkzaamheid.
- Een andere systematische review van Gaskell et al. (2016) ¹⁵⁶ vond geen studies die het langdurige gebruik en de veiligheid van oxycodon onderzochten bij patiënten met fibromyalgie.
- Nury et al. (2022) ¹⁵⁷ onderzochten het gebruik van opioïden bij chronische lagerugpijn en chronische niet-kankerpijn. De auteurs besluiten tot een zeer lage zekerheid van bewijs m.b.t. de ongewenste effecten van de medicatie en het stopzetten daardoor, alsook m.b.t. misbruik en valpartijen. Ze geven wel aan dat er in de geïnccludeerde studies problemen (ongewenste effecten en misbruik) waren met de veiligheid van de interventie.
- Welsch et al. (2015) ¹⁵⁸ komen in hun systematische review tot een lage zekerheid van bewijs m.b.t. veiligheidsuitkomsten. Uit de gepoolde resultaten van 2.728 patiënten met chronische niet-kankerpijn die meer dan 4 weken opioïden gebruikten versus placebo, blijkt dat er meer uitval was vanwege ongewenste effecten. Er was geen verschil op het vlak van ernstige ongewenste effecten en mortaliteit.
- Dezelfde onderzoeksgroep concludeert in een andere publicatie (2015) ¹⁵⁹ dat er evenmin een verschil was qua veiligheid tussen de verschillende opioïden in dezelfde context.
- Santos et al. (2015) ¹⁶⁰ vonden eveneens een hoger risico op ongewenste effecten bij het gebruik van tapentadol voor chronische musculoskeletale pijn gedurende langer dan 12 weken.

¹⁵⁵ Thorpe J, Shum B, Moore RA, et al. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2(2):CD010585.

¹⁵⁶ Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9(9):CD012329.

¹⁵⁷ Nury E, Schmucker C, Nagavci B, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. *Pain* 2022;163(4):610-636.

¹⁵⁸ Welsch P, Sommer C, Schiltenswolf M, et al. [Opioids in chronic noncancer pain-are opioids superior to nonopioid analgesics? A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized head-to-head comparisons of opioids versus nonopioid analgesics of at least four week's duration]. *Schmerz* 2015;29(1):85-95.

¹⁵⁹ Lauche R, Klose P, Radbruch L, et al. [Opioids in chronic noncancer pain-are opioids different? A systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized head-to-head comparisons of opioids of at least four week's duration]. *Schmerz* 2015 ;29(1):73-84.

¹⁶⁰ Santos J, Alarcão J, Fareleira F, et al. Tapentadol for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(5):CD009923.

6.3.4.3. Risico's op afhankelijkheid bij gebruik van opioïden in de behandeling van patiënten met CPP

- De review van reviews van Voon et al. (2017) ¹⁶¹ rapporteert een prevalentie van chronische niet-kankerpijn in de groep personen die opioïden gebruikt tussen 48% en 60%. In 5 systematische reviews was er sprake van een percentage opioïdgebruik voor chronische pijn variërend tussen 0,05% en 81%, mogelijk als gevolg van een verscheidenheid aan definities van afhankelijkheid, misbruik, verslaving, enz.
- De Cochrane systematische review van reviews van Els et al. (2018) ¹⁶² onderzocht de ongewenste effecten van opioïdgebruik op middellange en lange termijn. Eén van de uitkomsten was verslaving. Nochtans identificeerde deze review geen enkele review die verslaving onderzocht.
- Nury et al. (2022) ¹⁶³ rapporteren 2 studies met pooling van gegevens. De auteurs stelden meer gevallen van druggebruik vast in de opioïdengroep ten opzichte van de niet-opioïdengroep (RR 1,89; 95%-BI 1,57 tot 2,27) (lage zekerheid van bewijs). Op basis van niet-gerandomiseerde studies kwamen ze tot het besluit dat opioïdgebruik leidt tot 2 overlijdens meer per 1.000 personen (zeer lage zekerheid van bewijs op basis van 2 publicaties).
- De meta-analyse van Larney et al. (2020) ¹⁶⁴ rapporteert een mortaliteit van 1,11 per 1.000 (95%-BI 0,37 tot 3,36) door overdosis, specifiek bij patiënten met chronische niet-kankerpijn. Er werden geen studies gevonden die het risico op mortaliteit door overdosis onderzochten in vergelijkbare klinische populaties zonder voorschrift voor opioïden.
- We vinden in de literatuur globaal genomen geen wetenschappelijk bewijs van hoge kwaliteit m.b.t. chronische pijn en middelenmisbruik/opioïdenmisbruik. Nochtans is het duidelijk dat er een probleem bestaat (Cicero et al. (2017) ¹⁶⁵) en

¹⁶¹ Voon P, Karamouzian M, Kerr T. Chronic pain and opioid misuse: a review of reviews. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2017;12(1):36.

¹⁶² Els C, Jackson TD, Kunyk D, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;10(10):CD012509.

¹⁶³ Nury E, Schmucker C, Nagavci B, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. *Pain* 2022;163(4):610-636.

¹⁶⁴ Larney S, Peacock A, Tran LT, et al. All-cause and overdose mortality risk among people prescribed opioids: a systematic review and meta-analysis. *Pain Med* 2020;21(12):3700-3711.

¹⁶⁵ Cicero TJ, Ellis MS. The prescription opioid epidemic: a review of qualitative studies on the progression from initial use to abuse. *Dialogues Clin Neurosci* 2017;19(3):259-269.

dat opioïdgebruik, vooral op basis van observationele studies, geassocieerd is met een risico op afhankelijkheid en misbruik (Chou et al. (2015) ¹⁶⁶).

6.3.5. ANTI-EPILEPTICA

Aanbeveling

Overweeg het gebruik van pregabaline in de behandeling van CPP, rekening houdend met mogelijke ongewenste effecten (**GRADE 2B**).

Toelichting

Zoals aangegeven in de algemene aanbevelingen m.b.t. medicatiegebruik is terughoudendheid noodzakelijk bij het gebruik van medicatie bij CPP (zie aanbeveling 4 op blz. 63).

Als men, na de bespreking van de voor- en nadelen van anti-epileptica, een adequate patiënteneducatie en de opstart van niet-medicamenteuze interventies binnen een multimodale biopsychosociale benadering, toch beslist om anti-epileptica op te starten, dan lijkt pregabaline het meest geschikte medicijn (off-labelgebruik bij CPP). Wetenschappelijk bewijs toont dat een dosis van ongeveer 450 mg (tussen 300-600 mg) de beste balans geeft tussen de voor- en nadelen van het medicijn. We kunnen niet uitsluiten dat sommige patiënten voordelen zullen ondervinden bij lagere doses. De optimale dosis is patiëntafhankelijk. Ook met anti-epileptica moet de zorgverlener alert zijn op het risico van misbruik.

Slechts een minderheid van patiënten zal voordeel halen uit deze medicatie. Daarom is het belangrijk om stopregels af te spreken.

De Folia Pharmacotherapeutica deelt specifiek voor anti-epileptica mee dat er meer meldingen zijn van misbruik alsook signalen van potentieel ernstige ongewenste effecten ¹⁶⁷. Ook bij het voorschrijven van deze medicatie is dus voorzichtigheid geboden.

¹⁶⁶ Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Ann Intern Med 2015;162(4):276-86.

¹⁶⁷ Gabapentine en pregabaline: signalen van misbruik en ernstige ongewenste effecten. Folia Pharmacotherapeutica, 2020 ; <https://www.bcfi.be/nl/articles/query?number=F47N02B>

Ongewenste effecten van gabapentine en pregabaline ¹⁶⁸

Molecule	Ongewenste effecten
Pregabaline	• Vooral gewichtstoename, perifeer oedeem, duizeligheid, slaperigheid, ataxie, tremor, moeheid, hoofdpijn, gewrichtspijn, impotentie, visusstoornissen. • Verhoogd risico op ademhalingsdepressie en hartritmestoornissen. • Toename van suïcidegedachten, suïcide, slaperigheid overdag, agressiviteit. • Risico op afhankelijkheid en misbruik.
Gabapentine	• Vooral duizeligheid, slaperigheid, ataxie, dysarthrie, nystagmus, paresthesie, convulsies, moeheid, hoofdpijn, tremor, visusstoornissen, jeuk, spierpijn, gewrichtspijnen, impotentie, erectiestoornissen, gewichtstoename, perifeer oedeem, gastro-intestinale klachten, gingivitis, griepaal syndroom en hypertensie. • Risico op afhankelijkheid en misbruik.

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht (voor de beschrijving zie verder).

In internationale richtlijnen worden anti-epileptica naar voren geschoven vooral als optie bij neuropathische pijn, maar ook off-label bij andere types chronische pijn (evenwel zonder uniformiteit).

Na de literatuurzoektocht en de kritische beoordeling van de opbrengst ervan, werden in totaal 4 studies geselecteerd die anti-epileptica onderzochten in de behandeling van CPP ^{169,170,171,172}. Alle publicaties includeerden alleen patiënten met fibromyalgie en onderzochten zowel de werkzaamheid als de veiligheid van de moleculen: 2 studies waren gericht op pregabaline, 1 op gabapentine en 1 op combinatietherapie (duloxetine + pregabaline).

¹⁶⁸ www.bcfi.be

¹⁶⁹ Farag HM, Yunusa I, Goswami H, et al. Comparison of amitriptyline and US Food and Drug Administration-approved treatments for fibromyalgia: a systematic review and network meta-analysis. JAMA Netw Open 2022;5(5):e2212939.

¹⁷⁰ Thorpe J, Shum B, Moore RA, et al. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;2(2):CD010585.

¹⁷¹ Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;1(1):CD012188.

¹⁷² Derry S, Cording M, Wiffen PJ, et al. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;9(9):CD011790.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: hoge zekerheid van bewijs voor het gebruik van pregabaline bij fibromyalgie; zeer lage zekerheid van bewijs voor gabapentine (beperkt aantal studies).
- Balans voor- en nadelen: klein netto voordeel van de interventie.
- Waarden en voorkeuren: substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: geen variabiliteit te verwachten.
- Aanvaardbaarheid: deze aanbeveling is aanvaardbaar.
- Haalbaarheid: deze aanbeveling is haalbaar.

Besluit: aangezien een minderheid van de patiënten met fibromyalgie (slechts 1 specifieke categorie van CPP) een voordeel ondervond van pregabaline, formuleerde de richtlijnontwikkelingsgroep een zwakke aanbeveling op basis van matige zekerheid van bewijs (wegens alleen onderzocht bij populatie met fibromyalgie). Voor gabapentine is er onvoldoende bewijs om een aanbeveling te formuleren.

6.3.6. SPIERRELAXANTIA

Geen enkele bron schuift spierrelaxantia naar voren als medicamenteuze optie bij CPP.

Besluit: Spierrelaxantia hebben geen plaats in de behandeling van CPP.

6.3.7. CORTICOSTEROÏDEN

Het BCFI vermeldt chronische artritis als indicatie voor corticosteroïden (CS) ¹⁷³. Andere bronnen maken hier geen melding van.

De NICE-richtlijn benadrukt dat men behandelingen zoals CS-triggerpointinjecties niet mag gebruiken bij CPP ¹⁷⁴.

¹⁷³ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹⁷⁴ NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and](#)

Besluit: Corticosteroïden hebben geen plaats in de behandeling van CPP.

6.3.8. CANNABINOÏDEN

De vorige versie van de richtlijn besprak deze medicatie niet ¹⁷⁵.

Het BCFl vermeldt spierspasticiteit als indicatie voor cannabinoïden ¹⁷⁶.

De Folia Pharmacotherapeutica kent aan cannabinoïden een beperkte plaats toe bij chronische neuropathische pijn.

In het onderdeel 'Neuropathische pijn' van de NHG-Standaard wordt cannabis op voorschrift niet aanbevolen bij chronische pijn ¹⁷⁷. NICE volgt dezelfde lijn ¹⁷⁸.

Een BMJ Rapid Recommendation geeft aan dat cannabinoïden alleen mogen worden toegediend in het kader van wetenschappelijk onderzoek ¹⁷⁹.

Up-to-Date wijst op de mogelijke voordelen van cannabinoïden voor sommige patiënten ¹⁸⁰.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren m.b.t. het gebruik van cannabinoïden in de behandeling van CPP.

[secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE.](#)

¹⁷⁵ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

¹⁷⁶ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹⁷⁷ Keizer D, Luiten WE, Schouten F, et al. NHG-Standaard Pijn (M106). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. Zie [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)

¹⁷⁸ NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE.](#)

¹⁷⁹ Busse JW, Vankrunkelsven P, Zeng L, et al. Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline. BMJ 2021;374:n2040.

¹⁸⁰ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

6.3.9. KETAMINE

Geen enkele bron vermeldt ketamine als medicamenteuze optie bij CPP.

Up-to-Date geeft aan dat er opkomend bewijs is voor het gebruik van ketamine in deze context ¹⁸¹.

NICE beveelt expliciet aan om geen ketamine te starten ¹⁸².

Besluit: ketamine heeft geen plaats in de behandeling van CPP.

6.3.10. TOPISCHE MEDICATIE

6.3.10.1. Capsaïcine

De vorige versie van de richtlijn vermeldt deze medicatie niet ¹⁸³.

Het BCFI geeft aan dat capsaïcine soms wordt gebruikt voor neuropathische pijn van niet-diabetische oorsprong ¹⁸⁴. Capsaïcine is beschikbaar in crème of pleisters en wordt gebruikt in de behandeling van posttherpetische pijn.

In andere bronnen komt deze medicamenteuze optie niet aan bod.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren m.b.t. het gebruik van capsaïcine in de behandeling van CPP.

6.3.10.2. Topische NSAID's

De vorige versie van de richtlijn beveelt topische NSAID's aan bij chronische musculoskeletale pijn, vooral in geval van intolerantie aan orale NSAID's ¹⁸⁵.

¹⁸¹ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

¹⁸² NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#).

¹⁸³ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

¹⁸⁴ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹⁸⁵ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

Het BCFI vermeldt bepaalde chronische osteoarticulaire aandoeningen als indicatie voor topische NSAID's ¹⁸⁶.

NICE beveelt aan om topische NSAID's niet te gebruiken bij CPP ¹⁸⁷.

Up-to-Date geeft aan dat topische NSAID's de pijn kunnen verlichten bij osteoartritis in 1 gewricht ¹⁸⁸.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren m.b.t. het gebruik van topische NSAID's in de behandeling van CPP.

6.3.10.3. Lidocaïne

De vorige versie van de richtlijn vermeldt deze medicamenteuze optie niet ¹⁸⁹.

Het BCFI vermeldt postherpetische neuropathische pijn als mogelijke indicatie voor lidocaïne ¹⁹⁰.

NHG geeft lidocaïne een plaats in de behandeling van postherpetische neuralgie of veneuze ulcera onder de vorm van een pleister of een crème ¹⁹¹.

NICE beveelt expliciet aan om deze medicatie niet te starten bij CPP ¹⁹².

¹⁸⁶ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹⁸⁷ NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#).

¹⁸⁸ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

¹⁸⁹ Henrard G, Cordyn S, Chaspierre A, et al. Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Antwerpen: WOREL, 2017.

¹⁹⁰ <https://www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403>

¹⁹¹ Keizer D, Luiten WE, Schouten F, et al. NHG-Standaard Pijn (M106). Nederlands Huisartsen Genootschap, 2023. Zie [Pijn | NHG-Richtlijnen](#)

¹⁹² NICE Guidance. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NG193). NICE, 2024. [Overview | Chronic pain \(primary and secondary\) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE](#)

Up-to-Date geeft aan dat sommige patiënten baat kunnen hebben bij lidocaïne (bij sommige vormen van neuropathische pijn) ¹⁹³.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep besliste om geen aanbeveling te formuleren m.b.t. het gebruik van lidocaïne in de behandeling van CPP.

6.3.11. ANTIPSYCHOTICA

Geen enkele bron vermeldt antipsychotica als medicamenteuze optie voor CPP.

Besluit: antipsychotica hebben geen plaats in de behandeling van CPP.

¹⁹³ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. UpToDate: 2024. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>

7. Klinische vraag: hoe samenwerken en doorverwijzen in kader van de multimodale aanpak van volwassen patiënten met CPP?

7.1. Interprofessionele samenwerking

Aanbeveling 1

Hanteer binnen het interprofessionele team een eenduidige en uniforme taal om de samenwerking tussen de leden van het zorgteam te vergemakkelijken (**GPP**).

Toelichting

Een duidelijke en uniforme taal bevordert de samenwerking en faciliteert aldus een beter begrip van de functionele situatie van de patiënt en de verspreiding van dezelfde boodschappen aan de patiënt. Dit uniform taalgebruik wordt het best gestructureerd vanuit 1 gezamenlijk platform dat gekend is door elke betrokken zorgverlener en dat een duidelijk overzicht geeft van de door de patiënt ervaren problemen en de beschikbare mogelijkheden en middelen (zoals de mogelijkheid om de werkplaats ergonomisch aan te passen).

Een raamwerk dat de patiënt benadert vanuit een biopsychosociaal perspectief, zoals de [Modified ICF Core Set voor chronische pijn](#), met weergave van de functionele situatie van de pijnpatiënt vanuit een holistisch perspectief, kan fungeren als een gemeenschappelijke 'taal' om de samenwerking tussen zorgverleners in de eerste lijn te bevorderen ¹⁹⁴.

Het biopsychosociale denkkader levert een holistisch beeld op van de uitdagingen en de kansen van een patiënt met chronische pijn.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders. Er werden geen relevante en voldoende kwaliteitsvolle studies gevonden om dit GPP te onderbouwen.

¹⁹⁴ Löfgren M, Ekholm J, Broman L, et al. Using a profile of a modified Brief ICF Core Set for chronic widespread musculoskeletal pain with qualifiers for baseline assessment in interdisciplinary pain rehabilitation. J Multidiscip Healthc 2013;6:311-21.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: het gebruik van een gemeenschappelijke taal door zorgverleners, zoals de '[Modified ICF Core Set for chronic pain](#)', bevordert de samenwerking tussen zorgverleners en leidt tot uniform taalgebruik, wat de structurering van het klinische werk ten goede komt (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: er wordt geen substantiële variabiliteit verwacht.
- Middelen en andere overwegingen: opleiding kan wenselijk zijn om ervoor te zorgen dat alle zorgverleners een uniform taalgebruik nastreven (bijvoorbeeld aangaande het gebruik van de ICF Core Sets).
- Aanvaardbaarheid: de patiënt aanvaardt en wenst ook gelijkaardige signalen en boodschappen te krijgen.
- Haalbaarheid: opleiding van de zorgverleners kan de haalbaarheid faciliteren. Een uniforme communicatie tussen alle betrokken partijen onderling is de belangrijkste component in het spreken van een eenduidige taal naar de patiënt toe.

Besluit: in een multimodale aanpak wordt pijn vaak vanuit meerdere disciplines benaderd. De richtlijnontwikkelingsgroep benadrukt het belang van een eenduidige en uniforme taal om de samenwerking tussen de betrokken zorgverleners te bevorderen, met als doel de patiënt consistente en op dezelfde manier geformuleerde boodschappen te geven.

Aanbeveling 2

Verwijs naar de tweede lijn wanneer ook na de behandeling in de eerste lijn de CPP een belangrijke impact heeft op de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), de werksituatie en het sociale leven van de patiënt (**GPP**).

Toelichting

'Zorg dicht bij de patiënt' is de eerste keuze en kan worden voorzien door de eerste lijn. Ondanks de aanpak in de eerste lijn, kan pijn een blijvende impact hebben op het dagelijkse leven van de patiënt, zowel privé als professioneel. Ook bij ernstige impact op het dagelijkse leven, kan de patiënt met chronische pijn in de eerste lijn goede zorg krijgen en hoeft die niet onmiddellijk naar de tweede of derde lijn (onder andere pijnkliniek) te worden doorverwezen.

Overmatige zorgconsumptie ('medical shopping') kan de wachttijden voor toegang tot de tweede en derde lijn onnodig doen oplopen, hetgeen een ernstig probleem

vormt voor de continuïteit van zorg van patiënten met chronische pijn. Goede educatie van de patiënt hierover is primordiaal.

Als 'zorg dicht bij de patiënt' niet meer volstaat, kan de huisarts samen met de patiënt overwegen om de tweedelijnszorg aan te spreken. Om de continuïteit van zorg te waarborgen, is een vlotte samenwerking bij doorverwijzing essentieel, inclusief de uitwisseling van relevante patiëntengegevens tussen de eerste, de tweede en de derde lijn (pijnklinieken). Zo vermijden we onder meer dat de patiënten worden onderworpen aan overbodige (dubbele) assessment.

Een geïntegreerd zorgtraject tussen de eerste, tweede en derde lijn kan het probleem van discontinuïteit opvangen (zie *randvoorwaarden voor implementatie van de richtlijn*, blz. 95).

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders. Er werden geen relevante en voldoende kwaliteitsvolle studies gevonden om dit GPP te onderbouwen.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: een optimale behandeling door de best geplaatste zorgverleners is essentieel. Er zijn geen nadelen verbonden aan dit GPP, op voorwaarde dat er een consequente terugverwijzing is naar de eerste lijn (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren:
 - Wetenschappelijk bewijs: onderzoek dat gericht is op zowel patiëntperspectieven als perspectieven van zorgverleners geeft aan dat zorgverleners gemengde gevoelens hebben m.b.t. de verwijzing naar specialismen. Sommigen geven aan dat er te weinig pijnspecialisten zijn en dat doorverwijzing 'tijd en geld' toevoegt aan de zorgervaring van de patiënt. Andere zorgverleners waren positief en vonden dat doorverwijzing vooruitgang in de zorg meebrengt, maar hadden beperkte verwachtingen m.b.t. de resultaten na doorverwijzing ¹⁹⁵.
 - De ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn geven aan dat een goede communicatie tussen de zorgverleners van de eerste en tweede lijn noodzakelijk is voor een adequate opvolging van hun pijnproblematiek.

¹⁹⁵ Kim K, Rendon I, Starkweather A. Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain Manag Nurs* 2021;22(4):470-477.

- Middelen en andere overwegingen:
 - De kosten verbonden aan de zorg verstrekt in de tweede lijn is te verantwoorden in gevallen waar de eerste lijn geen antwoord kan bieden op de zorgvraag.
 - Revalidatie met het oog op werkhervatting vereist middelen. Daarentegen heeft werkverzuim door chronische pijn ook economische gevolgen voor de patiënt en de samenleving.
 - Voldoende opgeleid personeel vereist middelen.
 - Sommige zorgberoepen (zoals ergotherapie en podologie) worden nog onderbenut of zijn nog onvoldoende aanwezig in de zorg.
- Aanvaardbaarheid:
 - Sommige patiënten hebben weerstand tegen het verlaten van hun vertrouwde zorgcontext, andere patiënten staan er wel voor open.
 - De aanvaardbaarheid van dit GPP is afhankelijk van de beschikbaarheid en de kwaliteit van het netwerk van pijnklinieken in de omgeving van de patiënt.
 - De lange wachttijden voor toegang tot de tweede lijn zijn vaak frustrerend voor de patiënt.
- Haalbaarheid: het is de taak van de eerste lijn om de patiënt te verwijzen naar de tweede lijn wanneer het beleid in de eerste lijn niet volstaat. De huisarts is hierbij de spilfiguur.

Besluit: pijn kan een belangrijke impact hebben op het dagelijks functioneren en het sociale leven van de patiënt met chronische pijn. De richtlijnontwikkelingsgroep benadrukt het belang van een aanpak in de eerste lijn waar mogelijk. Wanneer de impact van pijn het dagelijks functioneren ernstig verstoort, moet individueel worden bekeken of inschakelen van gespecialiseerde zorg wenselijk is.

Aanbeveling 3

Verwijs de patiënt met chronische pijn naar de tweede lijn wanneer er sprake is van comorbiditeiten die in de eerste lijn niet kunnen worden opgevolgd (**GPP**).

Toelichting

Bij comorbiditeiten die gespecialiseerde zorg vereisen, zoals een majeure depressie, is een vlotte samenwerking en correcte uitwisseling van relevante patiëntgegevens met de tweede lijn essentieel om continuïteit van zorg te garanderen.

Naast comorbiditeiten kan het ook bij zwangerschap of kinderwens aangewezen zijn om door te verwijzen naar de tweede lijn.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders. Er werden geen relevante en voldoende kwaliteitsvolle studies gevonden om dit GPP te onderbouwen.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: een optimale behandeling door de best geplaatste zorgverleners is essentieel. Er zijn geen nadelen verbonden aan dit GPP, op voorwaarde dat er een consequente terugverwijzing is naar de eerste lijn (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: patiënten wensen geholpen te worden.
- Middelen en andere overwegingen: de kosten die gepaard gaan met werkverzuim en de verminderde kwaliteit van leven rechtvaardigen de hogere uitgaven voor gespecialiseerde zorg.
- Aanvaardbaarheid: de lange wachttijden om toegang te krijgen tot de tweede lijn zijn vaak frustrerend voor de patiënt.
- Haalbaarheid: het is de taak van de eerste lijn om de patiënt te verwijzen naar de tweede lijn wanneer het beleid in de eerste lijn niet volstaat. De huisarts is hierbij de spilfiguur.

Besluit: pijn kan een belangrijke impact hebben op het dagelijkse functioneren en het sociale leven van de patiënt met chronische pijn. De richtlijnontwikkelingsgroep benadrukt het belang van een aanpak in de eerste lijn waar mogelijk. Wanneer de impact van de pijn gepaard gaat met comorbiditeiten die niet in de eerste lijn kunnen worden opgevolgd, is inschakelen van gespecialiseerde zorg wenselijk.

Aanbeveling 4

Verwijs naar de tweede/derde lijn wanneer technisch-medische ingrepen nodig zijn (**GPP**).

Toelichting

Wanneer voor de diagnosestelling of de behandeling technisch-medische ingrepen nodig zijn die niet in de eerste lijn kunnen plaatsvinden, is een vlotte samenwerking met de tweede en derde lijn, inclusief correcte uitwisseling van relevante patiëntgegevens, essentieel om continuïteit van zorg te waarborgen. De huisarts is spilfiguur in de doorverwijzing van de patiënt.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders. Er werden geen relevante en voldoende kwaliteitsvolle studies gevonden om dit GPP te onderbouwen.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: een optimale behandeling door de best geplaatste zorgverleners is essentieel. Er zijn geen nadelen verbonden aan dit GPP, op voorwaarde dat er een consequente terugverwijzing is naar de eerste lijn (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: de impact van pijn op de kwaliteit van leven van de patiënt verantwoordt het leveren van optimale zorg en dus doorverwijzing, indien wenselijk. Patiënten benadrukken het belang van optimale zorg. Uit de interviews met ervaringsdeskundigen, blijkt dat er behoefte is aan een betere communicatie tussen zorgverleners van de eerste en de tweede lijn.
- Middelen en andere overwegingen: kwaliteitsvolle zorg vereist middelen.
 - De kosten die gepaard gaan met werkverzuim en de verminderde kwaliteit van leven rechtvaardigen hogere uitgaven voor gespecialiseerde zorg.
 - Als de infrastructuur voor een optimale behandeling niet voorhanden is, dan is het verantwoord om door te verwijzen naar diensten met de nodige infrastructuur.
 - Voldoende zorgpersoneel met de juiste competenties is een determinant van kwaliteitsvolle zorg, waaronder de zorgcontinuïteit.
 - Om een vlotte zorgcontinuïteit te verzekeren, is het voor handen zijn van een uniform digitaal communicatieplatform wenselijk.
- Aanvaardbaarheid: de lange wachttijden om toegang te krijgen tot de tweede lijn zijn vaak frustrerend voor de patiënt
- Haalbaarheid: het is de taak van de eerste lijn om de patiënt te verwijzen naar de tweede lijn wanneer het beleid in de eerste lijn niet volstaat. De huisarts is hierbij de spilfiguur.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep benadrukt het belang van behandeling en opvolging van chronische pijn in de eerste lijn, waar mogelijk. Wanneer technisch-medische ingrepen nodig zijn die niet in de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd, is doorverwijzing naar de tweede of derde lijn noodzakelijk.

Aanbeveling 5

Volg de patiënt met CPP op in de eerste lijn, ook tijdens en na de behandeling in de tweede/derde lijn (**GPP**).

Toelichting

Gespecialiseerde zorg bestaat vaak uit periodieke interventies. Ook tussen deze interventies in, is opvolging in de eerste lijn nodig. Terugverwijzing van de tweede of derde lijn naar de eerste lijn, inclusief het doorgeven van relevante informatie over de patiënt, is essentieel om de zorg voor patiënten met chronische pijn adequaat te kunnen verderzetten in de vertrouwde omgeving van de patiënt.

Onderbouwing

Dit GPP is gebaseerd op de expertise van de richtlijnontwikkelingsgroep en werd in een Delphi-consensusprocedure goedgekeurd door de stakeholders. De richtlijnontwikkelingsgroep besliste dat een systematische zoektocht naar literatuur zou neerkomen op een inefficiënt gebruik van tijd en middelen aangezien het verstrekken van zorg dicht bij de patiënt algemeen wordt aanvaard en erkend als goede klinische praktijk.

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van dit GPP:

- Balans voor- en nadelen: zorg wordt, waar mogelijk, het best verleend in de vertrouwde omgeving van de patiënt. Kan de verdere opvolging gebeuren in de eerste lijn, dan heeft dit de voorkeur (substantiële netto voordelen van de aanbeveling).
- Waarden en voorkeuren: de persoon met chronische pijn waardeert opvolging door diens vertrouwde huisarts (heeft zicht op de voorgeschiedenis).
- Middelen en andere overwegingen: terugverwijzing naar de eerste lijn vereist geen bijkomende middelen. Een adequate opvolging in de eerste lijn kan op termijn kostenbesparend zijn door tijdig verlenen van de gepaste zorg.
- Aanvaardbaarheid:
 - Het is essentieel om de patiënt in de eerste lijn verder op te volgen omdat die het best is gekend door zijn vertrouwde eerstelijnszorgverleners. Bovendien vermijdt men hiermee onnodige overbelasting van de tweede lijn. Dit verloopt het best in samenspraak met de patiënt.
 - Een vlotte samenwerking tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde zorg komt de patiënt ten goede en kost minder aan de maatschappij.
- Haalbaarheid: de eerste lijn is de vertrouwde zorgsetting van de patiënt.

Besluit: de richtlijnontwikkelingsgroep benadrukt het belang van behandeling en opvolging van chronische pijn in de eerste lijn, ook wanneer de patiënt wordt behandeld in de tweede of derde lijn.

7.2. Management

Aanbeveling

Overweeg om binnen het eerstelijnszorgteam een zorgcoördinator/zorgmanager aan te stellen om ervoor te zorgen dat de betrokken zorgverleners adequaat bijdragen aan het behalen van de zorgdoelen van de patiënt met CPP (**GRADE 2B**).

Toelichting

Bij patiënten met chronische pijn en een complexe zorgproblematiek zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken. Een goede afstemming van de zorg dankzij de centralisatie van de informatie en de zorgcoördinatie, draagt bij tot betere zorgresultaten.

Het werken met vaste zorgteams of met zorgverleners die elkaar professioneel kennen, verhoogt de kans op een vlotte interprofessionele samenwerking.

Een zorgcoördinator/zorgmanager kan bijdragen tot een betere afstemming van de zorg. Zijn/haar verantwoordelijkheden omvatten onder meer de:

- basisbeoordeling van de patiënt;
- opvolging van de patiënt;
- beoordeling van de werking binnen het team.

Onderbouwing

Deze aanbeveling is gebaseerd op een systematische literatuurzoektocht. De belangrijkste bevindingen worden hierna samengevat.

De systematische review van Connell et al. (2022) ¹⁹⁶ trachtte de belangrijkste kenmerken van interdisciplinaire teamstructuren en -processen te identificeren die in verband worden gebracht met verbeterde pijnresultaten voor patiënten met chronische pijn in de eerste lijn. Uit de resultaten blijkt dat gecoördineerde interdisciplinaire interventies de patiëntgerapporteerde pijnuitkomsten kunnen verbeteren in vergelijking met gebruikelijke zorg. Daarom suggereren de auteurs om bij toekomstige interventies prioriteit te geven aan zorgmanagers en systemen/

¹⁹⁶ Connell NB, Prathivadi P, Lorenz KA, et al. Teaming in interdisciplinary chronic pain management interventions in Primary Care: a systematic review of randomized controlled trials. J Gen Intern Med 2022;37(6):1501-1512.

mechanismen voor de opvolging van patiënten om de kloof tussen klinische richtlijnen en de implementatie van interdisciplinaire, teamgebaseerde chronische pijnzorg te helpen overbruggen.

Voor de 'Summary of Findings'-tabellen verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

Overwegingen

Volgende overwegingen speelden een rol in de formulering van deze aanbeveling:

- Globale zekerheid van bewijs: matige zekerheid van bewijs.
- Balans voor- en nadelen: substantiële netto voordelen van de aanbeveling.
- Waarden en voorkeuren:
 - Wetenschappelijk bewijs: een kwalitatieve analyse geeft aan dat communicatie, zorgcoördinatie en follow-up vaak ontbreekt, waardoor de holistische benadering van de patiënt in het gedrang komt ¹⁹⁷.
 - De ervaringsdeskundigen betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn geven aan dat er vaak inefficiënt wordt gewerkt (bijvoorbeeld de vele herhalingen bij afname van de anamnese), terwijl een goede communicatie en zorgcoördinatie dit kan vermijden. Een goede coördinatie kan tijdswinst opleveren en voorkomt moe(de)loosheid bij de patiënt.
- Middelen en andere overwegingen: een zorgcoördinator/zorgmanager is in de eerste lijn nog niet structureel ingebed en vereist (financiële) middelen, maar de kwaliteitsverbetering die voortvloeit uit een degelijke coördinatie, verantwoordt deze kosten. Multidisciplinair overleg is in bepaalde complexe situaties wel mogelijk.
- Aanvaardbaarheid: een zorgcoördinator faciliteert de samenwerking tussen de zorgverleners die gewoonlijk als losse entiteiten werken. Gebrek aan financiering kan een belemmerende factor zijn, alsook gebrek aan tijd.
- Haalbaarheid: de beschikbaarheid en financiering van een zorgcoördinator/zorgmanager blijft een probleem zolang deze functie niet structureel is ingebed. Gebrek aan tijd kan een belemmerende factor zijn.
- Aanvaardbaarheid:
 - Er bestaat reeds een opleiding over de coördinatie van de zorg voor chronische patiënten bestemd voor praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk.
 - Bepaalde zorgsettings (zoals de wijkgezondheidscentra) hechten al veel aandacht aan de coördinatie van de zorg voor patiënten met een

¹⁹⁷ Kawi J. Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability. Pain Manag Nurs 2014;15(1):258-64.

chronische aandoening en gebruiken de ICF-core set vaak om de communicatie met betrekking tot de zorg te uniformiseren en te stroomlijnen.

Besluit: in een multimodale aanpak wordt pijn vaak vanuit meerdere disciplines benaderd. Experts benadrukken het belang van een vlotte samenwerking tussen de betrokken zorgverleners met een duidelijke taaktoewijzing. Een zorgcoördinator/zorgmanager kan ervoor zorgen dat de zorg voor de pijnpatiënt met complexe zorgnoden beter op elkaar is afgestemd en alle zorgdoelen worden nagestreefd.

8. Researchagenda

De researchagenda werd opgesteld dankzij de input van de leden van de richtlijnontwikkelingsgroep en stakeholders (op basis van de ervaren hiaten tijdens de ontwikkeling van de richtlijn).

- Studies m.b.t. chronische pijn moeten rekening houden met de nieuwe classificatie van chronische pijn, inclusief de subclassificaties in de 3 pijnfenotypen (neuropathische, nociceptieve en nociplastische pijn).
- Er is nood aan:
 - grootschalig onderzoek m.b.t. de langetermijneffecten van de niet-medicamenteuze aanpak van CPP;
 - onderzoek m.b.t. de psychologische begeleiding van patiënten met CPP;
 - onderzoek m.b.t. de veiligheid van de medicamenteuze therapie op lange termijn;
 - onderzoek om na te gaan in welke situaties en/of bij welke subgroepen medicatie een meerwaarde kan hebben en hun effect te vergelijken met andere interventies;
 - onderzoek m.b.t. de behandeling van frequente comorbiditeiten van chronische pijn, zoals overgewicht/obesitas, insomnia en stressintolerantie;
 - onderzoek naar de haalbaarheid van het gebruik van een uniform digitaal communicatieplatform;
 - kwalitatief onderzoek en systematische reviews van kwalitatief onderzoek met focus op de patiëntenpopulatie met chronische pijn;
 - onderzoek m.b.t. de kosteneffectiviteit van geïndividualiseerde zorg en multidisciplinaire zorg.
 - studies die de multimodale aanpak met de combinatie van niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies samen onderzoeken.
- In geval van onderzoek naar een specifieke behandelmodaliteit moeten de potentiële effecten van de co-interventies worden nagegaan.
- Meerdere beroepsgroepen geven aan dat er een tekort is aan onderzoek m.b.t. de aanpak van patiënten met chronische pijn binnen hun discipline.

9. Toetselementen

Het model van Donabedian biedt een conceptueel kader om gezondheidsdiensten onder de loep te nemen en de kwaliteit van de gezondheidszorg te evalueren ¹⁹⁸. Volgens dit model kan informatie over de kwaliteit van zorg worden afgeleid uit 3 categorieën, namelijk structuur, proces en uitkomsten.

Om de impact van de toepassing van een aanbeveling te meten, kunnen uitkomst- of effectindicatoren worden gebruikt. Met proces- en structuurindicatoren kan men nagaan welke factoren bijdragen aan het succes van of juist een barrière vormen voor de gewenste uitkomst ¹⁹⁹. In het kader van kwaliteitsverbetering is het zinvol om niet alleen effectindicatoren, maar ook proces- en structuurindicatoren te formuleren.

Enkele voorbeelden van indicatoren bij implementatie van deze richtlijn zijn:

- Aanbeveling: *Adviseer stressreducerende technieken bij de vaststelling dat de stress van de patiënt invloed kan hebben op de pijn of het welzijn (GPP).*

Mogelijke procesindicator: stelt de zorgverlener vast dat de stress een beïnvloedende factor is van pijn, dan wordt in het patiëntendossier genoteerd welke stressreducerende technieken werden geadviseerd.

- Aanbeveling: *Volg de patiënt met CPP op in de eerste lijn, ook tijdens en na de behandeling in de tweede/derde lijn (GPP).*

Mogelijke effectindicator: tijdens de behandeling in de tweede lijn hebben de betrokken zorgverleners afspraken vastgelegd met reguliere eerstelijnszorgverlener in verband met de opvolging van de patiënt met CPP.

- Aanbeveling: *Integreer pijneducatie in de verschillende fasen van de multimodale behandeling (GPP).*

Mogelijke structuurindicator: tijdens een consultatie wordt tijd voorbehouden voor pijneducatie.

¹⁹⁸ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-8.

¹⁹⁹ Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-8.

10. Randvoorwaarden voor de toepassing van de richtlijn

- Het is aangewezen om kennisoverdracht te organiseren tussen de eerste en tweede/derde lijn inzake de aanpak van complexe pijnproblematiek ²⁰⁰.
- Het is aangewezen om met de betrokken zorgverleners van de eerste lijn periodieke trainingen en/of overlegmomenten te organiseren om de samenwerking te vergemakkelijken ²⁰¹.
- Het is aangewezen om in België gepaste financiering te voorzien voor alle beroepsgroepen in de eerste lijn die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met CPP (waaronder ergotherapie, kinesitherapie en psychologie).
- Het is aangewezen om de lange wachtlijsten voor psychotherapie binnen de geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg weg te werken, specifiek voor patiënten met CPP.
- Het is aangewezen om in België een zorgtraject CPP te voorzien dat de samenwerking tussen de eerste, de tweede en de derde lijn stroomlijnt (inclusief uitwisseling van relevante patiëntengegevens).

²⁰⁰ Clark AJ, Taenzer P, Drummond N, et al. Physician-to-physician telephone consultations for chronic pain patients: A pragmatic randomized trial. *Pain Res Manag* 2015;20(6):288-92.

²⁰¹ Clark AJ, Taenzer P, Drummond N, et al. Physician-to-physician telephone consultations for chronic pain patients: A pragmatic randomized trial. *Pain Res Manag* 2015;20(6):288-92.

11. Totstandkoming

11.1. Auteurs

De auteurs van deze richtlijn zijn:

Naam	Discipline/affiliatie	Rol in de richtlijnontwikkelingsgroep
Leen De Coninck	Ergotherapeut, gerontoloog, verbonden aan faculteit bewegings- en revalidatiewetenschappen KU Leuven en lid van de expertisecel van WOREL	Coördinator, methodologisch expert en auteur
Simon Van Cauwenbergh	Arts, doctoraatsstudent, onderzoeker in fysische geneeskunde en revalidatie, Universidade de São Paulo (USP), Brazilië, en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en auteur
Ellen Excelmans	Klinisch psycholoog, verbonden aan de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen (VVKP) en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en auteur
Loes Stukken	Klinisch psycholoog, verbonden aan de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen (VVKP) en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en auteur
Sam Cordyn	Verpleegkundige, verbonden aan het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en lid van de expertisecel van WOREL	Methodologisch expert en auteur
Paul Van Royen	Huisarts in Antwerpen, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en voorzitter van WOREL	Methodologisch expert en auteur
Martine Goossens	Redactioneel coördinator, lid van de expertisecel van WOREL	Redactie, vertaling, kritische lezing, procesopvolging
Anneleen Janssen	Apotheker, verbonden aan Domus Medica	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Bart Morlion	Pijnspecialist/anesthesist, diensthoofd Leuvens Centrum voor Algologie & Pijnbestrijding, UZ Leuven	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Jo Nijs	Kinesitherapeut en manueel therapeut, verbonden aan onderzoeksteam Pain in Motion, VU Brussel	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)

Naam	Discipline/affiliatie	Rol in de richtlijnontwikkelingsgroep
Leen Vermeulen	Huisarts in Hoboken (Geneeskunde voor het volk), gespecialiseerd in de begeleiding van personen met chronische pijnklachten, verbonden aan Domus Medica en aan het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Nancy Durieux	Klinisch psycholoog, verbonden aan ULiège	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Natasja Mortier	Huisarts, wetenschappelijk medewerker BCFI	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Pascale Jonckheer	Huisarts, verbonden aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)
Wouter Munneke	Kinesitherapeut, verbonden aan onderzoeksteam Pain in Motion, VU Brussel en ULiège	Expert auteursgroep (kritische lezing, feedback en goedkeuring richtlijn)

Eva Rens werkte als onderzoekspsycholoog mee aan het literatuuronderzoek en de literatuursynthese, maar maakt geen deel uit van de auteursgroep.

11.2. Andere betrokkenen

Andere betrokkenen bij deze richtlijn zijn (Delphi/externe toetsing van de richtlijn):

Naam	Discipline/affiliatie
Anne Berquin	Fysische geneeskunde en revalidatie, CU St Luc
Céline Mathy	Klinisch psycholoog, ULiège
Christian De Pauw	Tandarts, Verbond Vlaamse Tandartsen
Christophe Demoulin	Kinesitherapeut, ULiège. Tevens voorzitter Belgian Back Society en van de Societe Scientifique Francophone de Kinésithérapie (SSFK)
Gerda Wauman	Tandarts, Verbond Vlaamse Tandartsen
Inge Tency	Vroedvrouw, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV), Odisee Hogeschool
Jean-Philippe Agelas	Huisarts, verbonden aan de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)
Margot De Koonig	Kinesitherapeut, VU Brussel

Naam	Discipline/affiliatie
Mieke Embo	Vroedvrouw, UGent
Cécile d'Udekem d'Acoz	Ergotherapeut, zelfstandig
Mira Meeus	Kinesitherapeut, UAntwerpen
Paolo Signorino	Ergotherapeut, Silva Medical
Sarah Mingels	Kinesitherapeut/manueel therapeut, KU Leuven
Isabelle Dewulf	Apotheker, Dienst Wetenschappelijke Projecten, APB
Liesbeth Huys	Ziekenhuisapotheker, UZ Gent
Florence Clément	Ergotherapeut, CHU Namur, UCLouvain
Jessica Pynnaert	Ergotherapeut, CHU Namur, UCLouvain
Julie Luyssen	Huisarts, Binkom
Line Arnould	Huisarts, Luik
Lotte Smets	Kinesitherapeut en osteopaat, Wilrijk
Sara Martin-Scherrens	Podoloog, Braine-L'Alleud

11.3. Participatie van patiënten en ervaringsdeskundigen

Het proces van patiëntenparticipatie werd gecoördineerd door:

Martine Goossens	Coördinator cel patiëntenparticipatie, lid van de expertisecel van WOREL
Emmanuel Simons	Medewerker cel patiëntenparticipatie, lid van de expertisecel van WOREL
Magali Van Cauwenbergh	Medewerker cel patiëntenparticipatie, lid van de expertisecel van WOREL

Er waren bij de totstandkoming van deze richtlijn 4 ervaringsdeskundigen (2 Nederlandstaligen en 2 Franstaligen) betrokken. Zij gaven feedback op enkele sleutelmomenten in het ontwikkelingsproces, nl. bij de bepaling van de klinische vragen en uitkomsten, op de stellingen voorgelegd in de Delphi-consensusprocedure, op de preliminaire aanbevelingen en op de richtlijntekst tijdens de externe toetsing. Omwille van privacyredenen, worden hun namen niet vermeld.

11.4. Methodologie

11.4.1. KLINISCHE VRAGEN

De klinische vragen kwamen tot stand in overleg met de stakeholders en auteurs en werden goedgekeurd door WOREL.

11.4.2. ONTWIKKELINGSPROCES

Deze richtlijn werd ontwikkeld in opdracht van de Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) en in overeenstemming met de leidraad richtlijnontwikkeling opgesteld door WOREL ²⁰².

Er werd een de novo-procedure gevolgd.

De onderbouwing van de aanbevelingen met een GRADE is het resultaat van een systematisch literatuuronderzoek (zoektocht, selectie en kritische beoordeling). De GPP's kwamen tot stand via een formele consensusprocedure (Gemodificeerde Delphi).

Alle informatie m.b.t. de geselecteerde studies, hun beschrijving en kwaliteitsbeoordeling zijn terug te vinden in de 'Summary of Findings'-tabellen in deze richtlijn. Hiervoor verwijzen we naar het methodologisch rapport (op vraag verkrijgbaar).

²⁰² Dekker N, Goossens M, et al. Leidraad richtlijnontwikkeling. Antwerpen: WOREL, 2021.

12. Belangenvermenging en financiering

De richtlijnontwikkelingsgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, het RIZIV.

Alle auteurs, experts en stakeholders verklaarden hun belangen. Deze documenten zijn op vraag beschikbaar bij WOREL.

De geraadpleegde auteurs, experts en stakeholders hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen.

Mogelijke belangenconflicten werden besproken in de richtlijnontwikkelingsgroep en gaven geen aanleiding tot inhoudelijke conflicten.

Geen enkele auteur, expert of stakeholder meldde een belangenvermenging, tenzij intellectuele belangenvermenging in het onderzoekdomein. Deze had geen invloed op de inhoud van deze richtlijn.

13. Herziening

Voor deze richtlijn werd de literatuur onderzocht tot en met maart 2024. *Meer details zijn terug te vinden in het methodologisch rapport (beschikbaar op vraag).*

De literatuur m.b.t. het onderwerp van deze richtlijn wordt jaarlijks gemonitord. Indien uit deze surveillance blijkt dat de richtlijn of delen ervan verouderd zijn, komt de richtlijn in aanmerking komen voor een herziening.

Voor de herziening wordt gezocht naar recente literatuur, vanaf laatste literatuurzoektocht voor deze richtlijn, deze kritisch onder de loep genomen en nagegaan in welke mate ze de aanbevelingen van de richtlijn bevestigen of wijzigen.

Voor de herziening wordt dezelfde zoekstrategie gebruikt als bij de totstandkoming van deze richtlijn (*zie methodologisch rapport, beschikbaar op vraag*). De herziening gebeurt op basis van een systematische literatuurzoektocht (systematische reviews en meta-analyses en zo nodig aanvullende RCT's en observationeel onderzoek) voor alle aanbevelingen. Zo nodig worden de aanbevelingen per klinische vraag aangepast.

14. Bijlagen

Methodologisch rapport (*beschikbaar op vraag bij WOREL*)