



Verantwoording

KNGF-richtlijn Zelfmanagement

Onder redactie van:

Dr. E.N. Mutubuki; M.C.M. van Doormaal, MSc; D. Conijn, MSc; S. Toonders, MSc;
Prof. dr. R.W.J.G. Ostelo

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via kngf.nl/kennisplatform



KNGF-richtlijn 'Zelfmanagement' is een uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Citeer deze richtlijn als volgt: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). KNGF-richtlijn Zelfmanagement. Amersfoort/Utrecht: KNGF/VvOCM; 2022.

Inhoudsopgave

A Algemene informatie

Noot A.1	Inleiding	4
Noot A.2	Achtergrond van zelfmanagement	5
Noot A.3	Organisatie van zorg	6

B Diagnostisch proces

Noot B.1	Bevorderende en belemmerende factoren	7
----------	---------------------------------------	---

C Therapeutisch proces

Noot C.1	Ondersteuning van het zelfmanagement	9
----------	--------------------------------------	---

Noot A.1 Inleiding

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is gewerkt conform de KNGF-richtlijnenmethodiek 2019 (KNGF 2019).

Tijdens de voorbereidingsfase heeft een invitational conference plaatsgevonden met diverse stakeholders en een focusgroep met fysiotherapeuten en oefentherapeuten, waarin de knelpunten ten aanzien van zelfmanagementondersteuning zijn geïnventariseerd. Ook zijn een werkgroep en een klankbordgroep samengesteld met een vertegenwoordiging van de relevante partijen.

De knelpunten zijn voorgelegd aan de leden van de werkgroep en de klankbordgroep tijdens de eerste werkgroep- respectievelijk klankbordgroepbijeenkomst. Deze knelpunten zijn vervolgens geprioriteerd en omgezet naar de uitgangsvragen zoals beschreven in deze richtlijn.

Tijdens de ontwikkelfase hebben twee werkgroepbijeenkomsten plaatsgevonden om de overwegingen te bespreken en de aanbevelingen te formuleren. Daarnaast heeft de klankbordgroep feedback gegeven op de conceptmodules. In de commentaarfase is de conceptrichtlijn, waarin alle modules zijn samengevoegd, ter commentaar verzonden naar fysio- en oefentherapeuten uit het werkveld en alle partijen die aan de ontwikkeling van de richtlijn bijgedragen hebben of voorafgaand aan het traject aangegeven hebben betrokken te willen worden in de commentaarfase. De commentaren zijn vervolgens besproken door de werk- en klankbordgroep en waar mogelijk verwerkt. Na vaststelling door de werkgroep is de richtlijn ter autorisatie voorgelegd aan alle betrokken partijen.

Na publicatie van de richtlijn worden diverse implementatieproducten opgeleverd, waaronder:

- patiënteninformatie;
- scholing;
- e-learning module;
- artikelen in tijdschriften.

Implementatieactiviteiten richten zich in het bijzonder op de volgende drie kernonderwerpen:

- 1. bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement;
- 2. de inzet van het 5A-model;
- 3. de inzet van specifieke strategieën ter ondersteuning van het zelfmanagement, namelijk:
 - 'Motivational interviewing' (MI)
 - 'Problem Solving Therapy' (PST)
 - 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT)
 - 'Solution-Focussed Brief Therapy' (SFBT)

Patiëntenperspectief

Zowel in de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase als de commentaarfase is het patiëntenperspectief geborgd. Patiëntenfederatie Nederland heeft in de voorbereidingsfase input gegeven voor de knelpunten, tijdens de ontwikkelfase de overwegingen vanuit patiëntenperspectief verwoord en in de commentaarfase de conceptrichtlijn becommentarieerd. Daarnaast is Pharos bij het traject betrokken geweest om specifiek het perspectief van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te borgen.

Referenties

- AQUA-Leidraad. Versie 1 januari 2021 (2021). Beschikbaar via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>.
- GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 2. Amersfoort: KNGF; 2019.
- Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010 Dec 14;182(18):E839-42.
- VUMC/Ecorys. Een kwaliteitsstandaard fysio en oefentherapie: a roadmap voor een gestroomlijnde aanpak. Amsterdam: VUMC/Ecorys; 2018.
- Zorginstituut Nederland. Systeemadvies fysio- en oefentherapie. Een nieuwe balans tussen de toegang tot en de betaalbaarheid van goede zorg. Diemen: ZIN; 2016. Beschikbaar via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/12/20/systeemadvies-fysiotherapie-en-oefentherapie>. Geraadpleegd op 8 september 2021.

Noot A.2 Achtergrond van zelfmanagement

In overleg met de werkgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren voor deze uitgangsvraag, maar de informatie op niet-systematische wijze te vergaren. De tekst, waaronder ook de definitie van zelfmanagement, is opgesteld op basis van de hierna genoemde bronnen.

Referenties

- Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (Red.). Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: next steps toward a new health care system. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: a focus on communities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002 Oct-Nov;48(2):177-87.
- Centraal Begeleidings Orgaan (CBO). Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Kwaliteitsinstituut. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van een eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Den Haag: Ministerie van VWS; 2014. Beschikbaar via <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf>.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
- Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*. 2014 Aug;104(8):e25-31.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 2000 Feb 26;320(7234):526-7.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2021. Beschikbaar via https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf.
- Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ). Eindrapportage zelfmanagement en kanker anno 2010. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) / Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht: NPCF-CBO; 2010. Beschikbaar via <http://docplayer.nl/13817436-Eindrapportage-zelfmanagement-en-kanker-anno-2010-december-2010-landelijk-actieprogramma-zelfmanagement-laz.html>. Geraadpleegd op 8 september 2021.

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Dossier persoonsgerichte zorg. Utrecht: NHG; 2020. Beschikbaar via <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-persoonsgerichte-zorg-0>. Geraadpleegd op 8 september 2021.
- Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A. Supporting self-management. In: Nolte E, McKee M, redactie. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Berkshire: Open University Press; 2008. Pag. 116–142.
- Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, van Os-Medendorp H, Kort H, de Wit N, Trappenburg J. Self-management: one size does not fit all. Patient Educ Couns. 2013;92:134–7.
- van Staa A. Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Beroepsprofiel oefentherapeut (2019). Utrecht: VvOCM; 2019. Beschikbaar via <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810>.
- World Health Organisation (WHO). Health education in self-care: possibilities and limitations. Report of a scientific. Genève: WHO; 1983. Beschikbaar via <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70092>. Geraadpleegd op 8 september 2021.

Noot A.3 Organisatie van zorg

In overleg met de werkgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren voor deze uitgangsvraag, maar de informatie op niet-systematische wijze te vergaren. De tekst is opgesteld op basis van de hierna genoemde bronnen.

Referenties

- Dwarswaard J, van Hooft SM. Zelfmanagementondersteuning in de opleiding van verpleegkundigen. Ruimte voor regie. Rotterdam: Kenniscentrum zorginnovatie Hogeschool Rotterdam; 2013.
- Heijmans M, Zwikker H, van der Heide I, Rademakers J. Nivel Kennisvraag 2016: Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Nivel; 2016.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2021. Beschikbaar via https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf.
- Meppelink CS, Smit EG, Buurman BM, van Weert JC. Should we be afraid of simple messages? The effects of text difficulty and illustrations in people with low or high health literacy. Health Commun. 2015 Dec 2;30(12):1181–9.
- Murugesu L, Heijmans M, Fransen M, Rademakers J. Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools. Nivel, Amsterdam UMC, 2018. Beschikbaar via <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/beter-omgaan-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-curatieve-zorg-kennis-methoden-en>. Geraadpleegd 8 september 2021.
- Nederlandse Diabetes Federatie. Competentieprofiel Zelfmanagementeducatie bij diabetes. Amersfoort: Nederlands Diabetes Federatie (NDF); 2014. Beschikbaar via <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2014/08/2014-08-04-NDF-Competentieprofiel-Zelfmanagement-educatie-DEFINITIEF.pdf>.

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck VvOCM. Beroepsprofiel oefentherapeut (2019). Utrecht: VvOCM; 2019. Beschikbaar via <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810>.
 Vilans. Competenties voor zelfmanagement ondersteuning. Utrecht: Vilans; 2021. Beschikbaar via <http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html>. Geraadpleegd op 4 juni 2021.

Noot B.1 Bevorderende en belemmerende

Literatuur

Zoeken en selecteren

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is op 22 december 2020 een systematische zoekactie uitgevoerd in PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL en Cochrane naar bevorderende en belemmerende factoren voor zelfmanagement met betrekking tot het bewegend functioneren. Zie bijlage B.1-1 voor de zoekverantwoording van deze uitgangsvraag.¹ Op basis van de selectiecriteria is gezocht naar systematische reviews, die werden geïnccludeerd als ze aan de inclusiecriteria voldeden. De selectiecriteria zijn opgenomen in de volgende tabel.

Selectiecriteria

Type studies	Systematische reviews naar alle typen studies, gepubliceerd in het Engels of het Nederlands tot 22 december 2020
Type patiënten	Mensen met beperkingen in het bewegend functioneren
Type interventie	Niet van toepassing
Type vergelijking	Niet van toepassing
Type uitkomst	Bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement met betrekking tot het bewegend functioneren

De zoekactie leverde 538 hits op. Van deze hits zijn 501 artikelen geëxcludeerd op basis van titel en abstract. Van de overige 37 artikelen is de volledige tekst beoordeeld. Uiteindelijk zijn zes systematische reviews geïnccludeerd die voldeden aan de inclusiecriteria (Abaraogu 2018; Christensen 2016; Coll 2017; Devan 2018; Essery 2017; Lavallée 2019). Zie bijlage B.1-2 voor het stroomdiagram van de literatuurselectie.

Beschrijving, studiekwaliteit van de geïnccludeerde studies

De zes geïnccludeerde systematische reviews zijn samengevat in bijlage B.1-3. In de geselecteerde systematische reviews zijn zowel kwantitatieve, kwalitatieve als mixed-methodstudies geïnccludeerd. De studiepopulaties waren zeer heterogeen en bevatten onder andere patiënten met musculoskeletale, neurologische en oncologische aandoeningen.

De resultaten van de zes geïnccludeerde systematische reviews zijn descriptief verwerkt aan de hand van een narratieve synthese. De bewijskracht met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren is uit systematische reviews overgenomen, als deze in de review beoordeeld was (bijlage B.1-4).

¹ De bijlage bij de Verantwoording is online beschikbaar.

In de richtlijn zijn de bevorderende en belemmerende factoren opgenomen die uit de literatuur naar voren kwamen (bijlage B.1–5).

Vaststellen van de belangrijkste factoren

De bevorderende en belemmerende factoren die in het literatuuronderzoek werden geïdentificeerd, zijn geclusterd in zeven overkoepelende factoren:

- perceptie van de ziekte, aandoening of het letsel;
- percepties over de therapie / de oefening / het zelfmanagement;
- motivatie;
- gedragingen die zijn gerelateerd aan fysieke activiteit;
- sociale ondersteuning en begeleiding;
- omgevingsfactoren;
- factoren die specifiek zijn voor een ziekte of aandoening.

Overwegingen

Deze overkoepelende factoren zijn ter beoordeling voorgelegd aan de leden van de werkgroep met het verzoek te beoordelen welke factoren volgens hen op basis van de literatuur, klinische expertise en patiëntvoorkeuren van belang zijn bij de behandeling van patiënten met problemen ten aanzien van het bewegend functioneren. Tevens is hen gevraagd of er belangrijke factoren in het overzicht ontbraken. Ten slotte hebben de werkgroepleden ook de voorgestelde clustering van de factoren beoordeeld.

De werkgroep concludeerde dat de overkoepelende factoren 'coping' en 'gezondheidsvaardigheden' ontbraken aan het overzicht dat was opgesteld op basis van de literatuur.

Uiteindelijk zijn de volgende bevorderende en belemmerende factoren geformuleerd die geïnventariseerd kunnen worden tijdens de anamnese en/of in het vervolg van de behandeling:

- perceptie van ziekte, aandoening of het letsel;
- percepties over de therapie;
- motivatie;
- gedrag gerelateerd aan fysieke activiteit;
- sociale ondersteuning en begeleiding;
- omgevingsfactoren;
- factoren specifiek voor een ziekte of aandoening;
- gezondheidsvaardigheden;
- coping.

De belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren zijn opgenomen in bijlage B.1–6.

Het stellen van 'rake vragen' of het gebruik van een meetinstrument kan volgens de werkgroep van toegevoegde waarde zijn, afhankelijk van de individuele patiënt en naar de beoordeling van de therapeut. Behalve de voorbeeldvragen die als suggestie zijn gegeven in noot B, kunnen ook andere vragen van toegevoegde waarde zijn. De werkgroep stelt dat 'rake vragen' primair als input dienen voor het gesprek tussen therapeut en patiënt over zelfmanagement. Dit geldt ook voor de meetinstrumenten die worden gesuggereerd.

De werkgroep stelt dat zelfmanagementondersteuning in het algemeen bij iedere patiënt kan worden overwogen.

Er wordt een specifieke strategie gekozen voor het ondersteunen van het zelfmanagement indien er sprake is van een of meerdere dominant belemmerende factoren. De aanbevelingen ten aanzien van algemene zelfmanagementondersteuning en de specifieke strategieën om zelfmanagement te ondersteunen, staan beschreven in C.1 'Ondersteuning van het zelfmanagement'.

Indien de belemmerende factoren dermate dominant zijn dat deze niet binnen het domein van de fysio- of oefentherapeut beïnvloed kunnen worden, of indien de factoren dermate belemmerend zijn dat deze de voortgang van de therapie ernstig belemmeren, is het advies om (terug) te verwijzen naar de huisarts. Mogelijk is er in deze gevallen sprake van een indicatie voor andere typen hulpverlening, zoals ondersteuning door een psycholoog of een maatschappelijk werker.

Referenties

- Abaraogu U, Ezenwankwo E, Dall P, Tew G, Stuart W, Brittenden J, Seenan C. Barriers and enablers to walking in individuals with intermittent claudication: A systematic review to conceptualize a relevant and patient-centered program. *PLoS One*. 2018 Jul 26;13(7):e0201095.
- Christensen ME, Brincks J, Schnieber A, Soerensen D. The intention to exercise and the execution of exercise among persons with multiple sclerosis – a qualitative metasynthesis. *Disabil Rehabil*. 2016;38(11):1023–33.
- Coll CVN, Domingues MR, Gonçalves H, Bertoldi AD. Perceived barriers to leisure-time physical activity during pregnancy: A literature review of quantitative and qualitative evidence. *J Sci Med Sport*. 2017;20(1):17–25.
- Devan H, Hale L, Hempel D, Saip B, Perry MA. What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? *Phys Ther*. 2018;98(5):381–97.
- Essery R, Geraghty AW, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017 Mar 13;39(6):519–34.
- Koninkrijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2021. Beschikbaar via https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf.
- Lavallée JF, Abidin S, Faulkner J, Husted M. Barriers and facilitators to participating in physical activity for adults with breast cancer receiving adjuvant treatment: A qualitative metasynthesis. *Psychooncology*. 2019;28(3):468–76.
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Beroepsprofiel oefentherapeut (2019). Utrecht: VvOCM; 2019. Beschikbaar via <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810>.

Noot C.1 Ondersteuning van het zelfmanagement

Zelfmanagementondersteuning in het algemeen

In overleg met de werkgroep en de klankbordgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren voor deze uitgangsvraag, maar de beroepsprofielen van de fysio- en oefentherapeut (KNGF 2021; VvOCM 2019) als basis te gebruiken en aan te vullen met literatuur die op niet-systematische wijze is vergaard.

Zelfmanagement bij de aanwezigheid van dominant belemmerende factoren

Om te achterhalen welke specifieke strategie geschikt is bij aanwezigheid van dominant belemmerende factoren, is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar vier van de meest gebruikte zelfmanagementstrategieën waarmee een therapeut het zelfmanagement van een patiënt kan ondersteunen. De volgende zelfmanagementstrategieën zijn hierbij geselecteerd:

- 'Motivational Interviewing' (MI)
- 'Problem Solving Therapy' (PST)
- 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT)
- 'Solution-Focussed Brief Therapy' (SFBT)

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling:

Wat is het effect bij mensen met beperkingen in het bewegend functioneren (P) van MI, PST, ACT en SFBT (I) in vergelijking met een controlegroep (C), op het fysiek functioneren (O).

Voor de beantwoording van deze uitgangsvraag is een systematische zoekactie uitgevoerd in PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL, Cochrane, SPORTDiscus, PsycINFO op 31 maart 2021 (zie bijlage C.1-1 voor de zoekverantwoording).

In eerste instantie is gezocht naar systematische reviews en indien deze niet beschikbaar waren naar gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT's). De selectiecriteria voor de zoekactie naar literatuur over het effect van MI, PST, ACT en SFBT staan in de volgende tabel.

Selectiecriteria

Type studies	Systematische reviews naar RCT's en (indien geen systematische reviews aanwezig) RCT's, gepubliceerd in het Engels of het Nederlands tot 31 maart 2021
Type patiënten	Mensen met beperkingen in het bewegend functioneren
Type interventie	• 'Motivational Interviewing' (MI) • 'Problem Solving Therapy' (PST) • 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) • 'Solution-Focussed Brief Therapy' (SFBT)
Type vergelijking	Controlegroep (bijvoorbeeld placebo of wachtlijst)
Type uitkomsten	Fysiek functioneren op korte termijn (< 6 maanden) en lange termijn (> 6 maanden)

In totaal zijn er met de zoekstrategie, na ontdebelling, 51 systematische reviews geïdentificeerd. 40 systematische reviews zijn geëxcludeerd op basis van titel en abstract, waarna 11 systematische reviews nader beoordeeld zijn op basis van de volledige tekst. Uiteindelijk zijn zeven systematische reviews geïncludeerd (Alperstein 2016; Chilton 2012; Jiang 2018; Long 2019; Soderlund 2018; Solaski 2020; Spencer 2016) die voldeden aan de selectiecriteria. Redenen voor exclusie waren: verkeerde uitkomstmaat, verkeerde interventie, geen systematische review en zelfmanagementinterventies bij psychosomatische aandoeningen (angststoornissen). Zie bijlage C.1-2 voor het stroomdiagram van de literatuurselectie. De karakteristieken van de geïncludeerde reviews zijn opgenomen in bijlage C.1-3.

Alle zeven geïncludeerde systematische reviews waren gericht op MI. Daarom werd voor de overige strategieën PST, ACT en SFBT aanvullend gekeken naar RCT's (zie bijlage C.1-1). Deze zoekactie leverde na ontdebelling 76 RCT's op. Op basis van titel en abstract zijn 66 artikelen geëxcludeerd. Van de overige 10 artikelen is de volledige tekst beoordeeld. Uiteindelijk zijn er geen RCT's geïdentificeerd die aan selectiecriteria voldeden. Zie het stroomdiagram in bijlage C.1-4 voor de literatuurselectie van de RCT's.

Motivational Interviewing

Individuele studiekwaliteit

De opzet en uitvoering van de geïncludeerde systematische reviews is beoordeeld met behulp van de AMSTAR (bijlage C.1-5). De AMSTAR-items die met name minder goed scoorden waren: risico op publicatiebias, het ontbreken van een adequate methode om de 'risk of bias' (RoB) van de geïncludeerde studies te beoordelen en het niet onafhankelijk door twee reviewers uitvoeren van de studieselectie en data-extractie. In vijf van de zeven systematische reviews is de RoB beoordeeld met behulp van de volgende instrumenten: de 'Risk-of-Bias Tool' van de Cochrane Collaboration (Jiang 2018; Long 2019), de 'Quality Rating Scale' (Alperstein 2016), de 'Downs en Black checklist' (Chilton 2012) en een 'Mixed Methods Appraisal Tool' (Solaski 2019). In twee systematische reviews werd de RoB niet beoordeeld (Soderlund 2018; Spencer 2016). Bij de beoordeling van de RoB van individuele studies waren de beperkingen vooral het gevolg van gedeeltelijke rapportage van uitkomsten, selectiebias en dat blinding niet mogelijk was.

Uitkomsten literatuuronderzoek

Vanwege de heterogeniteit van de studiepopulaties was pooling van de data niet wenselijk. Er is daarom gekozen voor een kwalitatieve synthese van de resultaten, uitgesplitst naar de effecten van MI op het fysiek functioneren op korte en lange termijn. Zie de volgende tabel voor de beoordeling van de studies volgens GRADE.

GRADE-evidenceprofiel van effecten van MI op fysiek functioneren

RCT's (n)	Kwaliteitsbeoordeling					Samenvatting van resultaten		Kwaliteit (GRADE)
	Studieopzet en uitvoering (RoB)	Inconsistentie	Indirectheid	Imprecisie	Publicatie bias	Participanten	Effectgrootte	
MI in vergelijking met controlegroep op fysiek functioneren (korte termijn)								
13	2 niveaus (5 RCT's met hoge of onbekende RoB en 1 review van zeer lage kwaliteit)	1 niveau (variatie in gevonden effecten)	geen	niet te beoordelen	geen	1679	variatie in gevonden effecten: • 4/13 studies geven significant effect • veelal geen effectgrootte gerapporteerd	zeer laag




MI in vergelijking met controlegroep op fysiek functioneren (lange termijn)

19	2 niveaus (11 RCT's met hoge of onbekende RoB en 2 reviews van zeer lage kwaliteit)	1 niveau (variatie in gevonden effecten)	geen	niet te beoordelen	geen	5448	variatie in gevonden effecten: • 1 meta-analyse geeft geen effect • 8/15 overige studies geven significant effect • veelal geen effectgrootte gerapporteerd	zeer laag
----	--	---	------	--------------------	------	------	--	-----------

MI-MI = principes van MI/MI in combinatie met een andere interventie; RCT = randomized controlled trial; RoB = risk of bias

Korte termijn: fysiek functioneren

Vijf van de zeven geïnccludeerde systematische reviews hadden betrekking op het effect van MI op het fysiek functioneren op de korte termijn (follow-upperiode < 6 maanden). Op basis van de AMSTAR-tool waren vier van de vijf systematische reviews van redelijke kwaliteit (Alperstein 2016; Chilton 2012; Long 2019; Sokalski 2020) en één van zeer lage kwaliteit (Soderlund 2018).

Alperstein (2016) includeerde drie RCT's (lage rugpijn en reumatoïde artritis, $n = 359$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. Alle drie de studies hadden een lage RoB. Geen van de drie studies rapporteerde een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op korte termijn. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd. Chilton (2012) includeerde één RCT (lage rugpijn) die voldeed aan de inclusiecriteria van de reviewvraag. Deze RCT werd echter ook geïnccludeerd in de review van Alperstein en is daarom niet nogmaals meegenomen in de analyse.

Long (2019) includeerde zeven RCT's (COPD, $n = 1075$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. Vijf van deze studies hadden een lage RoB en twee RCT's hadden een hoge RoB. Twee studies (beide lage RoB; $n = 504$) rapporteerden een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op korte termijn, vier studies (twee RCT's met hoge RoB, twee RCT's met lage RoB; $n = 506$) rapporteerden geen significant effect en één studie (lage RoB; $n = 65$) een significant effect ten gunste van de controlegroep. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd.

Soderlund (2018) includeerde twee RCT's (diabetes type 2, $n = 153$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. In deze review werd de RoB van de RCT's niet beoordeeld. Eén studie ($n = 100$) rapporteerde een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op korte termijn en één studie ($n = 53$) rapporteerde geen significant effect. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd.

Solaski (2020) includeerde één RCT (chronisch hartfalen, $n = 92$) die voldeed aan de inclusiecriteria van de review. Deze studie had een hoge RoB en rapporteerde een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op korte termijn. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd.

Conclusie De gevonden effecten van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op korte termijn variëren sterk. In vier van de 13 RCT's (1 RCT met hoge RoB, 2 RCT's met lage RoB, 1 RCT met onbekende RoB; $n = 696$) wordt een positief effect gevonden, in acht RCT's (2 RCT's met hoge RoB, 5 RCT's met lage RoB, 1 RCT met onbekende RoB; $n = 918$) wordt geen effect van MI gevonden en in

één RCT ($n = 65$) werd een negatief effect van MI gevonden. Effectgroottes zijn niet gerapporteerd in de geïnccludeerde reviews. De bewijskracht (volgens de GRADE-methode) is zeer laag, doordat deze met drie niveaus verlaagd is gezien de beperkingen in studieopzet en uitvoering (2 niveaus) en inconsistentie (1 niveau). Het effect van MI op fysiek functioneren op korte termijn is hierdoor onzeker.

Lange termijn: fysiek functioneren

Zes van de zeven geïnccludeerde systematische reviews hadden betrekking op het effect van MI op fysiek functioneren op de lange termijn (follow-upperiode van ten minste 6 maanden). Op basis van de AMSTAR-tool waren vier van de zes systematische reviews van matige kwaliteit (Alperstein 2016; Chilton 2012; Jiang 2018; Long 2019) en twee van zeer lage kwaliteit (Soderlund 2018; Spencer 2016). Alperstein (2016) includeerde vijf RCT's (lage rugpijn en reumatoïde artritis, $n = 779$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. Vier studies hadden een lage RoB en één studie een hoge. Geen van de vijf studies rapporteerde een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn (Hedges $g = 0,124$, 95%-BI = $-0,016$ tot $0,265$).

Chilton (2012) includeerde één RCT (lage rugpijn) die voldeed aan de inclusiecriteria van de reviewvraag. Deze RCT werd echter ook geïnccludeerd in de review van Alperstein en is daarom niet nogmaals meegenomen in de analyse.

Jiang (2018) includeerde één RCT (chronisch hartfalen, $n = 108$) die voldeed aan de inclusiecriteria van de review. Deze studie had een hoge RoB en rapporteerde een significant en klinisch relevant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn (6MWT: MD = $54,5$; 95%-BI = $21,43$ tot $87,57$).

Long (2019) includeerde vier RCT's (COPD, $n = 1296$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. Alle vier de studies hadden een lage RoB. Twee studies ($n = 761$) rapporteerden een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn en twee studies ($n = 535$) rapporteerden geen significant effect. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd.

Soderlund (2018) includeerde zeven RCT's (diabetes type 2, $n = 3176$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. De RoB van deze studies werd niet beoordeeld. Drie studies ($n = 341$) rapporteerden een significant effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn en vier studies ($n = 2835$) rapporteerden geen significant effect. Binnen de review werden geen data over de effectgrootte gerapporteerd.

Spencer (2016) includeerde twee RCT's (kanker, $n = 89$) die voldeden aan de inclusiecriteria van de review. RoB van deze studies werd niet beoordeeld. Beide studies rapporteerden een significant, redelijk effect van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn (data over de effectgrootte niet gerapporteerd).

Conclusie De gevonden effecten van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op lange termijn variëren sterk. Binnen één systematische review wordt middels een meta-analyse op basis van 5 RCT's (1 RCT met hoge RoB, 4 RCT's met lage RoB; $n = 779$) geen effect gevonden, in acht van de 14 overige RCT's (1 RCT met hoge RoB, 2 RCT's met lage RoB, 5 RCT's met onbekende RoB; $n = 1299$) wordt een positief effect van MI gevonden en in de andere zes RCT's (2 RCT's met lage RoB, 4 RCT's met onbekende RoB; $n = 3370$) wordt geen effect van MI gevonden. Effectgroottes zijn veelal niet gerapporteerd in de geïnccludeerde reviews. De bewijskracht is zeer laag, doordat deze met drie niveaus verlaagd is gezien de beperkingen in studieopzet en uitvoering (2 niveaus) en inconsistentie (1 niveau). Het effect van MI op fysiek functioneren op lange termijn is hierdoor onzeker.

Evidence to decision Motivational Interviewing

- Gewenste effecten: De gevonden effecten van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op de korte en lange termijn variëren sterk. Het daadwerkelijke effect van MI op het fysiek functioneren op zowel korte als lange termijn is hierdoor onzeker, ook vanwege beperkingen in studieopzet en uitvoering en omdat de effectgroottes niet consequent gerapporteerd werden in de geïnccludeerde studies.
- Ongewenste effecten: Er zijn geen ongewenste effecten van MI op de korte en lange termijn gerapporteerd in de geïdentificeerde studies. Het is vanwege de aard van de strategie ook niet aannemelijk dat er ongewenste effecten optreden.
- Kwaliteit gewenste effecten: De kwaliteit van het bewijs varieert door de verschillen in de kwaliteit van de geïnccludeerde systematische reviews en de individuele RCT's.
- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten: Aangezien aannemelijk is dat er geen ongewenste effecten zijn, overtreffen de gewenste effecten van de strategie naar alle waarschijnlijkheid de ongewenste effecten.
- Waarde aan gewenste effecten: De effecten van MI op de uitkomstmaat fysiek functioneren op de korte en lange termijn variëren sterk. Van de studies die een positief effect rapporteren op fysiek functioneren, is niet duidelijk of het gerapporteerde effect klinisch relevant is. De waarde vanuit patiëntenperspectief is naar verwachting groot, omdat MI de patiënt de mogelijkheid geeft om zelf actief te werken aan de oplossing van het probleem in het bewegend functioneren.
- Variatie in waarde aan gewenste effecten: De verwachting van de werkgroep is dat de meeste effecten behaald kunnen worden indien motivatie een sterk belemmerende factor is voor het zelfmanagement. MI is mogelijk effectiever wanneer het face to face wordt aangeboden dan wanneer dat voornamelijk telefonisch plaatsvindt (Sokalski 2019).
- Benodigde middelen (kosten): Aan MI zijn geen extra kosten verbonden.
- Variatie in benodigde middelen (kosten): Niet van toepassing.
- Kosteneffectiviteit: Voor de toepassing van MI binnen de fysio- en oefentherapie is de kosteneffectiviteit onzeker, aangezien hier geen studies naar bekend zijn. Op psychologische gebieden blijkt MI echter kosteneffectief (Cowell 2012; Ruger 2008).
- Aanvaardbaarheid: MI is aanvaardbaar indien de strategie wordt toegepast bij de patiënten die hier het meeste baat bij kunnen hebben (zie variatie in waarde aan gewenste effecten) en wanneer het ook mogelijk is om slechts aspecten uit MI toe te passen tijdens de therapie in plaats van alle beschreven elementen. In veel gevallen is ook niet meer nodig.
- Haalbaarheid: MI wordt al veelvuldig toegepast binnen de fysio- en oefentherapie en toepassing van (aspecten van) deze strategie wordt dan ook als haalbaar beschouwd binnen het fysio- en oefentherapeutisch domein.

Conclusie De werkgroep besluit tot een conditionele aanbeveling om (aspecten van) MI toe te passen als motivatie bij patiënten een dominant belemmerende factor is voor het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren van de patiënt. Het evidence-to-decisionformulier van MI is opgenomen in bijlage C.1-6.

Problem Solving Therapy

Voor deze strategie werden geen studies gevonden die voldeden aan de selectiecriteria.

Conclusie Aangezien er geen literatuur is gevonden over het effect van PST, is het effect van de interventie op zowel korte als lange termijn onzeker.

Evidence to decision Problem Solving Therapy (PST)

- Gewenste effecten: Vanwege de afwezigheid van studies is er geen bewijs voor effectiviteit van PST op het fysiek functioneren. De effectiviteit van PST voor depressie en/of angst wordt ondersteund in de eerstelijnsgezondheidszorg en binnen andere zorgdisciplines (Zhang 2018).
- Ongewenste effecten: Geen literatuur gevonden. Het is vanwege de aard van de strategie echter niet aannemelijk dat er ongewenste effecten optreden.
- Kwaliteit gewenste effecten: Geen literatuur gevonden.
- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten: Aangezien de gewenste effecten niet bekend zijn, kan niet geconcludeerd worden dat de gewenste effecten de ongewenste effecten overtreffen. Ongewenste effecten zijn echter niet aannemelijk.
- Waarde aan gewenste effecten: De waarde vanuit patiëntenperspectief is naar verwachting aanwezig, omdat PST de patiënt de mogelijkheid biedt om zelf actief te werken aan de oplossing van het probleem in het bewegend functioneren. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat PST een positief effect heeft op ziekteverzuim (Van der Hout 2003).
- Variatie in waarde aan gewenste effecten: De verwachting van de werkgroep is dat de meeste effecten behaald kunnen worden bij patiënten met gedachten over dat zij zelf weinig invloed hebben op de aanwezige beperkingen (lage 'locus of control'). Terughoudendheid met het toepassen van PST bij patiënten met ernstige problematiek, zoals een klinische depressie of angststoornis, is geboden.
- Benodigde middelen (kosten): Aan PST zijn geen extra kosten verbonden.
- Variatie in benodigde middelen (kosten): Niet van toepassing.
- Kosteneffectiviteit: Er zijn aanwijzingen voor de kosteneffectiviteit van PST ten aanzien van terugkeer naar werk (Van der Hout 2003).
- Aanvaardbaarheid: PST wordt nog niet veel toegepast binnen de fysio- en oefentherapie, maar past wel binnen het sociale domein. Daarnaast is het mogelijk om slechts enkele aspecten uit PST toe te passen tijdens de therapie in plaats van alle beschreven elementen.
- Haalbaarheid: Ondanks dat PST nog niet veel toegepast wordt binnen de fysio- en oefentherapie, wordt het wel haalbaar geacht om (aspecten uit) deze strategie binnen het fysio- en oefentherapeutisch domein toe te passen bij patiënten met een lage 'locus of control'.

Conclusie De werkgroep besluit tot een conditionele aanbeveling om (aspecten van) PST toe te passen indien een lage 'locus of control' bij patiënten een dominant belemmerende factor is voor het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. De werkgroep besluit tot een conditionele aanbeveling tegen de strategie bij patiënten met ernstige psychosomatische problematiek, zoals een klinische depressie of een angststoornis. Het evidence-to-decision-formulier van PST is opgenomen in bijlage C.1-7.

Acceptance and Commitment Therapy

Voor deze strategie werden geen studies gevonden die voldeden aan de selectiecriteria.

Conclusie Door de afwezigheid van literatuur is het effect van ACT op zowel korte als lange termijn onzeker.

Evidence to decision Acceptance and Commitment Therapie (ACT)

- Gewenste effecten: Vanwege de afwezigheid van studies is er geen bewijs voor effectiviteit van ACT op het fysiek functioneren. Wel zijn er aanwijzingen voor bewijs van effectiviteit van ACT vanuit andere zorgdisciplines (Coto-Lesmes 2020).
- Ongewenste effecten: Geen literatuur gevonden. Het is vanwege de aard van de strategie echter niet aannemelijk dat er ongewenste effecten optreden.
- Kwaliteit gewenste effecten: Geen literatuur gevonden.
- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten: Aangezien de gewenste effecten niet bekend zijn, kan niet geconcludeerd worden dat de gewenste effecten de ongewenste effecten overtreffen. Ongewenste effecten zijn echter niet aannemelijk.
- Waarde aan gewenste effecten: De waarde vanuit patiëntenperspectief is naar verwachting aanwezig, omdat ACT de patiënt de mogelijkheid biedt om zelf actief te werken aan de oplossing van het probleem in het bewegend functioneren.
- Variatie in waarde aan gewenste effecten: De verwachting van de werkgroep is dat de meeste effecten behaald kunnen worden bij de lastige/chronische patiëntengroep die problemen ervaart met acceptatie van de aandoening en hieruit voortkomende beperkingen.
- Benodigde middelen (kosten): Aan ACT zijn geen extra kosten verbonden.
- Variatie in benodigde middelen (kosten): Niet van toepassing.
- Kosteneffectiviteit: Voor de toepassing van ACT binnen de fysio- en oefentherapie is kosteneffectiviteit onzeker, aangezien hier geen studies over bekend zijn.
- Aanvaardbaarheid: ACT wordt nog niet veel toegepast binnen de fysio- en oefentherapie, maar past wel binnen het domein. Daarnaast is het ook mogelijk om slechts aspecten uit ACT toe te passen tijdens de therapie in plaats van alle beschreven elementen.
- Haalbaarheid: Ondanks dat ACT nog niet veel toegepast wordt binnen de fysio- en oefentherapie, wordt het wel haalbaar geacht om (aspecten uit) deze strategie toe te passen binnen het fysio- en oefentherapeutisch domein bij patiënten die problemen ervaren met acceptatie van de aandoening en hieruit voortkomende beperkingen.

Conclusie De werkgroep besluit tot een conditionele aanbeveling om (aspecten van) ACT toe te passen bij patiënten met chronische aandoeningen indien het niet accepteren van het gezondheidsprobleem voor de patiënten een dominant belemmerende factor is bij het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. Het evidence-to-decisionformulier van ACT is opgenomen in bijlage C.1-8.

Solution-Focussed Brief Therapy

Voor deze strategie werden geen studies gevonden die voldeden aan de selectiecriteria.

Conclusie Door de afwezigheid van literatuur is het effect van SFBT op zowel korte als lange termijn onzeker.

Evidence to decision Solution-Focussed Brief Therapy (SFBT)

- Gewenste effecten: Vanwege de afwezigheid van studies is er geen bewijs voor effectiviteit van SFBT op het fysiek functioneren. Er zijn echter wel aanwijzingen voor het bewijs van effectiviteit van SFBT binnen andere zorgdisciplines (Gingerich 2013).





- Ongewenste effecten: Geen literatuur gevonden. Het is vanwege de aard van de strategie echter niet aannemelijk dat er ongewenste effecten optreden.
- Kwaliteit gewenste effecten: Geen literatuur gevonden.
- Balans tussen gewenste en ongewenste effecten: Aangezien de gewenste effecten niet bekend zijn, kan niet geconcludeerd worden dat de gewenste effecten de ongewenste effecten overtreffen. Ongewenste effecten zijn echter niet aannemelijk.
- Waarde aan gewenste effecten: De waarde vanuit patiëntenperspectief is naar verwachting aanwezig, omdat SFBT de patiënt de mogelijkheid biedt om zelf actief te werken aan de oplossing van het probleem in het bewegend functioneren.
- Variatie in waarde aan gewenste effecten: SFBT is in potentie van toegevoegde waarde voor alle patiënten indien belemmerende factoren voor het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren een rol spelen. De variatie is hierdoor klein.
- Benodigde middelen (kosten): Aan SFBT zijn geen extra kosten verbonden.
- Variatie in benodigde middelen (kosten): Niet van toepassing.
- Kosteneffectiviteit: Voor de toepassing van SFBT binnen de fysio- en oefentherapie is kosten-effectiviteit onzeker, aangezien hier geen studies over bekend zijn.
- Aanvaardbaarheid: SFBT is zeer makkelijk en snel toe te passen tijdens of na de behandeling van patiënten met problemen in het bewegend functioneren indien belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement een rol spelen. Daarnaast is het ook mogelijk om slechts aspecten uit SFBT toe te passen tijdens de therapie in plaats van alle beschreven elementen.
- Haalbaarheid: SFBT wordt nog niet veel toegepast binnen fysio- en oefentherapie, maar past wel binnen het domein bewegend functioneren. De methodiek is daarnaast toepasbaar bij alle patiënten. Het wordt hierdoor haalbaar geacht om (aspecten uit) deze strategie toe te passen binnen het fysio- en oefentherapeutisch domein.

Conclusie De werkgroep besluit tot een conditionele aanbeveling om (aspecten van) de SFBT toe te passen indien dominant belemmerende factoren een rol spelen bij het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. Het evidence-to-decisionformulier van SFBT is opgenomen in bijlage C.1–9.

Referenties

- Alperstein D, Sharpe L. The efficacy of motivational interviewing in adults with chronic pain: a meta-analysis and systematic review. *J Pain*. 2016 Apr;17(4):393–403.
- Bakker JM, Bannink FP. Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk [Solution focused brief therapy in psychiatric practice]. *Tijdschr Psychiatr*. 2008;50(1):55–9.
- Bandura A, Cervone D. Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *J Person Soc Psychol*. 1983; 45: 1017–28.
- Bartelink C. Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie? Utrecht: NJi; 2013. Beschikbaar via <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Oplossingsgerichte-therapie-wat-werkt.pdf>.
- Beaudreau SA, Gould CE, Sakai E, Huh JWT. Problem-solving therapy. In: Pachana NA, redactie. *Encyclopedia of geropsychology*. Singapore: Springer; 2017.
- Bell AC, D’Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009 Jun;29(4):348–53.
- Bodenheimer T, Hadley MA. Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Educ Couns*. 2009; 76(2):174–80.

- Centraal Begeleidings Orgaan. Coördinatieplatform Zorgstandaarden en het Kwaliteitsinstituut. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van een eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Den Haag: Ministerie van VWS; 2014. Beschikbaar via <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf>.
- Chilton R, Pires-Yfantouda R, Wylie M. A systematic review of motivational interviewing within musculoskeletal health. *Psychol Health Med*. 2012;17(4):392-407.
- Coto-Lesmes R, Fernández-Rodríguez C, González-Fernández S. Acceptance and commitment therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *J Affect Disord*. 2020 Feb 15;263:107-120.
- Cowell AJ, Brown JM, Mills MJ, Bender RH, Wedehase BJ. Cost-effectiveness analysis of motivational interviewing with feedback to reduce drinking among a sample of college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Mar;73(2):226-37.
- DiabeteszorgBeter. Voorlichtingsmethodieken motivational interviewing. 2007. Beschikbaar via <https://www.nvkvv.be/file?file=492214>. Geraadpleegd op 11 mei 2021.
- Eskin M. Problem solving therapy in the clinical practice. Elsevier: New York; 2012.
- Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav*. 2003;30(2):170-95.
- Geilen MJ, van Wilgen CP, Köke A, Engers AJ. Graded activity: een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2006.
- Gingerich WJ, Peterson LT. Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Res Soc Work Pract*. 2013;23(3):266-83.
- Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003 Nov;29(11):563-74.
- Hodges NJ, Franks IM. Modelling coaching practice: the role of instruction and demonstration. *J Sports Sci*. 2002;20(10):793-811.
- Hutting N, Johnston V, Staal JB, Heerkens YF. Promoting the use of self-management strategies for people with persistent musculoskeletal disorders: the role of physical therapists. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2019;49(4):212-5.
- Jiang Y, Shorey S, Seah B, Chan WX, Tam WWS, Wang W. The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure-A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2018 Feb;78:16-25.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2021. Beschikbaar via https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf_beroepsprofiel-fysiotherapeut_2021.pdf.
- Lenzen SA, Daniëls R, van Bokhoven M A, van der Weijden T, Beurskens A. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS One*. 2017;12(11):e0188822.
- Long H, Howells K, Peters S, Blakemore A. Does health coaching improve health-related quality of life and reduce hospital admissions in people with chronic obstructive pulmonary disease? A systematic review and meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2019 Sep;24(3):515-46.
- Lorig K. Action planning: a call to action. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(3):324-5.
- Main CJ, George SZ. Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *Phys Ther*. 2011 May;91(5):820-4.
- McGowan PT. Self-management education and support in chronic disease management. *Prim Care*. 2012;39:307-25.

- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
- Prestwich A, Conner M, Hurling R, Ayres K, Morris B. An experimental test of control theory-based interventions for physical activity. *Br J Health Psychol*. 2016 Nov;21(4):812-26.
- Quick EK, Gizzo DP. The 'doing what works' group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *J Fam Psychother*. 2007 Sep 21;18(3):65-84.
- Ruger JP, Weinstein MC, Hammond SK, Kearney MH, Emmons KM. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Value Health*. 2008 Mar-Apr;11(2):191-8.
- Schreurs KMG, Veehof MM. Acceptance and commitment therapy bij chronische pijn. In: van Wilgen CP, Calders P, Geraets JJXR, Nijs J, Veenhof C, van Wegen EEH, redactie. *Jaarboek fysiotherapie kinesitherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2013. p. 196-207.
- Soderlund PD. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illn*. 2018 Mar;14(1):54-68.
- Sokalski T, Hayden KA, Raffin Bouchal S, Singh P, King-Shier K. motivational interviewing and self-care practices in adult patients with heart failure: a systematic review and narrative synthesis. *J Cardiovasc Nurs*. 2020 Mar/Apr;35(2):107-15.
- Spencer JC, Wheeler SB. A systematic review of motivational interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns*. 2016 Jul;99(7):1099-105.
- Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL. Self-management and social learning theory. In: Holroyd KA, Creer TL, redactie. *Self-management of chronic disease*. New York: Academic Press; 1986. pp. 29-55.
- Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, van Os-Medendorp H, Kort H, de Wit N, Hoes A, Schuurmans MJ. Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts Wet*. 2014 Mar 1;57(3):120-4.
- Treasure J. Motivational interviewing. *Adv Psychiatr Treat*. 2004 Sep;10(5):331-7.
- van Achterberg T, Huisman-de Waal GG, Ketelaar NA, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HC. How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promot Int*. 2011 Jun;26(2):148-62.
- van den Hout JH, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH, Wijnen JA. Secondary prevention of work-related disability in nonspecific low back pain: does problem-solving therapy help? A randomized clinical trial. *Clin J Pain*. 2003 Mar-Apr;19(2):87-96.
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Beroepsprofiel oefentherapeut (2019). Utrecht: VvOCM; 2019. Beschikbaar via <https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810>.
- Wand T, Acret L, D'Abrew N. Introducing solution-focussed brief therapy to mental health nurses across a local health district in Australia. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 Apr;27(2):774-82.
- Zhang A, Park S, Sullivan JE, Jing S. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Am Board Fam Med*. 2018 Jan-Feb;31(1):139-50.

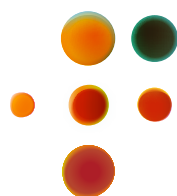
Colofon

© 2022 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten
Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

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

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 18.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.



De fysiotherapeuten van Nederland