



‘Leven met pijn online’

Een kwalitatief onderzoek naar de
inzetbaarheid als zelfhulpinterventie.

Naam: Joris Horstman

Studentnummer: S1360736

Opleiding: Bachelor psychologie

1^e Beoordelaar: Prof.dr. K.M.G. Schreurs

2^e beoordelaar: Dr. H.R. Trompetter

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1 Chronische pijn	1
1.2 Acceptance en commitment therapie	2
1.3 Interventie: Leven met pijn online	5
1.4 E-health en zelfhulp	5
1.5 Onderzoek	6
2. Methode	7
2.1 Het bredere onderzoek	7
2.2 Design	8
2.3 Respondenten	8
2.4 Interviews	9
2.5 Informed Consent	9
2.6 Data-analyse	9
3. Resultaten	10
3.1 Achtergrond en voorkennis	10
3.2 Patiënten	11
3.3 Rol therapeut	12
3.4 Beoordeling	13
3.5 Verschillen tussen therapeuten	16
4. Discussie	17
 <i>Referenties</i>	 21
<i>Bijlage 1: Interviewschema</i>	22
<i>Bijlage 2: Informed consent formulier</i>	26

Abstract

Chronic pain is a common problem. People that suffer from chronic pain also have to deal with the severe negative consequences of chronic pain in their daily lives. Most available therapies for chronic pain focus on preventing pain or pain relief. For people that suffer chronic pain these therapies often don't show results.

'Leven met pijn online' (Living with pain online) is an online self-help program that addresses chronic pain with principles of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT doesn't focus on the pain but uses i.a. mindfulness principles in order to facilitate a patient in leading a valuable life despite the pain. The first trial with this program showed good results.

The first trials with 'Leven met pijn online' included weekly email contact with a psychologist as guidance. The aim of this study is to study the possibilities of using the same program with minimal guidance. In this study six physical therapist were asked to give two patients the 'Leven met pijn online' program and have them follow the program with minimal guidance. Five of these therapists were interviewed about their experience with this program as a self-help method. The interviews were transcribed and analysed using qualitative methods.

The outcomes of this qualitative research show that – with some adjustments in the program – the therapists were positive about 'Leven met pijn online' as a self-help method. The therapists observed progress in pain coping in their patients. They observed that their patients themselves were positive about what the program had done for them as well.

Further (quantitative) research is recommended in order to find out whether or not the program is suitable for self-help purposes. Problems that need to be addressed beforehand are the lengthy texts and the proper kind and sufficient amount of guidance.

Samenvatting

Chronische pijn is een veel voorkomend probleem. Mensen die last hebben van chronische pijnklachten ervaren hier dagelijks de negatieve gevolgen van. De meeste behandelingen voor pijnklachten richten zich op het voorkomen of het verminderen van de pijn. Bij mensen met chronische pijnklachten geven deze therapieën vaak niet het gewenste resultaat.

‘Leven met pijn online’ is een online zelfhulpprogramma dat de chronische pijn aanpakt met principes uit de Acceptance en Commitment Therapie (ACT). ACT focust niet op de pijn, maar gebruikt onder andere mindfulness technieken om een patiënt te ondersteunen en, ondanks de pijn, een waardevol leven te leiden. Het eerste onderzoek naar deze interventie laat positieve resultaten zien.

‘Leven met pijn online’ is oorspronkelijk een interventie waarin de patiënt wekelijks mail contact heeft met een psycholoog. In dit onderzoek wordt de mogelijkheid om dit programma met minimale begeleiding in te zetten bekeken. Zes fysiotherapeuten zijn gevraagd om ieder twee patiënten het programma ‘Leven met pijn online’ voor te leggen en ze te stimuleren om het te volgen. Vijf van deze therapeuten zijn geïnterviewd over hun ervaringen met het programma ‘Leven met pijn online’ als zelfhulpinterventie. De interviews zijn getranscribeerd en kwalitatief geanalyseerd.

De uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek laten zien dat – met enkele aanpassingen aan het programma – de therapeuten positief zijn over ‘Leven met pijn online’ als zelfhulpinterventie. De therapeuten zagen vooruitgang in het omgaan met de pijn bij hun patiënten en de patiënten lieten zich positief uit over het programma.

Verder (kwantitatief) onderzoek is aanbevolen om de mogelijkheid en het gebruik van ‘Leven met pijn online’ als zelfhulpinterventie te bevestigen. Voor vervolgonderzoek verdient het aanbeveling om de lengte van de teksten in de interventie aan te passen en de best passende intensiviteit van begeleiding vast te stellen.

1. Inleiding

Leven met chronische klachten of een chronische ziekte is moeilijk, het kan beperkend zijn in het lichamelijk functioneren, maar ook op psychosociaal gebied kunnen problemen ontstaan ten gevolge van een chronische aandoening. Niet meer kunnen werken kan verlies van inkomsten en sociale contacten betekenen.

De kosten van de zorg worden steeds hoger en vanuit de zorgverzekeringsmaatschappijen en de overheid is er een groeiende vraag naar efficiëntere werkmethoden en behandelingen om de kosten te drukken. De vraag naar zelfhulpmethoden en vroegtijdig ingrijpen in geval van chronische klachten kan duurdere behandeling voorkomen en geld besparen. In dit onderzoek wordt gekeken naar de eventuele geschiktheid van het programma ‘Leven met pijn online’ als zelfhulpmethode voor mensen met chronische pijnklachten.

1.1 Chronische pijn

Volgens de Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-tr ed. (American Psychiatric Association, 2013) is een pijnstoornis een stoornis waarbij een patiënt op een of meerdere plaatsen pijn ervaart die ernstig genoeg is om er medische zorg aan te besteden. Deze pijn moet het dagelijks functioneren beperken en niet geveinsd zijn. Psychische factoren spelen een belangrijke rol bij het verergeren of in standhouden van de pijnklachten. Een pijnstoornis wordt chronisch genoemd als deze pijnklachten meer dan zes maanden aanhouden (American Psychiatric Association, 2013).

18 Procent van alle Nederlanders heeft matig tot ernstige chronische pijnklachten (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). In het overzicht van Breivik et al. (2006) wordt artritis (gewrichtsontsteking) en artrose, een reumatische ziekte waarbij het kraakbeen dunner en zachter wordt, als meest voorkomende oorzaak genoemd. Hernia's en verslechterde tussenwervelschijven zijn de tweede genoemde oorzaak in het onderzoek van Breivik et al. (2006). De locatie waarin de pijn zich bevindt in het geval van chronische pijn is bij het grootste deel van de mensen de rug en de onderrug (Breivik et al., 2006). Langley (2011) komt in zijn artikel tot vergelijkbare cijfers, bij de vijf Europese landen die hij onderzocht heeft gemiddeld één op de vijf personen last van pijnklachten.

De gevolgen van chronische pijn zijn verstrekend en beperken zich niet alleen tot het lichamelijk functioneren van de patiënt. Ook het emotioneel welbevinden kan sterk beïnvloed worden door chronische pijnklachten. Van de 4839 personen uit 15 overwegend Europese

landen landen die bevraagd zijn over hun chronische pijn heeft maar liefst 21 procent de diagnose depressie gekregen ten gevolge van de chronische pijn (Breivik et al, 2006). In de activiteiten in het dagelijks leven zijn mensen met chronische pijn ook beperkt. 56 procent van de respondenten in het onderzoek van Breivik et al. (2006) geven aan dat ze minder goed slapen door hun klachten, 34 procent geeft aan minder vaak naar sociale activiteiten te gaan en 14 procent zelfs dat het onmogelijk is geworden om aan sociale activiteiten deel te nemen. Een kwart van de bevraagde patiënten geeft aan dat de chronische pijn effect heeft gehad op hun arbeidssituatie. Hierbij is gekeken naar de verloren werkdagen door de chronische pijn en het verlies van werk (Breivik et al. 2006). Ook Langley (2011) concludeert in zijn onderzoek dat mensen met pijnklachten lager scoren op schalen die algemeen functioneren meten.

Patiënten die langdurig last hebben van klachten kosten erg veel geld. De directe kosten voor behandeling door behandelaars kost veel geld maar ook de onmogelijkheid van een grote groep mensen om te werken, en dus diens afhankelijkheid van sociale voorzieningen, brengen aanzienlijke kosten met zich mee. De behandeling voor artrose en nek- en rugklachten (twee aandoeningen die chronische pijnklachten kunnen veroorzaken) kostten in 2011 maar liefst 2,4 miljard euro. Dat is in totaal meer dan 2,7 procent van de totale zorgkosten in heel Nederland (RIVM, 2011). Bekkering et al. (2011) benoemen dat het moeilijk is om de kosten voor chronische pijn in te schatten; de bedragen die ze wel noemen zijn echter hoog. Nekklachten kostten in 1996 in totaal 686 miljoen dollar en de kosten voor patiënten met fibromyalgie en chronische rugklachten zijn per jaar respectievelijk 7814 en 8533 dollar (Bekkering et al., 2011).

De laatste decennia zijn veel behandelingen voor chronische pijn (door)ontwikkeld. Farmacologische behandeling of losse interventies zoals chirurgische ingrepen en injecties met anesthetica die de pijn moeten verminderen, behoren tot mogelijke behandelingen. Daarnaast zijn er de therapieën zoals oefen- en fysiotherapie die de pijn kunnen verminderen en de patiënt kunnen helpen activiteiten weer op te kunnen pakken; zo hebben fysieke vormen van therapie een positief effect op arbeidsongeschiktheid (Turk, Wilson & Cahana, 2011). Ook zijn er alternatieve geneeswijzen zoals massages of acupunctuur (Turk et al., 2011). Turk et al. (2011) concluderen in hun paper dat geen van de eerder genoemde therapieën op zichzelf staand een afdoende oplossing zijn voor een groot deel van de mensen met chronische pijn. Als er geen voldoende oplossing is om de chronische pijnklachten zelf aan te pakken, is het zo veel mogelijk reduceren van de gevolgen en het op een zo goed mogelijke manier met de pijn om gaan het hoogst haalbare. Vooral in het omgaan met de chronische pijnklachten kunnen psychologische interventies een rol spelen. Binnen dit onderzoek wordt

de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) gebruikt als behandeling voor chronische pijn.

1.2 Acceptance and Commitment Therapy

Psychologische flexibiliteit is een centraal begrip binnen de Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Psychologische flexibiliteit is de mogelijkheid van een persoon om acties te blijven ondernemen (of aanpassen zodat) die in dienst staan van diens echte waarden (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). ACT richt zich op het accepteren van het leven zoals het is en komt. Ongewenste gebeurtenissen en klachten zijn niet te vermijden maar een mens kan zich hieraan wel aanpassen, en mét deze negatieve aspecten van het leven een waardevol leven leiden. Een leven zonder vervelende gebeurtenissen of sensaties wordt dan niet meer het streven, maar een waardevol leven ondanks deze negatieve aspecten. Binnen ACT wordt gebruik gemaakt van zes processen die deze psychologische flexibiliteit kunnen bevorderen. Deze zes processen bevinden zich als het ware op dimensies, elk proces dat toegepast kan worden om de psychologische flexibiliteit te bevorderen heeft ook een ineffectieve pathologische tegenhanger (Hayes et al., 2006).

Acceptatie vs. Vermijding.

Het openstellen voor ervaringen en ze bewust meemaken in plaats van deze ervaringen proberen te vermijden. Negatieve ervaringen en emoties bewust ervaren in het moment dat deze zich aan dienen, in de wetenschap dat deze niet te vermijden zijn en dus bij het leven horen. Op deze dimensie staat vermijding tegenover de acceptatie, hoe meer acceptatie er is, hoe minder vermijding van negatieve aspecten van het leven mogelijk is.

Cognitieve defusie vs. Cognitieve fusie.

Bij cognitieve defusie draait het om het losmaken van de cognitieve processen van de persoon. De persoon leert zijn eigen cognities over de werkelijkheid los te zien van de “echte” werkelijkheid. In plaats van dat het zien van de gedachten als waarheid, worden de gedachten weer als gedachten en de gevoelens weer als gevoelens beschouwt. Hier tegenover staat cognitieve fusie, het proces waarbij de persoon zijn gedachten over de werkelijkheid als werkelijkheid beschouwd.

Het hier en nu vs. Angst voor de toekomst en dominantie van het geconceptualiseerde verleden.

Het ervaren van de wereld zoals deze zich op dit moment aandient. De innerlijke ervaring van de dingen die op dit moment gebeuren. Hier tegenover staat het blijven hangen in gecreëerde concepten uit het verleden en het angstig zijn voor een eventueel slechte toekomst.

Het reflectieve zelf vs. Vasthouden aan de geconceptualiseerde ik.

De reflectieve zelf ziet zichzelf als een persoon in het hier en nu, dat nu - in zijn eigen perspectief - keuzes kan maken en kan leven. Ook op deze dimensie is het hier en nu weer belangrijk. De tegenhanger hiervan is het vasthouden aan een geconceptualiseerde ik die zich gedragen moet naar de overtuigingen die deze eerder heeft verworven, de opvatting over het zelf wordt dan leidend.

Waarden vs. Gebrek aan waarde.

De vraag wat het leven waardevol maakt staat hier centraal. Dit is een vraag die alleen een persoon zelf kan beantwoorden. Wanneer iemand kijkt welke aspecten van het leven echt belangrijk zijn voor diegene, kan dit motiverend werken om aan de slag te gaan deze waarden te bereiken. Dit gebeurt door toegewijde actie. Aan de andere kant van deze dimensie staat het 'gebrek aan waarde'. Wanneer een persoon niet vanuit zijn eigen waarden leeft maar zijn acties louter baseert op externe factoren heeft iemand een gebrek aan waarde (wat verwachten anderen van een persoon? wat hoort iemand te doen?). Ook het niet goed kennen van deze waarden is een gebrek aan waarden.

Toegewijde actie vs. Passiviteit of impulsiviteit.

Toegewijde actie draait om het aanpassen van gedrag; de flexibiliteit in gedrag brengen die nodig is om te leven naar de gekozen waarden en na te streven doelen die een persoon heeft. Deze gedragingen maken dat iemand meer gaat naar wat diegene van waarde schat, het gedrag in zichzelf is dus waardevol en positief. Passiviteit en impulsiviteit staan aan de andere kant van deze dimensie, geen actie ondernemen of actie die niet in dienst staat van, of tegen waarden indruist zijn schadelijk.

Fig. 1: ACT matrix

Deze zes processen maken het dus mogelijk om een waardevoller leven te leiden door het accepteren van negatieve ervaringen en sensaties. Bij chronische pijnklachten kan ACT worden gebruikt in dienst van het leren omgaan met pijnklachten (McCracken & Vowles, 2014). McCracken & Vowles (2014) zien de voordelen van ACT bij mensen met chronische pijnklachten en constateerden symptoomvermindering en een verbeterd emotioneel functioneren bij mensen met chronische pijnklachten. Ook Veehof, Oskam, Schreurs en Bohlmeijer (2011) concluderen in hun meta-analyse dat ACT werkt; het werkt in ieder geval net zo goed als traditionele cognitieve gedragstherapie. De positieve effecten van ACT zijn dus te vinden bij chronische pijn. Een interventie die gebruik maakt van deze processen is de online interventie ‘Leven met pijn online’.



1.3 Interventie: ‘Leven met pijn online’

‘Leven met pijn online’ is een (op ACT gebaseerde) cursus die online wordt aangeboden en waarin een patiënt zelf, maar onder wekelijkse schriftelijke begeleiding van een psycholoog, aan de slag gaat met lessen van geschreven tekst, oefeningen en mindfulnessoefeningen.

In onderzoek van Trompetter, Bohlmeijer, Veehof en Schreurs (2014) is aangetoond dat de online interventie ‘Leven met pijn online’ een verbetering in de klachten van de deelnemers teweegbracht. Bij de follow-up meting, drie maanden na de interventie, lieten de mensen uit de ACT interventie een verbetering zien in de mate waarin pijn hun activiteiten bepaalde. Ook psychische nood, psychologische flexibiliteit, pijnintensiteit en catastroferen was significant verbeterd bij deze follow-up meting. De personen uit de ACT interventie scoorden hierop gemiddeld beter dan mensen uit een wachtlijstconditie en mensen uit een aandacht/controle conditie. De mensen in de ACT interventie hadden bij de follow-up meting geen verbetering in mate waarin de pijn hun activiteitenpatroon beïnvloedde ten opzichte van de wachtlijstconditie (Trompetter et al., 2014).

De interventie ‘Leven met pijn online’ heeft dus positieve effecten op verschillende aspecten van chronische pijn. In dit onderzoek wordt gekeken of de interventie breder

toegepast kan worden en wellicht geschikt is als zelfhulp-methode voor mensen met (beginnende) chronische pijnklachten.

1.4 E-health en zelfhulp

De cursus ‘Leven met pijn online’ wordt online aangeboden. Het contact met een behandelaar of therapeut gaat per email dus face-to-face contact is niet nodig. In de aangepaste variant van de interventie die in dit onderzoek centraal staat is intensief persoonlijk contact met een therapeut voor de interventie zelfs niet meer nodig.

Keogh, Rosser en Eccleston (2010) benoemen dat de voordelen van e-health, zoals contact op afstand, nog weinig zijn gebruikt voor toepassingen voor mensen met chronische pijnklachten. De belemmeringen die mensen met een chronische ziekte ervaren kunnen grotendeels opgeheven worden door gebruik te maken van online interventies. Zo bestaat de mogelijkheid om digitaal en op afstand te werken aan behandeling. Dit maakt reizen overbodig en dit bespaart voor sommige mensen kostbare energie. Ook Mann, Lefort en Vandenkerkhof (2013) benoemen de voordelen van een online zelfhulpinterventie, het elimineert eventuele mobiliteitsproblemen, maar maakt ook dat mensen in de vertrouwde omgeving van hun eigen omgeving kunnen werken aan hun behandeling. Ook bij ‘Leven met pijn online’ kunnen patiënten in alle rust de interventie doorlopen.

Bij gebruik van online zelfhulpinterventies is het van belang te kijken naar de begeleiding die minimaal geboden moet worden. De meerwaarde van een online interventie is gevonden, maar hoe moet deze eruit zien als het een online zelfhulpprogramma betreft? Cuijpers, Donker, Van Straten, Li en Anderson (2010) concluderen in hun onderzoek naar de effecten van begeleidde zelfhulp bij patiënten met depressie en angststoornissen dat begeleidde zelfhulp na follow-up metingen een even groot effect hebben als face to face behandeling.

Spek et al., (2007) concluderen in hun meta-analyse naar de effectiviteit van internet interventies gebruikt bij patiënten met depressie en angststoornissen dat de aanwezigheid van begeleiding het verschil maakt tussen grote en kleine effecten van interventies. Dat er enige vorm van begeleiding geboden wordt tijdens een online zelf-hulp interventie is dus van belang. Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse en Schreurs (2012) hebben in hun onderzoek naar een begeleidde zelfhulpinterventie die ook gebruik maakt van ACT echter geen verschil gevonden tussen de groep patiënten die uitgebreid begeleid werd en een groep patiënten die minimaal begeleid werd. Het is dus niet altijd noodzakelijk dat er uitgebreide begeleiding plaats vindt.

Naast de praktische voordelen van een online zelfhulpinterventie zijn er nog de financiële voordelen. Een zelfhulpinterventie die minimale begeleiding behoeft kost relatief

weinig en kan wellicht in sommige gevallen een veel duurdere psychologische therapie voorkomen of verkorten. In deze studie is de eventuele mogelijkheid onderzocht om de interventie ‘Leven met pijn online’ op deze manier in te zetten.

1.5 Onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om na te gaan of de online interventie ‘Leven met pijn online’, gebruikt kan worden als een zelfhulpinterventie ingezet in de eerstelijnszorg, in dit geval bij fysio- en oefentherapeuten. Het doel van dit onderzoek is niet om de behandeling te vervangen voor mensen die vast zijn gelopen en psychologische hulp nodig hebben, maar om mensen die nog niet zijn vastgelopen handvatten te bieden. Dit in een poging te voorkomen dat mensen vastlopen en ze te helpen snel weer een vitaal en betekenisvol leven te leiden.

In twee andere onderzoeken zijn de patiënten reeds bevraagd over hun bevindingen. In deze these staan de ervaringen van de fysiotherapeuten en oefentherapeuten centraal. In hoeverre zien zij de voordelen van een interventie die geadviseerd kan worden vanuit de eerstelijns zorg en hoe moet deze er dan uit zien? Zien ze überhaupt een positief effect? Welke rol moeten de therapeuten hierin krijgen?

De centrale vraag in dit onderzoek luidt dan ook: Wat zijn de ervaringen van de behandelend fysio- en oefentherapeuten met de interventie ‘Leven met pijn online’, wanneer deze is toegepast bij patiënten die deze zelfstandig uitvoeren naast de geboden fysio- of oefentherapeutische behandeling?

2.Methode

Dit onderzoek is onderdeel van een breder uitgevoerd onderzoek dat al eerder van start is gegaan. Onderstaande alinea’s beschrijven dit bredere onderzoek, daarna wordt ingegaan op de methode van dit onderzoek.

2.1 Het bredere onderzoek

Zeven fysio- en oefentherapeuten is gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Ze werden gevraagd om ieder twee patiënten te vragen om de interventie ‘Leven met pijn online’ te doorlopen waarvan zij inschatten dat deze in staat zouden zijn om de interventie zelfstandig te doorlopen.

De interventie is oorspronkelijk ontwikkeld als een online interventie waarbij ACT wordt toegepast en waarbij iedere week per email contact is met een psycholoog. De patiënten

in dit onderzoek hebben dezelfde interventie doorlopen maar zonder bovengenoemde begeleiding. Wel kon het per fysiotherapeut verschillen in hoeverre deze er aandacht aan besteedde met de patiënt. Alle therapeuten werden verzocht om patiënten te stimuleren om de cursus af te ronden. Ook werd van ze verwacht een luisterend oor te bieden als patiënt ervoor kozen om hun ervaringen met de cursus te bespreken met hun oefen- of fysiotherapeut. In de oorspronkelijke interventie vulden patiënten de interventie online in. In dit geval hebben de patiënten de antwoorden in een uitgeprint exemplaar van de digitale interventie opgeschreven omdat de functionaliteit van de online interventie gebaseerd is op een begeleide interventie.

Omdat het contact met de psycholoog in deze interventie vervangen is door een zelfstandige versie die voorgeschreven werd door de oefen- en fysiotherapeuten was het wenselijk deze een training aan te bieden over de interventie. De fysio- en oefen-therapeuten hebben een training gekregen die uit twee trainingssessies bestaat. De eerste sessie bevatte uitleg over ACT en de theoretische grondslagen hiervan. In de tweede trainingssessie zijn de ervaringen uitgewisseld nadat de therapeuten zelf twee weken met het programma bezig zijn geweest.

2.2 Design

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is exploratief. Baarda en Bakker (2005) benoemen dat bij exploratief onderzoek kwalitatieve dataverzamelmethodeën passend zijn. Het betreft in dit geval een exploratief onderzoek dat ingezet wordt om systematisch een beeld te schetsen van de ervaringen die de therapeuten hebben. Er is daarom gekozen om de onderzoeksvraag te beantwoorden met behulp van semigestructureerde interviews. Omdat het gaat om het evalueren van een bestaande interventie waarbij de thema's die aan bod moeten komen al bekend zijn is gekozen voor een semigestructureerd design. Een volledig gestructureerd interview of survey zou niet voldoende informatie geven, bij het gebruiken van een volledig open interview is de kans op het missen van verschillende thema's aanwezig. De onderzoeksopzet is voorgelegd aan de facultaire Commissie Ethiek (EC) van de Universiteit Twente; deze heeft het onderzoek goedgekeurd. De interviews zijn face to face afgenomen bij de therapeuten in hun praktijken. Tijdens de interviews is aandacht besteed aan verschillende topics om een zo uitgebreid mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen die de therapeuten hebben met de interventie 'Leven met pijn online' als een hulpmiddel in de eerstelijnszorg.

2.3 Respondenten

De respondenten in het onderzoek komen voort uit het eerder beschreven onderzoeksdesign. In totaal zijn er zeven therapeuten benaderd voor het onderzoek. Vijf hiervan zijn geïnterviewd over de interventie omdat zij de training hebben doorlopen en ten minste één patiënt hebben behandeld die ook de interventie ‘Leven met pijn online’ heeft doorlopen. Eén therapeut is niet geïnterviewd omdat deze geen patiënt heeft behandeld die de interventie heeft doorlopen. Een andere therapeut heeft wel patiënten behandeld die de interventie hebben doorlopen maar er is in de periode waarin het onderzoek liep geen gelegenheid gevonden om deze te interviewen.

2.4 De interviews

De interviews met de therapeuten zijn gedaan aan de hand van het interviewschema dat in bijlage 1 te vinden is. Dit schema is tot stand gekomen door met de hoofdvraag van dit onderzoek en de informatie uit de inleiding topics te bedenken waarover informatie nodig is om de vraag te beantwoorden. De achtergrond van de therapeut, de patiëntkeuze, observaties, eigen mening, mening over het materiaal en de begeleiding van de interventie tijdens de behandeling, zijn de topics die hieruit voortkwamen. Er zijn per topic vragen bedacht die gefinetuned zijn door deze te vergelijken met het interviewschema dat de onderzoekers uit het eerder genoemde onderzoek onder de deelnemers hebben gebruikt. Om er zeker van te zijn dat er geen topics vergeten zijn is het interviewschema naast het onderzoeksdesign van het bredere onderzoek gelegd en is het schema voorgelegd aan de begeleidend docent. Nadat deze procedure is doorlopen is het interviewschema aangepast en vastgesteld in de vorm waarin het in bijlage 1 te vinden is.

Per interview is een afspraak gepland van 60 minuten, de gemiddelde duur van de interviews was 33 minuten.

2.5 Informed consent

Informed consent is geregeld door de therapeuten hun medewerking aan het onderzoek te vragen. Voorafgaand aan de interviews is het informed consent formulier besproken en uitgelegd. Hierbij zijn de therapeuten gewezen op het feit dat ze ieder gewenst moment, zonder nadere toelichting, mogen stoppen met het onderzoek. Ook is ze verteld dat de

gegevens vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt. Informed consent is voorafgaand aan het interview vastgelegd middels het formulier dat in bijlage 2 te vinden is.

2.6 Data-analyseplan

Voor de data-analyse is voor een deel het stappenplan voor data-analyse dat Baarda en Bakker (2005) beschrijven gebruikt. Nadat de interviews zijn afgenomen zijn de interviews getranscribeerd. Alle transcripties zijn doorgewerkt en de uitspraken van alle therapeuten zijn verwerkt in één tekstbestand waar deze gelabeld zijn aan de hand van de bestaande topics uit de interviews. Waar uitspraken van de therapeuten niet pasten binnen de topics uit het interviewschema zijn nieuwe labels toegekend. Door de labels opnieuw toe te kennen en daardoor bottom-up te werken tijdens de data-analyse is een breed beeld ontstaan van de ervaringen die de fysiotherapeuten hebben. De uitspraken van de therapeuten zijn volgens de nieuwe labels in de resultatensectie verwerkt.

In vergelijking met de vooraf opgestelde labels zijn de volgende veranderingen doorgevoerd. De ervaringen van de cliënten tijdens en na de interventie zijn veelal ineens besproken en deze zijn terecht gekomen onder één label. Ook het onderscheid dat het interviewschema maakte tussen de fysieke en de mentale veranderingen bij patiënten is komen te vervallen in de resultatensectie. Wat de begeleiding van de patiënten betreft is meer gezegd dan het interviewschema in de eerste instantie zou bevragen. Deze heeft dan ook een extra label gekregen, er is een deel toegevoegd over hoe de respondenten de begeleiding graag zouden zien. Er is op basis van de toegekende labels een onderscheid gemaakt tussen de vormen therapie.

Uitspraken van dezelfde aard of met een vergelijkbaar waardeoordeel over de interventie zijn gegroepeerd en er is gekeken hoe veel van de vijf respondenten deze uitspraken gedaan heeft.

3. Resultaten

3.1 Achtergrond en voorkennis

Van de vijf geïnterviewde therapeuten zijn er drie vrouw en twee man, drie fysiotherapeuten en twee oefentherapeuten. Alle therapeuten hebben meerdere jaren ervaring binnen hun vakgebied en ze werken allemaal vanuit hun eigen praktijk. De belangrijkste reden voor de therapeuten om mee te doen aan het onderzoek is persoonlijke interesse in het gebruik van een

interventie en de interesse die de therapeuten al hadden in ACT, vier van de therapeuten benoemt dit. Twee van de therapeuten deed ook mee omdat ze het belang inzien van een interventie die psychosociale problemen aanpakt naast de eigen behandeling. Een van de therapeuten zegt hierover:

“Ik merk dat wij binnen de fysiotherapie heel vaak mensen hebben die je als fysiotherapeut niet compleet genoeg kan behandelen en begeleiden met de basiskennis die je hebt als fysiotherapeut.”

Drie van de therapeuten waren nog helemaal niet bekend met ACT, wel herkennen deze therapeuten dat ze in hun behandeling al principes gebruikten die in lijn liggen met ACT. Twee therapeuten waren al bekend met ACT en hoewel ze geen psychosomatisch therapeut zijn gebruiken ze deze vorm van therapie wel bij hun patiënten. Een van deze twee therapeuten zegt:

“Ik werk met onderdelen daarvan wanneer ik dat nodig vindt. Met name als lichamelijke klachten meer een emotioneel gedragen basis hebben dan ga ik graag met mensen die kant op.”

Geen van de therapeuten heeft eerder gebruik gemaakt van digitale interventies of andere vormen van e-health. Wel zien de therapeuten de meerwaarde en praktische voordelen van e-health.

Ook zien de therapeuten de meerwaarde van interventies op psychosociaal gebied, twee therapeuten zien het als een meerwaarde als de stap naar een psycholoog te groot is, vier therapeuten benoemen dat psychosociale interventies ook een meerwaarde kunnen hebben op de directe therapiepraktijk:

“...ik kijk wat voor emotioneel gedragen of psychisch gedragen overtuiging ligt er onder waardoor die behandeling niet aanslaat”.

3.2 Patiënten: Keuze en effectiviteit

De therapeuten hebben de interventie voorgelegd aan tien patiënten. Allemaal hadden deze (beginnende) chronische klachten. In totaal hebben zes patiënten intensief met programma gewerkt. Vier patiënten zijn wel gestart met het programma of hadden de intentie daartoe maar hebben het niet afgerond (Alink, 2015). De therapeuten hebben de patiënten om verschillende redenen ingebracht. Een aantal van de patiënten zijn ingebracht omdat deze duidelijke psychosociale problemen hadden, en deze verband leken te hebben met de pijnklachten. Anderen omdat deze naast de pijnklachten óók psychosociale problemen

hadden, die niet direct gerelateerd waren aan de pijnklachten. In tabel 1 zijn het aantal uitspraken over patiëntkeuze geïnventariseerd.

Tabel 1. Redenen voor patientkeuze

Categorieën	Aantal uitspraken	Quotes
Voor psychosociale klachten	3	“...daar zaten ook nog wel wat andere psychosociale problemen bij...”
Op verzoek van de patiënt	1	“Omdat die graag mee wou doen. En deze persoon wilde er wel tijd in steken
Als aanvulling op de behandeling	4	“Ik kan wel wat therapie doen maar ik kan je enkel niet beter maken in die zin een paar procent. Dus dat paste heel mooi.”

Vier therapeuten geven, aan dat een of beide patiënten wat aan de interventie gehad hebben. De vijfde therapeut heeft hier geen uitspraken over gedaan omdat de fysiotherapeutische behandeling was afgelopen terwijl het programma nog liep (zie ook tabel 2). De therapeuten kwamen deels tot deze uitspraken omdat de patiënten zelf aan hebben gegeven dat ze er wat mee konden, maar ook door observaties die ze deden en doordat ze merkten dat de patiënten andere keuzes maakten. De bewustwording van de waargenomen beperkingen door de pijn lijkt vooral een rol te hebben in de gedragsveranderingen die de therapeuten waarnemen. Positieve uitspraken hierover gaan gepaard met opmerkingen van cliënten over bewustwording van zelf opgelegde beperkingen uit angst voor pijn. Waarop dan als gevolg genoemd wordt dat iemand zijn tijd anders indeelt of planmatiger te werk gaat om meer in lijn met de waarden te kunnen leven, bijvoorbeeld:

“En dat hij dus nu planmatiger omdat hij veel bewuster was geworden van wat er nu essentieel is. Waar wil ik echt zijn? Hij kreeg er meer grip op. Hij kon functioneler dingen gaan indelen.”

Tabel 2. Waargenomen verandering bij patiënten

Categorieën	Aantal patienten	Quotes
Patiënt maakt andere keuzes	3	Over de activiteiten die een patiënt ondernam: "...maar door het programma heeft hij dit eigenlijk het veel beter in beeld kunnen brengen en ook daarna dus veel beter de richting eraan kunnen geven. Zoals hij mij dat vertelde."
Patiënt geeft aan er wat aan te hebben gehad	4	"Die mevrouw gaf aan dat ze het echt wel een meerwaarde heeft gevonden."
Patiënt geeft aan de pijn meer te accepteren	1	"Meer acceptatie, minder vechten tegen pijn."

3.3 Rol van de therapeut

Alle therapeuten geven aan dat de patiënten informatie hebben gedeeld tijdens de behandeling. Eén fysiotherapeut heeft uitgebreide begeleiding geboden bij een patiënt die er alleen niet uit kwam en één oefentherapeut heeft ook begeleiding geboden in de vorm van terugkoppeling waarbij ze samen naar de oefeningen keken en vragen gesteld werden. Dit waren beide therapeuten die ook naast dit programma al veel aandacht besteedden aan de psychosomatische kant van klachten en die dit ook gewend waren. Ze waren beide enthousiast over het programma en de begeleiding die ze hierbij hebben geboden. De andere drie therapeuten hebben alleen de ervaringen bevraagd en het initiatief meer bij de patiënt gelaten.

Als de therapeuten gevraagd wordt hoe ze hun eigen rol zien in het programma dan is dat coachend en op de achtergrond. Geen van de therapeuten ziet de mogelijkheid om dit programma op de markt te brengen met de eis dat van therapeuten gevraagd wordt te begeleiden op inhoud. Hier tegenover staat dat de therapeuten toch vinden dat ze meer kennis moeten hebben van ACT om goed te kunnen begeleiden. Ook als deze meer op de achtergrond staat en er niet te veel energie tijdens de therapeutische behandeling in wordt gestoken vinden de therapeuten het belangrijk om toch eventuele vragen te kunnen beantwoorden. Er wordt wel duidelijk gezegd dat de rol van de therapeuten alleen coachend zou moeten zijn, dus de tijdsinvestering voor de therapeut blijft minimaal. In tabel 3 zijn de bevindingen van de therapeuten weergegeven.

Tabel 3. Beeld eigen rol therapeuten in de begeleiding van de interventie

Categorieën	Aantal uitspraken	Quotes
De therapeut blijft bij de interventie op de achtergrond.	3	Er samen naar kijken is niet de bedoeling. Dan worden het gewoon fysiotherapie behandelingen. Vragen waar ben je, wel.
Meer kennis nodig van ACT als ik het ga gebruiken.	3	“Toch zou ik er graag nog wat meer kennis van willen hebben om de extra vragen, de diepgang ook te kunnen beantwoorden.”
Coachend.	2	“Op het moment dat je iemand wat aanbiedt dat mensen wel ergens met hun vragen naar toe moeten kunnen. Dus dat moet of via het programma gaan... of met de therapeuten, en die moeten er dan meer van af weten”

3.4 Beoordeling interventie

Alle therapeuten hebben het materiaal doorgenomen. Ze zijn allemaal positief over de gebruiksvriendelijkheid en het uiterlijk van de interventie. Ook over de opbouw zijn alle vijf therapeuten positief, zo zegt een van de therapeuten:

“Het zit wel goed in elkaar. Je kan kiezen op sommige plekken, dat is wel fijn.”.

Eén therapeut noemt de diepgang van het programma als een groot pluspunt en een andere therapeut vindt de metaforen erg behulpzaam. Wat het meest genoemd wordt als sterk punt is de toevoeging die de interventie op de therapie kan hebben (drie therapeuten), een uitspraak hierover is:

“Ja. Heel mooi. Daar waar mijn kennis ophoudt sluit het aan. Daar waar ik ook vindt dat wel de therapie door zou moeten gaan bij heel veel mensen.”

Over het niveau van het materiaal zijn de therapeuten het ook eens, het is niet te hoog. Echter, voor sommige doelgroepen kan het volgens hen toch moeilijker zijn. Mensen met een laag sociaaleconomische achtergrond en mensen die de taal niet goed beheersen worden door twee therapeuten genoemd. Drie therapeuten benoemen dat het succes van ‘Leven met pijn online’ niet te maken heeft met IQ maar met de motivatie en de wil om te veranderen. Een van hen noemt dat de bereidheid om wakker te worden. Deze zijn meer van belang voor het succesvol afronden van de interventie dan intelligentie. Die bereidheid en wil om te veranderen vinden drie van de therapeuten terug bij patiënten die al bezig zijn geweest met de behandeling van hun klachten op een manier die aansluit bij de interventie. Bijvoorbeeld bij patiënten die al een traject voor hun chronische pijn hebben gevolgd op een revalidatiecentrum.

Alle fysiotherapeuten zien mogelijkheden om deze interventie individueel te doorlopen, ze benoemen echter ook allemaal de beperkingen hiervan. Een van de meest genoemde bezwaren (door vier therapeuten) is de hoeveelheid tekst, de therapeuten verwachten dat mensen stoppen met het programma omdat ze het leeswerk zat zijn, de motivatie zal ontbreken omdat de interventie niet bij iedereen direct succeservaringen oplevert maar op dit gebied wel veel tijd kost. Een bezwaar dat door drie therapeuten is genoemd is dat de patiënten al voordat het programma de bereidheid om te veranderen moeten hebben.

De cursus is niet voor alle patiënten te gebruiken. Voor sommige mensen is het te diepgaand. Bovendien heeft niet iedereen de wil om naar zichzelf te kijken. Doordat het een zelfhulpinterventie betreft hebben patiënten de mogelijkheid om alleen dat te doen wat ze uitkomt en zo geen kritische blik naar zichzelf te hebben: Ze vermijden de delen die belangrijk, te confronterend of te moeilijk zijn. Alle sterkte en zwakke punten van de interventie zijn in tabel 4 op een rij gezet.

Tabel 4. Sterke punten en zwakke punten 'Leven met pijn online'

Categorieën	Aantal therapeuten	Quotes
Sterk punt: metaforen	1	“Metafoor met touwtrekken, dat is makkelijk en snel om te zetten in de dagelijkse praktijk”
Sterk punt: diepgang	1	“Goed onderbouwd programma met veel afwisseling”
Sterk punt: toevoeging op therapie	3	“Omdat ze dan meer zelf er voor kunnen doen. Dus het is een lacune in mijn therapiebereik en daar is dit en geweldige aanvulling op.”
Zwak punt: te veel tekst	4	“Het is wel essentieel dat mensen begrijpen waarom het op een bepaalde manier werkt. Maar als je het in een keer allemaal doet, ben je me na een alinea wel kwijt.”
Zwak punt: te intensief	1	“Als ik zie wat er aan vragenlijsten ingevuld moet worden. Als je dat serieus wil doen dan kost dat wel heel veel tijd.”
Beperking: niet voor iedereen inzetbaar	2	“De interventie is inzetbaar voor een bepaalde groep en kan maar een bepaalde diepgang bereiken als je het individueel moet doen.” “En dan krijg je ook een beetje dat mensen om de hete brei heen kunnen gaan draaien”.

De beperking die de therapeuten zien in de hoeveelheid tekst kunnen volgens drie van hen opgelost worden door het op te breken in kleinere stukken tekst. Ook de mogelijkheid om bepaalde stukken wel of niet te lezen moet hierin bij kunnen dragen. De oefeningen en principes zelf worden als positief ervaren maar de mogelijkheid om deze in het dagelijks leven toe te blijven passen kan volgens drie van de therapeuten nog meer benadrukt worden. Zo zouden patiënten in hun dagelijks leven door bijvoorbeeld een sms aan de oefeningen herinnerd kunnen worden. Ook de integratie met hun therapieën is een duidelijke wens. De mogelijkheid om in een dergelijke interventie oefeningen vanuit de fysio- of oefentherapiepraktijk toe te voegen wordt gezien als een aanvulling.

Tenslotte bestaat er de behoefte aan een screening voor de geschiktheid van de patiënten. Vier therapeuten geven aan dat de interventie niet geschikt is voor iedereen, er moet dus ingeschat worden voor welke patiënten het programma wel geschikt is. Twee van de therapeuten geven aan dat het prettig zou zijn om een hulpmiddel te hebben om de patiënten die wel geschikt zijn er uit te kunnen filteren. Zie voor de aanvullingen ook tabel 5.

Tabel 5. genoemde aanvullingen voor 'Leven met pijn online'

Categorieën	Aantal	Quotes
Integratie in bestaande software	1	Over de toepasbaarheid van de interventie: "Het liefst geïntegreerd in de software die ik gebruik."
Koppeling met oefen en fysiotherapie	2	"En dan in combinatie met de basale dingen van de fysiotherapie zoals huiswerkoefeningen en dat soort dingen maar ik denk dat dit een geweldige toevoeging zou kunnen zijn"
Mogelijkheden inbouwen/opties	3	"De mogelijkheid om te kunnen kiezen. Dat mensen kunnen zeggen, dat sluit wel bij mij aan, dat vindt ik prettig. En anderen zeggen misschien, dat is te zweverig voor mij, hou het maar gewoon bij de bodyscan."
Integreren in het dagelijks leven	3	"dat integreren in hun dagelijks leven. Dus niet alleen maar ik ga oefeningetjes doen maar ook hoe kan ik dat helemaal aanpakken? Met een betere houding, beter bewegen. Hoe kan ik daar ook goed bij denken, dat ik mijn geest een beetje op de rit heb?"
Kleine stukjes tekst	3	"Je zou het nog meer in kleine stukjes. In brokken aan kunnen bieden"
Screening voor selectie patiënten	2	"Misschien is het voor de therapeut wel handig om een lijst te hebben met alarmsignalen met: nou moeten we dit traject inschakelen. Dan ben je als therapeut ook bezig om dat vroegtijdig te ontdekken."

3.5 Verschillen in therapievorm

Alle therapeuten zien de interventie als een aanvulling op hun praktijk. Er is een verschil in de redenen die de oefen- en fysiotherapeuten noemen. De oefentherapeuten zien ‘Leven met pijn online’ als een aanvulling op hun eigen therapie omdat het in de lijn van hun eigen therapie ligt. Ze zijn met de patiënten bezig om beweging en omgang met klachten in het dagelijks leven te integreren, ze zien deze interventie daarin als een aanvulling van dat proces, zo zegt een van de oefentherapeuten:

“het is natuurlijk een stuk wat met bewegen te maken heeft maar het is die hele balans. Het is hoe zit ik in mijn hoofd, en hoe werkt dat in mijn lichaam? Dat past wel bij de oefentherapie”.

De fysiotherapeuten zijn positief omdat ze de interventie zien als een middel om hiaten in hun therapie op te vullen. Het omgaan met de pijn in het dagelijks leven en sociale situaties wordt aangepakt in de interventie en de therapeuten zien dit als extra. Ze denken ook dat dit een wezenlijk verschil kan maken in hun eigen fysiotherapeutische behandeling, die vaak alleen gericht is op het fysieke. Eén van de fysiotherapeuten deed hierover de volgende uitspraak:

“Ik merkt dat wij binnen de fysiotherapie heel vaak mensen hebben die je als fysiotherapeut niet compleet genoeg kan behandelen en begeleiden met de basiskennis die je hebt als fysiotherapeut. Heel veel mensen hebben pijnklachten die niet volledig grijpbaar zijn door fysiotherapie maar soms eigenlijk nog te licht om te zeggen van: hiervoor moet je naar een psycholoog. Dan is eigenlijk zo iets geweldig als aanvulling aan de behandeling.”

4. Discussie

In dit onderzoek zijn vijf oefen- en fysiotherapeuten geïnterviewd met als doel in kaart te brengen wat hun ervaringen zijn met de interventie ‘Leven met pijn online’ wanneer deze vanuit hun praktijk ingezet wordt als zelfhulpinterventie voor mensen met pijnklachten.

De therapeuten zien de positieve effecten bij de patiënten die ze het programma hebben aangereikt. De ACT principes die de patiënten hebben toegepast hebben volgens de therapeuten een positief effect gehad op het leven van hun patiënten. De ACT processen die Hayes et al. (2006) beschrijven zijn door de patiënten ingezet en de patiënten gaven aan dat ze

anders zijn gaan kijken en handelen; ‘Leven met pijn online’ heeft een positief effect gehad op de psychologische flexibiliteit van de patiënten.

De therapeuten vinden de interventie geschikt om individueel te volgen. De therapeuten zien het belang van aandacht voor de psychosociale kant van pijnklachten. Ze zijn overwegend positief over de inzetbaarheid van de interventie naast hun praktijk en ze zien het als een aanvulling op hun therapie. Ze zien echter ook bezwaren. Om de interventie af te kunnen ronden moeten patiënten al gemotiveerd zijn voor ze aan de interventie beginnen. Een ontwikkeling op gebied van zelfreflectie bij de patiënten is een vereiste voor het succesvol afronden van de interventie. Daarnaast vinden de therapeuten de hoeveelheid tekst in de interventie unaniem te veel. Deze hoeveelheden tekst kunnen demotiverend werken. Deze kunnen korter en in kleinere fragmenten aangeboden worden. Volgens de therapeuten is ‘Leven met pijn online’ niet geschikt is voor alle patiënten, een screeningsvragenlijst zou hierin een oplossing kunnen zijn. Om vermindering van delen van de interventie te voorkomen doordat het te moeilijk of confronterend kan zijn, wordt als aanpassing benoemd dat alle vragen ingevuld moeten worden om verder te kunnen gaan met de rest van het programma.

De begeleiding moet volgens de therapeuten minimaal zijn omdat het een zelfhulpinterventie betreft. Toch vinden de therapeuten het belangrijk om een terugkoppeling te krijgen over de voortgang in de interventie tijdens hun therapieën. Voorwaarde voor deze terugkoppeling is dat de therapeuten zelf voldoende kennis hebben over ACT om vragen te kunnen beantwoorden. Er is een tegenstelling te ontdekken in de ervaring van de therapeuten in de begeleiding van ‘Leven met pijn online’. Enerzijds is er de vraag naar een zelfhulpinterventie en zien de therapeuten hun rol op de achtergrond: een minimale coachende rol. Terwijl aan de andere kant de vraag naar diepgang bestaat om de patiënten zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen. Dat er een vorm begeleiding plaats moet vinden bij een zelfhulpinterventie sluit aan bij de bevindingen van Spek et al. (2011). Misschien dat de bevindingen van Fledderus et al. (2012) echter ook op kunnen gaan; ondersteuning is nodig maar een minimale vorm van ondersteuning kan al voldoende zijn om de positieve gewenste effecten te bereiken. De rol van de therapeut kan dan tot een minimum beperkt kan worden. Wat de begeleiding betreft kan dan aan de wensen van de therapeuten tegemoet gekomen worden zonder dat er een grote belasting op de therapeuten drukt.

Dat de interventie ‘Leven met pijn online’ een positieve bijdrage kan leveren aan het leven van mensen met chronische pijnklachten is al aangetoond in eerder onderzoek (Trompetter et al., 2014). Dit onderzoek laat zien dat het de moeite waard is om te onderzoeken of deze interventie in een minder intensief begeleide vorm ook een positief effect kan hebben op het leven van deze grote groep patiënten. De hoge prevalentie van

chronische pijnklachten binnen Nederland (18 procent), en de grote gevolgen die dit kan hebben voor patiënten (Breivik et al., 2006) benadrukken het belang van goede zelfhulpinterventies. Dat de patiënten in dit onderzoek een positieve ontwikkeling laten zien door ‘Leven met pijn online’ maakt de eventuele implementatie van de interventie in de eerstelijnszorg relevant en de moeite waard.

Het gekozen onderzoeksdesign brengt een aantal beperkingen met zich mee. Doordat binnen het onderzoek slechts vijf therapeuten bevraagd zijn kunnen hieruit geen gegeneraliseerde uitspraken gedaan worden. Ook de uitval van twee therapeuten maakt dat de informatie die het onderzoek geeft enigszins beperkt is. Doordat het onderzoek door één persoon is opgezet en uitgevoerd, is er geen aandacht besteed aan de interbeoordelaarbetrouwbaarheid en kan niet met zekerheid gezegd worden dat een andere onderzoeker tot dezelfde conclusies was gekomen. Om toch betrouwbare uitspraken te kunnen doen is in het onderzoeksdesign rekening gehouden met deze beperkingen. Door het interviewschema op te stellen met behulp van het interviewschema van het onderzoek dat gedaan is onder de patiënten is het te meten construct geborgd. Bovendien komt Alink (2015), in haar onderzoek naar de ervaringen van de patiënten grotendeels tot vergelijkbare conclusies, een bevinding die pleit in het voordeel van de betrouwbaarheid van dit onderzoek.

Het doel van dit onderzoek was exploratief. De scope van het onderzoek richtte zich al op eventueel vervolgonderzoek. De vraag of het de moeite waard kan zijn om de interventie ‘Leven met pijn online’ verder te ontwikkelen is niet volledig te bevestigen; de positieve ervaringen en meningen van de therapeuten zijn echter wel veelbelovend. Het verdient dan ook een aanbeveling om verder onderzoek te doen naar de toepasbaarheid van de interventie ‘Leven met pijn online’ als zelfhulpinterventie vanuit de eerstelijnszorg. Om aan te tonen dat een dergelijke interventie een meerwaarde kan hebben is groter, kwantitatief onderzoek vereist.

Voordat deze mogelijkheid verder wordt onderzocht lijkt het goed om eerst kritisch naar de interventie zelf te kijken. De interventie is rechtstreeks overgenomen van een begeleid programma. De interventie kan, voor er verder onderzoek wordt gedaan, geoptimaliseerd worden voor individueel gebruik volgens de beperkingen en aanbevelingen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen. De verschillen die zijn te ontdekken tussen oefen- en fysiotherapeuten verdienen ook aandacht. Daar waar de oefentherapeuten ‘Leven met pijn online’ als een onderdeel van hun eigen behandeling zien, vinden de fysiotherapeuten de interventie geschikt om parallel aan de praktijk te gebruiken. Deze zien het als een aanvulling, een mogelijk antwoord op de hiaten in het therapiebereik van de fysiotherapeut. Vanuit de fysiotherapeutische praktijk lijkt de inzet als zelfhulpinterventie in de eerste instantie dan ook

meer voor de hand liggen. De inmenging van de therapeut is daar namelijk minimaal, daar waar de oefentherapeut “belang” heeft bij de inhoud van de interventie. Bij implementatie van de interventie kan hier echter rekening mee gehouden worden. De interventie kan aangepast worden op de therapievorm die geboden wordt en afhankelijk daarvan een meer of minder begeleide vorm krijgen.

De positieve effecten van ‘Leven met pijn online’ die reeds aangetoond zijn kunnen wellicht ook gelden voor een groep patiënten met chronische pijnklachten die nog geen intensieve begeleiding behoeft en daarmee heeft dit programma potentieel meerwaarde voor deze groep patiënten.

Referenties

Alink, L (2015). ‘Haal meer uit je leven met pijn als zelfhulp cursus in eerstelijnszorg’. Niet gepubliceerd.

American Psychiatry Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV-tr ed. Washington, DC: APA.

Baarda, B., Bakker, E. (2005) Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bekkering GE, Bala MM, Reid K, Kellen E, Harker J, Riemsma R, Huygen FJ, Kleijnen J. (2011) Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Neth J Med.* 2011;69:141–153.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-287. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., Andersson, G (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders ? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine* 40, 1943–1957

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(03), 485-495.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Keogh, E., Rosser, B.A., Eccleston, C. (2010) e-Health and chronic pain management: Current status and developments. *Pain*, 151 (1), 18-21. doi: 10.1016/j.pain.2010.07.014

Langley PC. (2011) The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin* 2011;27:463-80.

Mann, E.G., Lefort, S., Vandenkerkhof, E.G. (2013) Self-management interventions for chronic pain. *Pain Management*, 3(3), 211-222. doi: 10.2217/pmt.13.9

McCracken, L.M., Vowles, E. (2014) Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American psychologist*, 69(2), 178-187. doi: 10.1037/a0035623

Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, Riper H, Keyzer J, Pop V (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for mood and anxiety disorders : a meta-analysis. *Psychological Medicine* 37, 319–328.

Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M., Schreurs, K.M.G. (2014) Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66-80. doi: 10.1007/s1086501495790

Turk, D.C., Wilson, H.D. & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377, 2226-2235. DOI: doi:10.1016/S0140-6736(11)60402-9

Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 153(3). DOI: 10.1016/j.pain.2010.11.002

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014.

Interviewschema onderzoek ‘Leven met pijn online’.

Ervaringen van behandelaars

Informed consent: Informeer de geïnterviewde over de aard van het interview, vertel hierbij dat de resultaten uitsluiten anoniem verwerkt worden, en deze vertrouwelijk behandeld zullen worden. Wijs de geïnterviewde erop dat opgenomen audio uitsluitend gebruikt zal worden ter anonieme verwerking van de data ten behoeve van het onderzoek. Vertel de geïnterviewde tot slot dat deze op elk gewenst moment mag stoppen met het onderzoek. Beantwoordt (indien deze er zijn) nog vragen alvorens het interview te beginnen.

Laat de geïnterviewde het informed consent formulier lezen en ondertekenen.

Toelichting: Het interview is semigestructureerd, de vragen worden gesteld zoals ze op papier staan maar er wordt doorgevraagd indien nodig. Om zaken te verhelderen of verder uit te diepen mag doorgevraagd worden. Dit wordt vermeld op het formulier. De volgorde van thema's wordt aangehouden, zo wordt zo goed mogelijk gewaarborgd dat er geen onderwerpen vergeten worden.

Personalia:

Geslacht :

Therapievorm:

Achtergrond:

Waarom werkt u mee aan het onderzoek?

.....
.....

Bent u bekend met Commitment and Acceptance Therapy?

.....
.....

Wat is uw ervaring met E-health in uw dagelijkse praktijk?

.....
.....

Hebt u wel eens andere interventies gebruikt voor mensen in uw praktijk? Hoe waren de ervaringen hiermee?

.....
.....

Ziet u meerwaarde in van interventies die gericht zijn op psychosociaal functioneren parallel aan de fysieke behandeling die u geeft? Zo ja, wat?

Patiëntkeuze:

Welke patiënten hebt u de interventie voor gelegd?

Waarom juist deze?

Hoe ver zijn beide cliënten gekomen in de cursus?

Hoe beoordeeld u achteraf uw keuze voor deze patiënten? Waarom?

Materiaal/interventie:

Hebt u zelf het materiaal doorgenomen? (tekst, oefeningen en mindfulness apart bevragen. Indien ja, wat vindt u van de teksten? Etc.)

Hoe is de gebruiksvriendelijkheid

Hoe is het niveau (te simpel vs. Te complex)

Hoe vindt u de opbouw in de cursus?

Is de cursus geschikt om individueel te doorlopen? Zo ja, waarom wel. Zo nee, waarom niet?

Heeft u verder nog op- of aanmerkingen op het materiaal?

.....

.....

Eventuele begeleiding:

Hebben de cliënten de informatie met u gedeeld?

.....

Op wiens initiatief was dit?

.....

Hoe zag dit er uit? Hoe was dit contact?

.....

Observaties:

Hebt u in het contact met de cliënt verschil gemerkt toen de cliënten de interventie begonnen?

.....

Hebt u in de fysieke/conditionele toestand van de cliënt verschil gezien toen de cliënten begonnen met de interventie?

.....

Hebt u in het contact met de cliënt verschil gemerkt na de interventie?

.....

Hebt u in de fysieke/conditionele toestand van de cliënt verschil gezien na de interventie?

.....

Wat geven de cliënten zelf aan wat hun ervaringen zijn met de interventie.

.....

Eigen mening:

Sluit het materiaal aan op wat u in de dagelijkse praktijk doet? Kunnen beide vormen van therapie goed naast elkaar bestaan?

.....

.....

In hoeverre is de interventie leven met pijn een toevoeging/aanvulling geweest op de behandeling die de cliënt is ondergaan in uw praktijk?

.....

.....

.....

Hoe zou een ideale interventie die gericht is op leren omgaan met een leven met pijn (op psychosociaal gebied) er volgens u uitzien?

.....

.....

.....

Wat zou u nog veranderen aan de interventie ‘Leven met pijn online’?

.....

.....

.....

Wat zou u zeker zo laten in de interventie ‘Leven met pijn online’?

.....

.....

Tot slot:

Hebt u nog opmerkingen of vragen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 2: formulier informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

[indien van toepassing] Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker: