



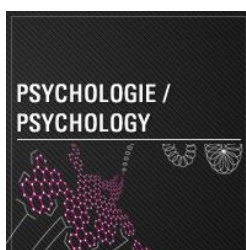
UNIVERSITEIT TWENTE.

NADIEN: E-HEALTH NAZORG BIJ CHRONISCHE PIJN

Onderzoek naar de Implementatie van NaDien
onder Behandelaren van Het Roessingh

Bachelorthesis 2014-2015

Prof. Dr. K.M.G. Schreurs & H. R. Trompetter
Positieve Psychologie en Technologie
13 juli 2015



Koenraad T. Kwakkenbos
S1105108

Abstract

NaDien (Dutch for 'afterwards') is an e-Health application based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and designed for use during aftercare of chronic pain patients. It has been developed by collaboration between the University of Twente and rehabilitation centre *Het Roessingh*. So far, there exists no guide or strategy for implementation. This study utilized a contextual inquiry for relevant healthcare providers and consequently renders an advice for constructing an implementation guide for *NaDien*.

To achieve this, a qualitative and exploratory research was set up. An interview form was created from literature study (top-down approach), during which healthcare providers (N=12) were asked about their views on the current course of treatment, relapse of patients, attitude towards E-Health and opinion about their ideal perceived implementation of *NaDien*. The data was then analysed by means of a bottom-up approach and compared to the themes found in the literature study.

The results of this study indicate that these care providers have a very positive attitude towards e-Health, ACT and *NaDien*. Furthermore, it was frequently mentioned that the current aftercare did not suffice nor provided sufficient overview of the development of patients after treatment. However, temporary relapse was not considered to be a problem. The care providers also expected that *NaDien* would make a valuable contribution to the current treatment program. This study found a division amongst the participants. Health care providers were divided about the ideal role of *NaDien* in the current treatment program. Which was perceived by some to be both active and supportive during therapy, or by others to be limited to aftercare only. Lastly, the care providers reported that they were eager to start using *NaDien* in therapy.

Keywords: *NaDien, e-Health, Implementation & Acceptance and Commitment Therapy (ACT).*

Samenvatting

NaDien is een E-Health nazorgapplicatie ontwikkeld door de Universiteit Twente gebaseerd op *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Deze interventie zal worden ingezet bij behandeltrajecten voor chronische pijnpatiënten binnen revalidatiecentrum *Het Roessingh*. Vooralsnog bestaat er geen draaiboek of strategie voor de implementatie. Dit onderzoek beoogde een *contextual inquiry* te houden onder behandelaren en zodoende aanbevelingen te maken ten behoeve van de implementatiestrategie van *NaDien*.

Voor dit doeleinde is gekozen voor kwalitatief en exploratief onderzoek. Op basis van literatuuronderzoek is *top-down* een interviewschema opgesteld. Behandelaren (N=12) zijn geïnterviewd over visie op het huidige behandeltraject, terugval van patiënten, attitude tegenover E-Health en mening over de ideale implementatie van *NaDien*. De data is vervolgens gecodeerd en daarmee *bottom-up* geanalyseerd door de codes te vergelijken met relevante thema's uit het literatuuronderzoek.

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat behandelaren een zeer positieve attitude hebben tegenover E-Health, ACT en *NaDien*. Voorts werd er genoemd dat het huidige nazorgtraject te kort schiet en nauwelijks overzicht oplevert, echter tijdelijke terugval werd niet als een probleem beschouwd. De behandelaren gaven tevens aan dat *NaDien* een waardevolle bijdrage kan leveren aan de behandeling. Er bestond verdeeldheid onder de behandelaren over de rol van *NaDien*. De applicatie werd idealiter gezien als ondersteuning van de behandelingstrajecten, dan wel beperkt tot nazorgonderdeel. Tot slot benadrukten behandelaren de wens om *NaDien* in gebruik te nemen.

Sleutelwoorden: *NaDien*, *E-Health*, *Implementatie* & *Acceptance and Commitment Therapy*.

Inhoudsopgave

Abstract	1
Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding.....	4
Achtergrond	4
Chronische pijn	4
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	5
E-Health	7
Implementatie	8
Onderzoeksdoel.....	8
Onderzoeksvraag	8
Deelvragen.....	8
Verwachtingen	9
Methode.....	10
Deelnemers	10
Procedure	11
Meetinstrumenten	11
Data analyse	12
Resultaten	13
Categorieën en subthema's.....	13
Interpretatie categorieën en subthema's.....	15
Algemene opvatting over het huidige nazorgtraject	15
Ervaringen van behandelaars over terugval patiënten.....	16
Algemene opvatting over het bestaande behandeltraject	17
Opvatting over E-Health en NaDien.....	18
Implementatie van NaDien	19
Discussie	22
Referenties	26
Bijlage.....	29
Hexaflex	29
Interviewschema	30
Informed consent formulier	37
Additionele interviewcitaten per categorie.....	38
Algemene opvatting over het huidige nazorgtraject	38
Ervaringen van behandelaars over terugval patiënten.....	38
Algemene opvatting over het bestaande behandeltraject	38
Opvatting over E-Health en NaDien.....	39
Implementatie van NaDien	40

Inleiding

Achtergrond

NaDien is een nazorg applicatie voor chronische pijnpatiënten. Deze E-Health interventie draagt bij om de effecten van therapie vast te houden en zodoende de levenskwaliteit van de pijnpatiënten te verhogen, gebaseerd op het principe van *blended care*. Patiënten krijgen in deze vorm van zorg zelf meer verantwoordelijkheid en (nazorg)behandelingen worden naast face-to-face tevens via online interventies gegeven (Keyte & Richardson, 2011). De vakgroep *Positieve Psychologie en Technologie* aan de Universiteit van Twente heeft *NaDien* recentelijk ontwikkeld in samenwerking met patiënten en behandelaars van het revalidatie centrum *Het Roessingh* in Enschede. De onderdelen van *NaDien* zijn gebaseerd op *Acceptance and Commitment Therapy*, een recent ontwikkelde vorm van cognitieve gedragstherapie. Dit onderzoek beoogt in kaart te brengen hoe de behandelaars denken dat *NaDien* effectief geïmplementeerd kan worden naast de bestaande behandeling. Er wordt hiermee een bijdrage geleverd aan het verbeteren van de behandeling van chronische pijnpatiënten.

Chronische pijn

Chronische pijn is een belangrijk maatschappelijk en economisch probleem. Er wordt gesproken van chroniciteit wanneer er langer dan 3 tot 6 maanden pijn ervaren wordt, of als er sprake is van aanhoudende pijn nadat de oorspronkelijke aandoening niet meer de oorzaak is (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Prevalentie van chronische pijn wordt geschat op 17% tot 20% van de Europese bevolking. Behandeling ervan is lang niet altijd effectief en verschillende onderzoeken spreken van gebrekkige behandelingsuitkomsten of te late aanvang van behandeling. (Breivik, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Reid et al., 2011; Turk, Wilson & Chana, 2011). Dit terwijl chronische pijn een belangrijke impact heeft op het leven van patiënten en de samenleving.

De invloed van chronische pijn op een patiënt zijn/haar leven is groot. Reid et al. (2011) stellen dat chronische pijn een significante co-morbiditeit vertoont met depressieve klachten. Voorts is er ook verminderde deelname aan seksuele, sociale en economische activiteiten, wat leidt tot sociaal isolement (Breivik et al., 2006). Denk hierbij aan het verminderen of geheel verliezen van werkuren of nauwelijks participeren aan sociale gebeurtenissen. Bovendien is chronische pijn lang niet altijd zichtbaar. Het gevolg is dat pijnpatiënten minder snel begrip en steun ontvangen van anderen. Dit zijn belangrijke factoren die de kans op psychiatrische problematiek verhogen, e.g. depressie. Bovendien heeft een verminderd psychisch welzijn een negatieve invloed op de ervaring van de pijn. Hierdoor ontstaat een negatieve spiraal. Geestelijk welzijn is derhalve een belangrijke factor bij de behandeling van chronische pijn (Breivik et al., 2006; Reid et al., 2011; Turk et al., 2011).

Er is tevens een economische impact vanwege chronische pijn. Denk daarbij aan meer hulpverleners die nodig zijn voor behandeling van de patiënten en minder participatie aan de arbeidsmarkt door diezelfde patiënten. Beide kosten de samenleving veel geld (Sleed, Eccleston, Beecham, Knapp & Jordan, 2005). Het psychologische element wordt echter niet regelmatig benoemd door patiënten. Deze blijven voornamelijk heil zoeken in farmaceutische oplossingen. Aandacht voor het psychologische element is tevens waardevol in economische zin, want een verbetering van participatie en vermindering van zorgverbruik zijn beide kosten reducerend. Zowel in het belang van patiënt als

samenleving biedt het psychologische element de mogelijkheid tot vermindering van de economische en sociale impact van chronische pijn (Breivik et al., 2006; Reid et al, 2011).

Ondanks het maatschappelijk belang wordt chronische pijn niet naar tevredenheid behandeld. Breivik et al. (2006) rapporteerden dat er ontevredenheid over behandeling bestaat bij nagenoeg twee-derde (~60%) van de Nederlandse respondenten. Chronische pijn veroorzaakt enerzijds wanhoop door uitblijven van genezing en effectieve behandeling. Anderzijds hebben medicijnen die wél werken vaak ernstige bijwerkingen en kunnen leiden tot verslaving. Een citaat uit het onderzoek van Breivik et al. (2006) vat het probleem samen:

“Nearly two-thirds of respondents said that they worried about the side effects of medicines, over half said that they would rather take medication for their illness than their pain, around 40% were afraid of becoming addicted to pain medicine, and around 40% said that they would spend all their money on pain treatment if they knew it would work.”

- Breivik et al. (2006), p. 306

Cognitieve gedragstherapieën bieden uitkomst zonder de bijwerkingen van medicijnen. Deze vorm van therapie wordt gebruikt bij de behandeling van chronische pijn en bijbehorende klachten. De gedragstherapie richt zich op het veranderen van gedrag, gedachten en attitudes van chronische pijnpatiënten over hun beperkingen en klachten. Daarmee helpt deze behandelvorm met het proces van doorbreken van vermijding, wat vaak voorkomt vanwege chronische lichamelijke klachten (McCracken, 2014). Patiënten die anders leren omgaan met hun gedachten en gevoelens hebben veelal baat bij deze benadering, doordat de angst om -weer- activiteiten te ondernemen verminderd wordt en klachten kunnen verminderen (Turk et al., 2011). “Multidisciplinaire en cognitieve-gedragsbenaderingen waarin men leert omgaan met chronische pijnklachten zijn goed gedocumenteerd én vertonen significant, langdurige effecten.” (Breivik et al., 2006, p.311).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Cognitieve gedragstherapieën zijn effectief. Er bestaat echter geen consensus over de mate van de effectiviteit in de literatuur. De *Acceptance and Commitment Therapy* (voorts: ACT) of acceptatiegerichte therapie een passend alternatief. Deze therapie is een derde generatie gedragstherapie, ontwikkeld in de afgelopen decennia door de Amerikaan Steven C. Hayes. ACT onderscheidt zich binnen de cognitieve gedragstherapieën doordat deze behandelvorm gericht is op verandering van gedachten en niet gericht is op de *inhoud*. Er wordt aangemoedigd anders met gedachten om te gaan en deze te accepteren en is daarmee gericht op *functie* van gedachten. ACT richt zich niet op de controle over onveranderbare klachten of situaties. Maar juist op de dingen die wel te veranderen zijn, in ACT staat *psychologische flexibiliteit* centraal. Het onderdrukken, controleren of uit de weg gaan van gedachten en gevoelens wordt experiëntiële vermijding genoemd. Wanneer dit de vrijheid van handelen beperkt, is het pathologisch te noemen en leidt het tot psychologische *inflexibiliteit* (Blackledge, 2003; Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello, 2013; Veehof et al., 2010).

ACT heeft als hoofddoel het verhogen van de psychologische flexibiliteit van een cliënt. Deze flexibiliteit wordt omschreven door Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig en Wislon (2004) als het vermogen om beter in contact te komen met het huidige moment, als een bewust wezen en vervolgens het kunnen veranderen van gedrag met doorzettingsvermogen, zolang dat waardevolle doelen dient. Er wordt nadruk gelegd op acceptatie van gevoelens en gedachten in plaats van deze te vermijden en er wordt beoogd om de patiënt zelf weer regie te geven over zijn/haar eigen leven. Met andere woorden, het is flexibel gedrag dat gebaseerd is op waarden en doelen en vermogen om stapsgewijs gedrag te kunnen aanpassen naar gestelde waarden (McCracken, in press).

Het belang van psychologische flexibiliteit is groot voor chronische pijnpatiënten, die vaak proberen de pijn of bijbehorende emoties te verdrücken of te vermijden. Onvermogen flexibel om te gaan met deze gedachten, gevoelens en emoties verlaagt geestelijk en lichamelijk welzijn, denk daarbij aan depressie, slapeloosheid, stress en andere (psycho)somatische klachten (A-Tjak & de Groot, 2006; Hayes et al., 2003). Zoals eerder benoemd leidt dit een negatieve spiraal die klachten verergert. Ofwel, pijn veroorzaakt psychische klachten en op hun beurt veroorzaken deze weer een negatievere ervaring van de pijn (A-Tjak & de Groot, 2006; Blackledge, 2003; Turk et al., 2011). Om de psychologische flexibiliteit te verhogen maakt ACT gebruik van zes kernprocessen.

De *hexaflex* is een schematische weergave van deze kernprocessen (zie bijlage, figuur 1). (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Het eerste proces betreft *contact met het hier en nu*. Ofwel, de mogelijkheid van een persoon om gevoelens en ervaringen te kunnen beleven zonder deze te beoordelen of overheersend te laten worden. Het tweede proces betreft *acceptatie*: in staat zijn de situatie, klacht of de gedachte te nemen zoals die is. Het derde proces is *cognitieve defusie*. Doel van dit proces is de realisatie dat negatieve gedachten slechts gedachten zijn en blijven. De cliënt neemt afstand van negatieve gedachten door te beseffen dat gedachten en gedrag verschillend kunnen zijn, zodat deze niet de overhand krijgen en de persoon kan accepteren dat gedachten zo nu en dan opkomen. Dit zorgt ervoor dat een persoon gedachten of cognities niet letterlijk neemt (e.g. *ik heb nu de gedachte dat ik...*). Het vierde proces is het *zelf als context*. Dit proces heeft als doel cliënt te laten inzien dat gevoelens en ervaringen los van hun persoonlijkheid staan en niet bepalend hoeven te zijn voor de identiteit. Proces nummer vijf is *waarden bepalen*, deze gestelde waarden geven aan wat belangrijk is in het leven en vormen een richting of doel voor de cliënt. Het laatste proces is *toegewijde actie*. Het actief bezig zijn met eigen gedachten en tegelijkertijd de gestelde waarden of doelen in oog te houden wordt toegewijde actie genoemd. Het betekent dat de cliënt motivatie en doorzettingsvermogen ontwikkelt om naar de waarden te leven die voor hem/haar belangrijk zijn (A-Tjak & de Groot, 2006; McCracken, in press, 2004; Hayes et al., 2006).

ACT wordt in toenemende mate ingezet in behandelings- en revalidatiecentra, zoals *Het Roessingh*. ACT is reeds aangeboden in de vorm van een online interventie, e.g. *Leven met Pijn* (Trompetter, Bohlmeijer, Veehof & Schreurs, 2014). NaDien wordt op een zelfde wijze aangeboden, deze interventie richt zich voornamelijk op de processen van waarden en acties, zoals in ACT. NaDien kan zodoende een als virtuele samenvatting fungeren van het behandeltraject en de oefeningen voor patiënten na behandeling. Hiervoor is een maximale aansluiting op de behandelingen nodig, wat kan worden bewerkstelligd door het vormen van een juiste implementatiestrategie.

E-Health

Blended care behandelingen met online software (E-Health) kennen drie voordelen. Ten eerste, de interventie biedt patiënten de mogelijkheid wat zij geleerd hebben in therapie beter vast te houden na het reguliere *face-to-face* behandeltraject. Ten tweede geeft de online interventie patiënten de kans zelfstandig te kunnen werken met ACT, in het geval van NaDien. Ten derde biedt *blended care* het economisch voordeel en een vergrote behandelcapaciteit voor een instelling, doordat behandelaars niet altijd aanwezig hoeven te zijn en een gedeelte van de behandeling en nazorg over te geven aan de online behandelvorm. In het onderzoek onder chronische pijnpatiënten van Trompetter et al. (2014) werd een significante verbetering waargenomen van onder andere pijn intensiteit tijdens een *randomized controlled trial* van E-Health gebaseerd op ACT.

Online aanbieden van hulpverlening biedt meerwaarde aan het behandeltraject, maar lijdt tevens onder non-adherentie. Non-adherentie (EN: non-adherence) is het niet volgen van de interventie protocollen, ook wel therapietrouw genoemd. Met andere woorden, wanneer deelnemers de interventie niet gebruiken op de juiste wijze. De effectiviteit van de interventie correleert met de therapietrouwheid en dit laatste wordt verhoogd door een maximale aansluiting en aantrekkingskracht van de interventie op de doelgroep. Uit onderzoek blijkt dat het gemiddelde percentage van adherentie ligt op ~50%. Dit betekent dat het een serieuze factor is om rekening mee te houden bij het implementeren van een online interventie, ten behoeve van de effectiviteit (Christensen, Griffiths & Farrer, 2009; Kelder, Kok, Ossebaard & van Gemert-Pijnen, 2012).

Factoren van invloed op de adherentie worden doorgaans verdeeld in drie categorieën, 1) gebruikerseigenschappen, 2) technologie en 3) gebruikerspatronen. De meeste studies beschrijven de invloed van eigenschappen van de deelnemers om de adherentie te verklaren, zoals geslacht, ernst van de klachten en leeftijd (Freyne, Saunders, Brindal, Berkovsky & Smith, 2012). Attitude is tevens een voorspeller, de houding van de deelnemer blijkt ook belangrijk te zijn (Christensen et al., 2009). Er blijft echter nog veel niet verklaard door alleen de gebruikerseigenschappen. Technologie eveneens een belangrijke categorie, Eysenbach (2005) spreekt over de gebruiksvriendelijkheid als belangrijke voorspeller van adherentie. Wanneer de software niet goed functioneert of ingewikkeld is, zal dit ten koste gaan van de adherentie. Deelnemers die hogere adherentie vertonen, maken meer en vaker gebruik van de mogelijkheden van een interventie (Kelders, 2012c).

Persuasieve technieken worden gebruikt om de deelnemers adherenter te maken. Deze technieken zorgen ervoor dat de interventie gebruiksvriendelijker en motiverender wordt. Hiermee wordt geprobeerd de deelnemers te stimuleren de interventie op de juiste wijze en tijden te gebruiken (Kelders et al., 2012a). Voorbeelden hiervan zijn herinneringsberichtjes of laten zien waarom de interventie waardevol is voor een deelnemer. Een andere optie is het gebruiken van een virtuele gemeenschap, zodat er communicatie over en weer is tussen deelnemers. Deze technieken beogen de deelnemers te stimuleren en te motiveren nazorg interventies zoals NaDien te blijven gebruiken. Voldoende adherentie is een voorwaarde voor de juiste implementatie van de interventie en daarmee wordt het uiteindelijke doel beter bewerkstelligd: *het vasthouden van wat geleerd is tijdens het behandeltraject* door de chronische pijnpatiënten.

Implementatie

Het is van groot belang een correcte implementatiestrategie te vormen voor NaDien, passend bij de behoeften van behandelaars en patiënten. Zodoende wordt de geloofwaardigheid en effectiviteit van de E-Health interventie gewaarborgd (van Gemert-Pijnen, Wynchank, Covvey & Ossebaard, 2012). Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de vraag hoe *behandelaars* de implementatie van NaDien idealiter zien. Met in achtneming van de belangrijke factoren zoals genoemd in de literatuur, kan er een aantal thema's worden uitgewerkt die belangrijk zijn voor het in gebruik nemen van NaDien als nazorginterventie. NaDien biedt de mogelijkheid om het huidige behandeltraject aan te vullen en/of te ondersteunen, met als doelstelling de chronische pijnpatiënten beter te laten vasthouden wat zij geleerd hebben tijdens de therapie.

Met het oog op het vormen van een implementatiestrategie zijn ervaringen en suggesties over deze thema's van toekomstige gebruikers (in dit onderzoek: behandelaren) van groot belang. Naast de data uit de pilotstudie kan er op basis van hun inzichten alvorens gebruik advies worden gegeven over de implementatiestrategie. Bovendien kan er worden geïdentificeerd wat van belang is voor de behandelaars ten aanzien van de implementatie van NaDien.

Onderzoeksdoel

Dit onderzoek beoogt een antwoord op de vraag; 'hoe kan de interventie NaDien het beste geïmplementeerd worden volgens behandelaars' te geven. Er wordt met behulp van interviews gevraagd naar ervaringen van behandelaars van *Het Roessingh* over NaDien. Centraal staat hun opvatting over hoe en wanneer NaDien het beste aangeboden kan worden. Dit wordt vertaald naar de volgende onderzoeksvraag en deelvragen:

Onderzoeksvraag

- Welke ervaringen en attitudes zijn belangrijk voor behandelaren met betrekking tot de implementatie van de nazorg applicatie NaDien?

Deelvragen

1. Wat is de algemene opvatting van behandelaars van *Het Roessingh* is over de huidige nazorg bij chronische pijn en het vasthouden van wat geleerd is tijdens de therapie?
2. Wat zijn de ervaringen van de behandelaars met betrekking tot terugval?
3. Hoe denken behandelaars over het huidige behandeltraject en de mogelijkheid van patiënten om vast te houden wat zij geleerd hebben?
4. Vinden de behandelaars de E-Health interventie NaDien geschikt als nazorg interventie, met oog op de verschillende onderdelen?
5. Wat zijn de opvattingen en suggesties van behandelaren over de implementatie van NaDien binnen het behandeltraject, met oog op het aanbieden van begeleiding, persuasieve technieken en moment van aanbieden?

Verwachtingen

Alvorens onderzoek werd verwacht dat behandelaars;

- 1) Aangeven dat zij het huidige nazorgtraject weinig ervaren en/of kunnen overzien.

Het huidige behandeltraject bestaat niet uit een uitgebreide nazorg, enkele behandelaren zien patiënten zelf helemaal niet meer terug. Op basis hiervan wordt verwacht dat behandelaren aan zullen geven het nazorgtraject niet goed te kunnen overzien.

- 2) Een positieve houding hebben tegenover E-Health.

Er zijn eerdere interventies geïmplementeerd in Het Roessingh die gebaseerd zijn op E-Health, e.g. Leven met Pijn en CoCo. Verwacht wordt dat behandelaren door deze kennismaking niet sceptisch zullen zijn en openstaan voor E-Health binnen het huidige behandeltraject.

- 3) Beargumenteren dat NaDien het beste in de laatste week van het huidige behandeltraject kan worden aangeboden, onder begeleiding van therapeuten.

NaDien is een nazorg interventie. Daarom wordt verwacht dat behandelaren zullen aangeven NaDien te willen inzetten tegen het einde van het huidige behandeltraject. Tevens wordt verwacht dat er aangegeven wordt dat NaDien in eerste instantie moet worden aangeboden onder begeleiding, die continu afneemt in de laatste periode van behandeling.

- 4) NaDien goed vinden passen bij het behandeltraject.

NaDien implementeert veel van de al gebruikte methoden in zelfstandige vorm en is gebaseerd op de ACT behandelmethode. Vooral dit laatste komt overeen met het huidige behandeltraject, dit betekent dat deze interventie in grote lijnen een samenvatting presenteert van wat geleerd en gebruikt wordt tijdens de reguliere behandelweken. Daarom wordt verwacht dat behandelaren NaDien goed vinden passen bij de huidige behandelmethode.

- 5) Beargumenteren dat NaDien zoveel mogelijk zelfstandig moet worden gebruikt door chronische pijnpatiënten en revalidanten.

Hoewel NaDien onderdelen bezit van de therapeutische methoden gebruikt in het gehele traject, is de interventie bedoeld als nazorg, met het doel dat het na de therapie gebruikt wordt. Verwacht wordt dat behandelaren aangeven dat NaDien zelfstandig door de revalidant kan worden gebruikt. Dit omdat NaDien niet passend zou zijn als nazorg, wanneer het een grote mate van begeleiding vereist.

Methode

In dit exploratieve onderzoek staan de ideeën en attitudes van de deelnemers centraal. Daarom is er gekozen voor een kwalitatief design zonder specifieke hypothesen en met zo min mogelijk sturing vanuit de onderzoeker (Baarde, de Goede & Teunissen, 2005). Het onderzoek is voor aanvang van de interviews getoetst en goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Twente.

Deelnemers

De twaalf deelnemers zijn vooraf geselecteerd op basis van hun betrokkenheid met chronische pijnpatiënten binnen *het Roessingh*. Om deel te kunnen nemen aan dit onderzoek waren de volgende inclusiecriteria opgesteld. De deelnemers waren: 1) Nederlands sprekende volwassenen en 2) behandelaars werkzaam aan *het Roessingh* die werken of in de toekomst zullen werken met het E-Health programma NaDien. Tabel 1 geeft de achtergrondgegevens weer van de twaalf geïnterviewde deelnemers.

Tabel 1

Achtergrondgegevens van de deelnemers (N=12)

		M (SD) / Frequentie
Geslacht	Man	6
	Vrouw	6
Leeftijd (jaar)	Gemiddelde (SD)	37.67 (9.32)
Dienstjaren	Gemiddelde (SD)	10.79 (7.17)
Functie	Fysiotherapeut	2
	Maatschappelijk werker	2
	Psycholoog	1
	Ergotherapeut	2
	Bewegingsagoog	2
	Groepsleider	1
	Revalidatiearts	1
	Activiteitentherapeut	1

Procedure

De onderzoeker heeft de interviews persoonlijk afgenomen bij behandelaars. De deelnemers werden benaderd door een contactpersoon van *Het Roessingh*. Er werden vervolgens afspraken gepland via deze contactpersoon en een begeleidende e-mail werd voorafgaand verzonden naar elke behandelaar met daarin een omschrijving van het doel, locatie en tijdstip van het interview. De contactpersoon werd voorgedragen door de hoofd-onderzoekbegeleidster, die tevens werkzaam is binnen het revalidatiecentrum.

De interviews werden gehouden in de periode van 11-05-2015 tot en met 20-05-2015. Alle interviews vonden binnen het revalidatiecentrum *Het Roessingh* plaats, in een beschikbare behandelkamer waar de interviewer deelnemers individueel en volgens afspraak ontving. Tijdens het interview werden antwoorden schriftelijk genoteerd op het interviewschema en auditief opgenomen, op voorwaarde dat de deelnemers hiervoor toestemming gaven.

Aan het begin van een afspraak stelde de onderzoeker zich voor en legde uit wat de bedoeling was van het interview en onderzoek. Vervolgens werd om toestemming (zie bijlage, *informed consent* formulier) gevraagd om de antwoorden van de deelnemers te gebruiken en op te nemen voor het onderzoek. Gedurende het interview werd het interviewschema aangehouden, met mogelijkheid tot doorvragen naast de vooropgestelde vragen. Er werd een tijd van dertig minuten aangehouden voor het gehele interview. Gemiddeld duurden de interviews 28 minuten.

Meetinstrumenten

Er is een semigestructureerd interview ontworpen (zie bijlage, *interviewschema*). De vragen hierin zijn opgesteld aan de hand van een *top-down* benadering, gebaseerd op deelvragen en thema's gevonden in het literatuuronderzoek. In de bijlage wordt tevens aangegeven bij welke deelvragen de interviewvragen horen. De thema's waren in volgorde van voorkomen:

1. De algemene opvatting van behandelaren over het bestaande nazorgtraject en de effectiviteit ervan.
2. De ervaringen van behandelaars met terugval van patiënten die het huidige behandeltraject hebben afgerond.
3. De algemene opvatting van behandelaren over het bestaande behandeltraject en de effectiviteit ervan.
4. De opvatting of mening van behandelaren (tegen)over NaDien en E-Health in het algemeen.
5. De wijze waarop behandelaren NaDien zouden willen implementeren en suggesties over de inzet van NaDien als nazorg interventie.

Indien nodig werden er vervolgvragen gesteld. Er is tevens gebruik gemaakt van een laptop zodat de onderzoeker de mogelijkheid had om NaDien te demonstreren en audio-opnames te maken. Tot slot is een *informed consent* formulier gebruikt.

Data analyse

Van de vooropgestelde onderzoekspopulatie ($N=14$) hebben twee deelnemers besloten niet deel te nemen aan het interview. Eén van deze deelnemers gaf aan geen tijd vrij te kunnen maken en de andere wilde niet deelnemen aan het interview, omdat niet duidelijk genoeg was wat de bedoeling was. Dit betekent dat de analyses en resultaten zijn gebaseerd op $N=12$ deelnemers.

De antwoorden werden verwerkt tot een transcript. Eén deelnemer gaf geen toestemming voor een geluidsopname, daarom zijn voor deze deelnemer de antwoorden alleen verwerkt op basis van aantekeningen op het interviewschema.

Data werden vervolgens geanalyseerd met behulp van ATLAS 7.5.6, een CAQDAS of *computer-assisted qualatative data analysis software* (Lewins & Silver, 2009). Tijdens deze analyse werd een deductieve, *bottom-up* werkwijze gehanteerd, ook wel *discourse analysis*. Er werden drie stappen doorlopen, waardoor er een hiërarchisch overzicht kon worden gemaakt van interviewantwoorden. Ten eerste werden betekenisvolle stukken gezocht in de woorden en zinnen van antwoorden op de interviewvragen, ofwel de interviewfragmenten werden gecodeerd. Ten tweede werden op basis van deze coderingen subthema's geformuleerd. Ten derde zijn deze subthema's onderverdeeld in overkoepelende categorieën die overeenkomen met de thema's van de deelvragen, derhalve konden antwoorden worden vergeleken met deze deelvragen (Lewins & Silver, 2009).

Fragmenten die geen toegevoegde waarde hadden voor de beantwoording van de deelvragen zijn niet meegenomen in de analyses. Gedurende het analyse proces lag de focus op de kern van de boodschap, de suggesties en ervaringen in de antwoorden van de deelnemers. Beoogd werd een samenvatting te creëren van de ervaringen en attitudes van behandelaars ten aanzien van NaDien.

Resultaten

Categorieën en subthema's

Tabel 2 geeft een overzicht van de gehanteerde categorieën en subthema's op basis van de vijf deelvragen, met aantallen van citaten gevonden in de interviews per subthema. Tevens wordt aangegeven hoeveel verschillende behandelaars het subthema in hun antwoorden noemden. Subthema's die in totaal minder dan vijf keer zijn genoemd zijn en geen bijzondere aanvulling vormen voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen worden niet verder besproken.

Tabel 2

Overzicht van de categorieën en subthema's, gesorteerd op voorkomen van betekenisvolle citaten in de interviews (N=12).

Categorie	Subthema	Aantal keer genoemd	Personen
Algemene opvatting over huidige nazorg (7 subthema's)	Overzicht van het huidige nazorgtraject	26	12
	Verbeteren van het huidige nazorgtraject	19	9
	Weinig zicht op het huidige nazorgtraject	17	10
	Discipline van patiënten	6	6
	Nieuwsgierig zijn naar nazorgmogelijkheden	3	3
	Angst terugkeer na behandeling	3	2
	Therapeutafhankelijkheid	1	1
Ervaring terugval (4 subthema's)	Overzicht van terugval bij patiënten	20	10
	Terugval komt weinig voor	6	4
	Terugval is normaal	4	3
	Terugval preventieplan	2	2
Algemene opvatting over de bestaande behandeling (10 subthema's)	ACT past bij de huidige behandeling	16	10
	Effectiviteit van de behandeling	13	8
	Waarden + Acties (ACT)	11	8
	Bewustwording (ACT)	11	10
	Aanpassen op individu*	10	6
	ACT heeft een te hoog abstractieniveau	8	7

	Directiever tijdens behandelingen	4	3
	Herkenning (ACT)	2	2
	Gewenning	1	1
	Therapeutafhankelijkheid	1	1
Opvatting over NaDien en E-Health (9 subthema's)	NaDien ondersteunt het nazorgtraject	24	11
	Positieve houding tegenover E-Health interventies	15	12
	Toegankelijkheid NaDien	10	7
	Beperkte toepassing E-Health interventies	9	6
	E-Health biedt ondersteuning aan therapie	7	6
	Effectiviteit NaDien	6	4
	NaDien focust in grote mate op het psychologische	6	5
	Eensgezindheid team RVE-6 tegenover NaDien	4	3
	Kennis vergaren over E-Health interventies	2	2
	Oordeel van een ander (top 10 tips) niet belangrijk	1	1
Implementatie NaDien (23 subthema's)	Patiënt-therapeut contact	35	12
	Zelfredzaamheid patiënten	26	11
	Startmoment NaDien**	22	12
	Persuasieve technieken	19	10
	Begeleiding	14	6
	Afbakenen contact via NaDien	11	8
	Aanpassen op individu*	10	6
	Toegankelijkheid NaDien	10	7
	NaDien als samenvatting/naslagwerk behandeling	9	4
	Startmoment – Einde behandeling**	8	6
	NaDien heeft een beperkte toepassing	8	4
	Toevoegen van fysieke aspecten aan NaDien	7	5
	Oefeningen (als functie in NaDien)	7	4

Face-to-Face contact	6	4
Startmoment – Gedurende/midden behandeling**	3	3
Startmoment - Begin van de behandeling**	3	3
Duidelijk zijn dat mensen dit voor zichzelf doen	2	1
Fysiek contact met patiënten tijdens behandeling	2	2
Toegankelijkheid NaDien	1	1
Startmoment – Na afloop van de behandeling**	1	1
Privacy	1	1
NaDien aanbieden op een ander platform	1	1

**Noot 1: Subthema “Aanpassen op individu” is zowel gebruikt voor de categorie “Algemene opvatting huidige behandeltraject” en “Implementatie NaDien”.*

*** Noot 2: Het subthema “Startmoment” bestaat uit betekenisvolle data over de motivering van de keuze voor een startmoment van NaDien binnen de huidige behandeltrajecten. De eigenlijke momenten gekozen door behandelaren werden als eigen subthema’s geanalyseerd.*

Interpretatie categorieën en subthema's

Algemene opvatting over het huidige nazorgtraject

De belangrijkste bevindingen zijn in deze categorie dat behandelaren aangeven:

1. Weinig zicht te hebben op patiënten na afronding van de behandeling, wat grotendeels komt omdat er weinig nazorg wordt aangeboden.
2. Behoeft te hebben om het nazorgtraject te intensiveren, uit te breiden en te verbeteren.
3. Dat discipline van de patiënten een belangrijke factor is voor het ontwerpen en uitvoeren van nazorg.

Binnen het subthema *overzicht van het huidige nazorgtraject* gaven behandelaren eenduidig een overzicht van het bestaande nazorgtraject. Voor sommige behandelgroepen of individuen bestaat er keuze uit een terugkomdag na drie maanden of mogelijkheid tot consult met de revalidatiearts. Er zijn recent veranderingen doorgevoerd die een patiënt meer regie beogen te geven, een voorbeeld is dat een patiënt zelf kan aangeven met welke therapeuten hij/zij wenst af te spreken.

Meer dan driekwart van de behandelaren gaf aan weinig tot geen zicht te hebben op het nazorgtraject (*weinig zicht op nazorgtraject*). Behandelaar #2 noemde dat: *“Na de behandeling hebben [behandelaren] daar eigenlijk geen zicht meer op”*. Behandelaar #12 stelde ook dat er weinig zicht was op het nazorgtraject en sprak de wens voor verandering daarvan uit: *“Nou ja, dat weten we niet zo goed, niet zo goed zicht op hoe vergaat het de mensen nu, na het revalidatie programma? Het zou ook wel heel waardevol zijn om daar toch meer zicht op te krijgen!”* (verbeteren huidig nazorgtraject).

Behandelaren met uiteenlopende functies ervaren het nazorgtraject als summier, karig, 'niet bestaand' of tekortkomend. Een citaat van behandelaar #9 illustreert dit: *"Hoe het nu is geregeld is positief, maar het is niet geregeld, we hebben geen nazorgtraject"*. Behandelaar #10 ging nog een stap verder door te zeggen dat: *"Het huidige nazorgtraject, dat moet stiekem"*. De resultaten wijzen erop dat er behoefte is aan een ontwikkeling, intensivering of een verbetering van nazorg voor chronische pijnpatiënten. Behandelaar #5 veronderstelde dat dit een meerwaarde heeft omdat nu: *"...[de behandelaren] ervoor [kiezen] om mensen soms langer door te behandelen, maar eigenlijk als we een nazorg programma zouden hebben, zou dat langer doorbehandelen niet nodig zijn."*

Er werd door de helft van de behandelaren genoemd dat de discipline van patiënten een belangrijke rol speelt gedurende nazorg. Opvallend was dat vijf van de zes behandelaren een fysiek-georiënteerde therapievorm geven, zoals fysiotherapie. Behandelaar #1 benadrukte dat het belangrijk is om goed af te wegen of patiënten genoeg discipline hebben om een nazorginterventie te volgen: *"...is er genoeg discipline vanuit patiënten?"*. Nadat NaDien gedemonstreerd was, zei behandelaar #5 over NaDien als nazorginterventie: *"Dit vraagt natuurlijk wel wat inzet, discipline van de revalidant."*

Ervaringen van behandelaren over terugval patiënten

De belangrijkste bevindingen wat betreft terugval(frequentie) zijn dat behandelaren aangeven:

1. Dat er weinig zicht is op het voorkomen en ernst van terugval onder ex-patiënten.
2. Het als normaal wordt gezien, wanneer patiënten momenten van lichte tot milde terugval ervaren na behandeling.
3. Dat zware terugval volgens hen zeer zelden voorkomt.

Doordat er weinig bekend is over patiënten na behandeling, vonden behandelaren moeilijk om de vragen over terugvalfrequentie te beantwoorden. Een meerderheid van ergotherapeuten, fysiotherapeuten en bewegingsagogen gaf aan dat een terugvalpreventieplan als vangnet doorgaans wordt opgesteld. Behandelaar #5: *"Wat ik ook wel is doe, wat we vaak doen. Meer praktisch vlak is dat, aandacht besteden aan een terugval preventieplan, hoe ga je nou zorgen dat in welke situatie weer risico loopt om terug te vallen in je oude patroon, hoe herken je dat oude patroon?"*.

Wel noemden behandelaren dat het wegvallen van de structuur van de behandeling in eerste instantie een uitdaging is voor ex-patiënten. Behandelaren #3 en #7 zeiden daarover respectievelijk dat patiënten: *"...zoveel structuur [hebben], iedere week programma als stok achter de deur. Lastig om dat zelf op te pakken straks."* en *"Over het algemeen ervaren de mensen direct na de benadeling best wel een gat."*

Een ruime meerderheid gaf aan dat tijdelijke terugval in milde vorm als normaal ervaren wordt door behandelaren. Bovendien was er brede consensus over dat complete of ernstige terugval zelden voorkomt. *"Je merkt wel dat mensen uhm, terugval kan altijd komen en dat gebeurt ook bij de meeste mensen."* (Behandelaar #8).

Algemene opvatting over het bestaande behandeltraject

De derde categorie staat in teken van onderzoek naar de attitudes, meningen en suggesties over het huidige behandeltraject. Samenvattend kan worden gesteld dat er consensus bestaat onder behandelaren dat het huidige behandeltraject en ACT:

1. Ruim voldoende compatibel zijn voor de behandeling van chronische pijnpatiënten.
2. Effectief zijn voor de behandeling van chronische pijnpatiënten.
3. Voor sommige patiënten een te hoog abstractieniveau bezitten, voornamelijk vanwege onderdelen in ACT (e.g. metaforen en *het observerende zelf*).

Er bestaat overtuigende overeenstemming tussen behandelaars dat de therapievorm ACT passend is bij de behandeling. De belangrijkste hiervoor zijn; 1) ACT leert mensen te accepteren wat niet kan worden veranderd, 2) ACT helpt met het leven naar belangrijke waarden van de patiënt waardevol leven kan leiden mét chronische pijn (subthema: *waarden en acties*), 3) ACT helpt bij het bewust worden en bewaken van fysieke en mentale grenzen, zodat de patiënt zich kan aanleren respect te hebben voor zijn/haar eigen lichaam (subthema: *bewustwording*). Behandelaar #2: *“Ik probeer even te kijken naar; wat kun jij nou? We gaan er meer vanuit wat de patiënt zelf wil en kan. Dat is ook waar ACT om draait.”*.

Behandelaren zijn veelal ook tevreden over de effectiviteit van het behandeltraject. De meerderheid is overtuigd dat patiënten voldoende inzicht krijgen en voldoende ontwikkeling doormaken. Behandelaar #7 stelde: *“Hele grote mate [van effectiviteit], anders hoef je het niet te doen. Als ik zou moeten zeggen van schaal 1-10, dan nu een 7”*. Behandelaar #4 zei dat: *“... vanuit mijn functie denk ik sowieso dat mensen heel goed toegerust zijn, na die twaalf weken ook echt voldoende hebben geleerd. En al geheel denk ik ook, dat het op alle gebieden ontzettend goed gemonitord wordt of mensen voldoende hebben geleerd, op ze dat ook vast kunnen houden.”*.

Er zijn echter ook nuanceringen, behandelaar #11 merkte op dat de effectiviteit van ACT en de algehele behandeling *“...niet eenduidig te beantwoorden [is]. Als mensen goed geïndiceerd zijn, dan is die effectief en dus als mensen, uhm en dat hoop je natuurlijk, dat mensen die in deze groep terecht zijn gekomen dat die goed geïndiceerd zijn, maar dat is niet altijd het geval.”*.

Een ander veel voorkomend argument, is dat ACT een te hoog abstractieniveau heeft en dat patiënten in sommige gevallen directiever of concreter benaderd moeten worden. Voornamelijk, maar niet uitsluitend, deelden ergo- en fysiotherapeuten deze mening. Behandelaren #6 en #2 zeiden respectievelijk: *“ACT [is] niet altijd het meest aangewezen middel. Soms gebruik je wat te veel metaforen.”* en *“...wat nog wel eens bij ons voorkomt dat de doelen niet specifiek genoeg zijn.”*.

Enkele behandelaars gaven de suggestie (na)zorg te bieden, die aangepast is op het individu, dit gold tevens voor NaDien. Behandelaar #1: *“Hangt af van de patiënten en hun zelfregulatie. Individueel moet dat bekeken worden”*. Behandelaar #6 zei over ACT en het huidige behandeltraject: *“Nou, soms [zijn die] niet passend bij de persoon. Relatief is het wel toegankelijk. Sommige hebben wat concretere aansturing nodig, sommige kunnen wat meer op zichzelf laten”*.

Opvatting over E-Health en NaDien

In deze categorie zijn de bevindingen dat:

1. Behandelaren een zeer positieve attitude hebben tegenover E-Health en NaDien, voornamelijk wordt een hoge toegankelijkheid daarbij gezien als meerwaarde.
2. Het belangrijk is voor een deel van de behandelaren te zien dat er eensgezindheid bestaat in het gehele behandelteam ten aanzien van E-Health interventies.
3. Fysiek-georiënteerde¹ therapeuten minder meerwaarde zien in het gebruik van NaDien dan andere therapeuten.

Er is eenduidige acceptatie van E-Health. Behandelaren #9 en #10 vatten dit respectievelijk samen als: *“Ik sta daar heel positief tegenover, E-Health...Het past goed bij de tijd en bij hoe mensen hun tijd indelen.”* en *“Voorstander, groot voorstander!”*. Vooral de toegankelijkheid van E-Health en NaDien werden ervaren als toegevoegde waarde. Behandelaar #8 zei hierover: *“Bijna iedereen heeft toegang tot internet, en ik denk dat het voor sommige mensen ook makkelijker toegankelijk kan zijn, bijvoorbeeld voor mensen die een afstand hiervandaan wonen.”*.

Het is daarom opmerkelijk dat drie behandelaren hebben aangegeven dat het behandelteam zich eensgezinder zou kunnen opstellen tegenover E-Health interventies. Deze behandelaren wekten de suggestie dat er enige mate van weerstand of angst bestaat bij collega's met betrekking tot het gebruik van E-Health. Behandelaar #2: *“Binnen RVE-6, onze afdeling, is het wel belangrijk om alle mensen mee te krijgen. Ik weet wel dat er een aantal mensen zijn die niet zoveel hebben met E-Health. En ook een aantal mensen die daar wel wat mee hebben. Misschien is dat een stukje angst, toch angst om een deel los te laten.”*. Voorts stelde behandelaar #5 dat: *“Het belangrijkste is dat alle leden van het team enthousiast worden over E-Health en NaDien in dit geval. (...) [Dit komt door] angst voor het onbekende denk ik, we hebben het nu leuk, gaan we dat niet verliezen? Verandering is altijd lastig binnen organisaties.”*.

Tot slot benoemden hoofdzakelijk fysiek-georiënteerde therapeuten dat E-Health beperkte toepassing heeft. Gesteld werd dat enerzijds NaDien zich hoofdzakelijk focust op het psychologische aspect van een behandeling. Anderzijds stellen zij dat E-Health interventies een ondersteunende functie hebben, maar geen vervangingen zijn voor nazorgtrajecten. Behandelaar #1: *“...maar alleen een adviserende rol, op afstand past bij E-Health (...) ik zie het absoluut niet als vervanging voor de huidige nazorg.”*. En behandelaar #2: *“Het gaat veelal, het psychische stuk wordt besproken. Daar heb ik nog wel vraagtekens bij.”*.

¹ Fysiotherapeuten, ergotherapeuten, bewegingsagogen en activiteitentherapeuten.

Implementatie van NaDien

In deze categorie worden subthema's uitgebreider besproken vanwege relevantie tot het onderzoeksdoel.

Patiënt-Therapeut contact

Twee veel besproken en gerelateerde subthema's zijn *patiënt-therapeut contact* en *afbakenen van contact via NaDien*. Behandelaren werden gevraagd wat hun mening was over contact tussen patiënt en behandelaar *via* NaDien. Zes behandelaren waren van mening dat E-Health een kans bood om contact te onderhouden met ex-patiënten en om zodoende te kunnen ingrijpen wanneer nodig. Behandelaren #2 en #4 zeiden hierover respectievelijk: *"Zelf zou ik het prettig vinden om met iemand na de hand nog contact op te nemen."* en *"Het lijkt me goed dat je niet alleen als gebruiker dingen kan invullen, maar dat je als therapeut ook gewoon mee kan kijken. Hè, dat vind ik toegevoegde waarde."*

Een enkeling vond een ongelimiteerde contactfunctie aanbevelenswaardig. Een meerderheid van de behandelaren waarschuwden echter ook dat deze functie onnodige therapeutafhankelijkheid kon veroorzaken, zelfredzaamheid kon verminderen of de werkdruk van therapeuten aanzienlijk verhoogt.

Het merendeel van de behandelaren wensten een duidelijk *afgebakende* contactfunctie. Het idee van een *strippenkaart* werd daarbij drie keer genoemd. Behandelaar #10: *"...ik zou er wel voor openstaan. Maar [ik] denk wel dat het een stukje afgegrensd moet worden. Dat bij wijs van spreken [patiënten] een soort van strippenkaart krijgen en dat ze zoveel keer contact op kunnen nemen [via NaDien]."* Behandelaar #11 waarschuwde: *"...ik wil niet een therapeutafhankelijkheid laten ontstaan. Het moet niet het medium worden, om via NaDien om nog een verlening van je behandeltraject te krijgen."*

Zelfredzaamheid

Het overgrote deel vond dat patiënten NaDien *zelf* moeten kunnen gebruiken (*zelfredzaamheid*). Dit staat in nauw verband met een hoge toegankelijkheid van NaDien. In andere woorden, NaDien moet toegankelijk genoeg zijn zodat patiënten het zelfstandig kunnen gebruiken. Onder andere was behandelaar #11 van mening dat: *"...[patiënten] het vooral zelf moeten doen."*

Behandelaren gaven aan dat deze behoefte tot zelfredzaamheid zowel een positief als negatief effect kan hebben. Enerzijds is de redenering dat NaDien zodanig toegankelijk moet zijn dat de interventie geen of nauwelijks begeleiding vereist. Behandelaar #7: *"Het is een nazorg programma hè. Dus eigenlijk, zou je dan zelf moeten kunnen. Anders wordt het weer een verlengstuk van de behandeling, het is op zich wel een verlengstuk, maar je moet het zelf doen."*

Anderzijds waren er meningen die wezen op de mogelijkheid dat patiënten wellicht niet zelfredzaam genoeg zijn om NaDien te gebruiken of dat de zelfstandigheid geen meerwaarde heeft. Behandelaar #2: *"De zelfstandigheid kan mensen helpen, maar het kan ook te confronterend zijn. (...) Misschien dat [patiënten] zich daar ook wel mee kunnen redden. Lastig om in te schatten"*. Ofwel, de implementatie zou moeten monitoren of de toegankelijkheid voldoende blijft voor de meerderheid van patiënten.

Persuasieve technieken

Behandelaren vonden twee persuasieve technieken waardevol. 'Herinnerings-berichten' en 'jezelf een bericht kunnen sturen' werden als meerwaarde ervaren. Het onderdeel 'motiverende berichten' werd echter vaak met scepsis beoordeeld. Dit omschreef behandelaar #4: *"Ik vond die motiverende, deze coach uhm, ik vind dat herinneren beter zeg maar. Want dat je jezelf motiveerde berichtjes stuurt, ja...ik zou er niet in geloven."*

Behandelaar #4 gaf vervolgens de suggestie om dit onderdeel aan te passen zodat: *"...als mensen één keer per week ingelogd hebben, dat ze na zo'n week wel een motiverend berichtje krijgen, van: 'het is mooi dat u heeft ingelogd. Dat u bezig bent.' Dit is meer van: je doet het goed, het zou mooi zijn als mensen ook echt een actie hebben en dat daar een beloning op volgt."* Behandelaar #8 stelde voor dat: *"Misschien als je een [herinneringsbericht] hebt met eigen waardes, waar een psycholoog een bericht aan gekoppeld [heeft], dat het aansluit bij de mensen die daar gebruikt van maken."*

Enkele behandelaren vonden dat patiënten meer vrijheid moeten krijgen in het kiezen van de wijze waarop de berichtjes worden verstuurd. Denk daarbij aan het veranderen van platform (van berichten via de computer naar e-mail, SMS of WhatsApp). Behandelaar #9: *[Berichtjes] moeten persuasive zijn, op een manier die voor jou werken, kijk die moet je op de computer, als je mij een 'appje' stuurt, dan uh, dan reageer ik als een sms krijgen, dan kon wel eens tegenvallen. Sommige mensen laten dat makkelijk liggen."*

Eén behandelaar waarschuwde dat de herinneringsberichtjes geen schuldgevoel moeten opwekken bij patiënten. In de zin dat deze berichten de patiënt er niet op moeten wijzen dat h/zij verzuimd heeft in te loggen en derhalve als een berisping kunnen worden ervaren.

Startmoment en begeleiding

Er heerst een verdeling onder behandelaren over het startmoment van NaDien. De ene helft van behandelaren (diverse functies) wensen NaDien te gebruiken tegen het einde van de behandeling. Redenen hiervoor zijn: 1) de patiënt weet aan het einde van de behandeling wat zijn/haar doelen zijn, 2) NaDien kan dan als een opstapje dienen om patiënten houvast te geven voor na de therapie en 3) dat NaDien niet het huidige behandeltraject moet vervangen, ofwel, NaDien beperken tot nazorg. Behandelaar #6: *"[In] de laatste drie weken, wanneer je begint met het stukje nazorg."*

Behandelaar #8 stelde voor om: *"in week 5 [te beginnen] over NaDien, dit is NaDien, dit is de bedoeling en zo werkt het, dit kan je ermee en in week 6 kunnen mensen nog vragen stellen bij onduidelijkheden. Misschien als er eventueel nog vragen kan zijn, kan er gebeld worden na de groepsleiding toe, dan zouden daar vragen over kunnen beantwoorden. Zoals ik het nu zie, is het waarschijnlijk simpel genoeg."*

De andere helft van behandelaren vond dat NaDien –gedeeltelijk of geheel- aangeboden kon worden tijdens of in het begin van de behandeling. De twee redenen hiervoor waren: 1) NaDien kan fungeren als samenvatting van de waarden, acties en tips die tijdens de behandeling worden geleerd worden en 2) NaDien als reeds bekend middel voor houvast kan dienen, met oog op de tijd na de behandeling.

Behandelaren #10 en #3 zeiden hierover respectievelijk: *“Eigenlijk [moet je NaDien] vanaf het begin inzetten, nu hebben mensen zelf een werkboek waar ze hun eigen gedachten en tips inschrijven. Ik zou het dan mooi vinden als je dan daar gelijk zo’n programma voor kunt gebruiken, daarin kunnen ze het na de tijd terugpakken.”* en *“Naja, ik zou het in die zin wel misschien al een beetje gaandeweg door de, wel af en toe laten terugkomen, vooral op het eind. Maar niet pas op het eind. Ik zou het wel meenemen in het geheel. Dat men weet dat het er is. Je merkt dat er wel spanning is over, ik ga straks stoppen en wat dan?!”*.

NaDien als onderdeel van de behandeling

De mening van behandelaren over het startmoment lijkt te verklaren door hun attitude tegenover NaDien. Wanneer NaDien wordt gezien als uitsluitend nazorg, kiezen behandelaren ervoor zolang mogelijk te wachten met implementeren. Echter, als er verwacht wordt dat NaDien kan bijdragen aan de behandeling, kiezen behandelaren ervoor om NaDien te gebruiken als samenvatting of zelfs als vervanging van de huidige werkmap. Behandelaar #8: *“Het ligt eraan, in zover op nazorg, week 5 en 6. Waardes en acties, kijk die zou je al kunnen gebruiken ondertussen om aanvullen. Dan zou ik het niet zo snel op nazorg gooien, ja wat is’t, opslagplaats voor je waardes of zoiets? Inderdaad, maar voor de nazorg zou ik zeggen week 5 of 6, dan zou ik ermee beginnen.”*.

Enkele behandelaren geven aan dat NaDien gelijk kan lopen met de behandeling. Zowel de functies *oefeningen*, *waarden* en *acties* zijn inzetbaar tijdens het huidige behandeltraject. Behandelaar #11 beschreef het als volgt: *“Omdat ik dan denk dat die oefeningen die je dan krijgt, het mooiste zou zijn oefeningen, als je per week want je hebt gehad dat het ook na boven komt, dat zou het mooiste zijn. Oefeningen die je hebt gehad staan erin, en kun je tijdens al gebruiken. In de derde week komen er dan weer andere oefeningen bij, zodat het repertoire eigenlijk uitgebreid wordt. Dan kunnen ze er eigenlijk al gelijk die waarden en acties erin zetten. Dan wordt het eigenlijk een document wat, wat gaat leven!”*. Behandelaar #8 vond dat: *“als je zoiets hebt staan is het een stuk makkelijker dan een boek of map er bij te pakken.”*.

Zoals eerder benoemd vinden fysiek-georiënteerde therapeuten dat NaDien beperkt door de focus op het psychologische aspect van de behandeling. Zij wensen oefeningen toe te voegen die overeenkomen met bijvoorbeeld fysiotherapeutische oefeningen. Reden hiervoor is dat deze therapeuten waarschuwen dat NaDien niet kan helpen bij de bewustwording van fysieke ervaringen. Behandelaar #5: *“...de kwaliteit van het bewegen en de kwaliteit van hoe gebruik jij je lijf, die haal je hier niet uit.”*.

Enkele behandelaren vonden het belangrijk dat er mogelijkheid bestaat van feedback op de interventie tijdens implementatie. Ofwel dat NaDien aan de hand van ervaringen uit de praktijk door behandelaren besproken en aangepast kan worden. Tot slot noemde één behandelaar dat NaDien onvoldoende gericht is op sociale netwerken. *“Ik vind dat [NaDien] hier en daar te veel gericht is, te veel op het individu. Je kan ook wel een keer richten op je netwerk, hoe zorg je er nou voor dat je mensen vindt, of dat mensen jou vinden? Dat vind ik er niet inzitten, dat zou maatschappelijk werk zijn.”* (Behandelaar #9).

In de bijlage worden additionele citaten vermeld per categorie.

Discussie

Samengevat zijn de belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn dat er grote behoefte en bereidheid is onder behandelaren om E-Health en NaDien te implementeren. Voorts lijken behandelaren de interventie gedurende dan wel tegen het einde van de behandeling te willen gebruiken, de verdeling tussen behandelaren wordt toegewezen aan de attitudes van hen, die uiteenlopen van wens voor een therapie geïntegreerde rol tot een beperkte nazorg functie van NaDien. Duidelijk is dat er waarde wordt gehecht aan de ondersteuning die NaDien biedt aan patiënten. Tevens bestaat is er draagvlak om een afgebakende contactfunctie toe te voegen aan NaDien, waarmee de interventie een medium wordt in de therapie tussen behandelaar en patiënt. Er wordt echter ook gewaarschuwd dat NaDien niet als verlengstuk van de huidige therapie zou moeten dienen, tegelijkertijd noemen enkele behandelaren dat op den duur onderdelen uit de therapie kunnen worden overgenomen door NaDien. De bevindingen van dit onderzoek suggereren daarmee dat er onder behandelaren geen eensgezinde visie bestaat over de invulling van de rol van NaDien binnen het behandeltraject. Als laatste moet gelet worden op de toegankelijkheid van NaDien, deze wordt aanbevolen te maximaliseren ten behoeve van de zelfstandigheid van de patiënten.

Veel behandelaren wensen een verbetering en intensivering van het nazorgtraject. Er werd expliciet aangegeven dat er nauwelijks zicht is op nazorg en dat dit aspect van de behandeling ontoereikend is. Er werd tevens genoemd dat er weinig zicht is op terugval. Opgemerkt moet worden dat behandelaren tijdelijke en milde terugval van ex-patiënten niet schadelijk vinden voor het leerproces, op voorwaarde dat deze patiënten in staat zijn terug te keren op het niveau van voor de terugvalperiode. Bovendien bestaat bij hen het beeld dat vele patiënten periodes van tijdelijke terugval doormaken. Dit laatste is opmerkelijk, gezien het feit dat behandelaren tevens aangaven weinig zicht te hebben op terugvalfrequentie. Dit onderzoek constateert dat er weinig onderzoek is gedaan over terugval bij chronische pijnpatiënten, met als gevolg dat deze bevindingen niet vergeleken kunnen worden met eerdere studies.

Behandelaren noemende dat naast de ondersteuning tijdens nazorg en therapie, NaDien de mogelijkheid biedt een overzicht van voortgang te vormen en eventueel contact houden met ex-patiënten. Een aantal behandelaren heeft dit nadrukkelijk benoemd, de data van NaDien kon volgens hen gebruikt worden om zicht te krijgen op de voortgang van ex-patiënten. De onderzoeker maakt echter twee nuancerings. Ten eerste vraagt de benodigde hoeveelheid dataopslag een grote financiële bijdrage. Ten tweede is NaDien ontworpen om een zelfstandige ondersteuning te bieden aan patiënten om hetgeen geleerd is tijdens de therapie vast te houden. De functie van NaDien als opslag en portaal tot gebruikersdata komt niet overeen met deze doelstelling. Met andere woorden, tijdens het ontwerpproces van NaDien is geen rekening gehouden met deze rol voor het behandelproces, het is daarom af te raden NaDien deze rol toe te bedelen zonder implementatiestrategie of vervolgonderzoek naar de implicaties en draagvlak van alle gebruikers (van Gemert-Pijnen et al., 2012).

Voorts bestond er vertrouwen dat de huidige behandeling voldoende was om patiënten leren vast te houden wat geleerd is tijdens de therapie. Alle behandelaren waren hoofdzakelijk positief tegenover het gebruik en de werkwijze van ACT. Identiek aan de redeneringen uit Turk et al. (2011) en Breivik et al. (2006), noemen behandelaren dat deze cognitieve gedragstherapie een bijdrage levert aan het welzijn van chronische pijnpatiënten. Dit door middel van anders leren omgaan met gedachten en gevoelens die de aandoening voortbrengt. Nagenoeg altijd werd genoemd dat patiënten voordeel

ervaren doordat deze niet leren de symptomen te verminderen, maar psychologisch flexibeler te worden. Dit is overeenkomend met McCracken (2004), die stelt dat patiënten via ACT leren de chronische pijn beter te accepteren en vervolgens een waardevoller leven te leiden. Dit aspect van ACT lijkt dan ook uiterst compatibel te zijn met de behandeling van deze groep patiënten.

Kritiek was dat ACT en NaDien een te hoog abstractieniveau bezitten. De kernprocessen en de functies van NaDien focussen zich hoofdzakelijk op mentale en daarmee abstracte belevingen (Hayes et al., 2006). Dit werd door de 'fysieke' therapeuten, zoals fysiotherapeuten, genoemd als een verbeterpunt. Enerzijds is NaDien bedoeld als interventie die waarden, acties en (metaforische) oefeningen gebruikt. Anderzijds kan deze feedback in de toekomst worden gebruikt als mogelijkheid tot verbetering en/of uitbreiding van NaDien. Desondanks benadrukken de resultaten dat ACT een zeer waardevol onderdeel is van het huidige behandeltraject en dat het daarom een juiste keuze is geweest NaDien te baseren op ACT.

De adherentie en therapietrouwheid vormen belangrijke thema's in de literatuur (Christensen et al., 2009 & Kelder et al., 2012b). Hoewel behandelaren dit niet betwisten, vonden zij de term therapietrouwheid niet passen bij NaDien. Er werd herhaaldelijk gesteld dat (ex-)patiënten geen therapie volgen met NaDien. Het zou echter duidelijk moeten zijn dat NaDien gebruikt wordt voor eigen doeleinden. Met andere woorden, de interventie moet bij patiënten leiden tot intrinsieke motivatie, door hen te laten ervaren dat NaDien bijdraagt aan persoonlijke doelen. De resultaten uit het interview suggereren dat voor de behandelaren toegankelijkheid voor patiënten hiervoor een buitengewoon belangrijke factor is. Dit in overeenstemming met Eysenbach (2005), waarin de gebruiksvriendelijkheid als voorspeller van adherentie wordt genoemd.

De persuasieve technieken werden met gemengde reacties beoordeeld. Motiverende berichten worden daarbij frequent met scepsis besproken. Dit staat in verband met wat zojuist is besproken over therapietrouwheid, de patiënten moeten niet therapietrouw 'worden gemaakt'. De bijdrage die NaDien levert aan persoonlijke doelen zal *an sich* voldoende intrinsieke motivatie teweegbrengen bij de gebruikers volgens behandelaren. Bovendien zullen motiverende berichten een averechts effect hebben, wanneer deze als onecht of opdringerig worden ervaren. Herinneringsberichten worden echter wel als waardevol gezien, zodat vergeten wordt voorkomen. In literatuuronderzoek werd door Kelders et al. (2012a) besproken dat persuasieve technieken de gebruikers laten inzien dat een interventie waardevol is. De bevindingen uit dit onderzoek daarentegen wijzen erop dat NaDien *geen* technieken nodig zou moeten hebben volgens de behandelaren, uitzondering hierop zijn herinneringsberichten.

Dit staat in contrast met de literatuur (Kelders, 2012c), waarin gesproken wordt over een *intrinsiek* motiverende rol van persuasieve technieken. In dit onderzoek hebben enkele behandelaren de motiverende berichten van NaDien vergeleken met de herinneringsfuncties van sociale media als *Facebook*. Omdat het doel en de context van sociale media niet overkomen met die van NaDien, lijkt dit ten minste gedeeltelijk de verklaring te zijn voor de negatieve opvattingen over motiverende berichten. Bovendien zou de term *persuasief* negatieve associaties kunnen oproepen bij behandelaren, wat leidt tot een negatieve attitude tegenover deze technieken. Op basis van deze nuancerings en de bestaande literatuur stelt dit onderzoek dat persuasieve onderdelen van NaDien wel degelijk een waardevolle bijdrage aan intrinsieke motivatie kunnen leveren en daarom geen revisie behoeven.

De attitudes van behandelaren tegenover NaDien *en* E-Health waren overweldigend positief. Behandelaren zien het nut van E-Health en NaDien voor behandelingen binnen *Het Roessingh*. Opvallend was dat enkele behandelaren vraagtekens hadden bij het de acceptatie van E-Health door andere collega's. Wellicht staat dit in verband met de bevinding dat behandelaren in dit onderzoek geen eenduidige visie uitten over de exacte rol van NaDien. Andere behandelaren waren sterk gemotiveerd en in enkele gevallen cynisch over het starten met NaDien, doordat er een waargenomen achterstand bestaat tussen *Het Roessingh* en gelijksoortige instellingen als het gaat om implementatie van E-Health interventies.

Behandelaren beginnen bij voorkeur tijdens of tegen het einde van het behandeltraject met NaDien. Dit onderzoek laat een duidelijke verdeling zien tussen behandelaren. Waarbij een helft kiest voor een startmoment gedurende de behandeling. Dit houdt in dat NaDien een actief onderdeel vormt van de behandeling vanaf de eerste weken, e.g. als samenvatting van hetgeen geleerd is. De andere helft van behandelaren bedelen NaDien een ondersteunende rol toe, beperkt tot het individuele nazorgtraject. Dünnebeil, Sunyaev, Blohm, Leimeister en Krcmar (2012) stellen in hun onderzoek dat het waargenomen belang van E-Health in de therapie een cruciale rol speelt in de vorming van attitudes bij behandelaren. De bevindingen uit dit onderzoek suggereren dat de gevonden verdeling ten aanzien van het startmoment afhangt van deze factor. Behandelaren moeten overtuigd zijn dat E-Health een meerwaarde is ten opzichte van het bestaande behandeltraject, de mate van deze overtuiging bepaalt de bereidheid om E-Health te gebruiken. De splitsing tussen behandelaren kan verklaard worden vanuit het feit dat NaDien op het moment van dit onderzoek niet geïmplementeerd was. Dit ontnemt behandelaren de kans om te ervaren hoe en dat NaDien een waardevolle bijdrage kan leveren.

Er zijn enkele beperkingen waarmee de lezer rekening moet houden tijdens het interpreteren van de resultaten. De eerste is de éénmalige uitvoering van het interview. De onderzoeker had geen mogelijkheid het interviewschema aan te passen aan de hand van resultaten of een pilotstudie. Hoewel met doorvragen getracht is relevante antwoorden te verkrijgen, kan op basis van de huidige resultaten nauwkeuriger een interviewschema worden opgesteld. Bovendien werd het doorvragen pas specifiek na de eerste twee à drie interviews. Zodoende fungeerden deze interviews als zijnde proefinterviews. Met als gevolg dat deze behandelaren minder specifiek op terugkomende thema's zijn geïnterviewd. Ten tweede is NaDien niet geïmplementeerd voorafgaand aan de interviews. Dit betekent dat dit onderzoekers wat betreft implementatie van NaDien alleen naar verwachtingen kon vragen en niet naar ervaringen. Doordat tijdens het interview de tijd werd genomen om behandelaren kennis te laten maken met NaDien werd beoogd de impact hiervan te beperken. Ten derde was de diversiteit qua functies van behandelaren zowel een voordeel als nadeel wat betreft reikwijdte van de resultaten. Enerzijds biedt dit een breed scala aan visies vanuit verschillende perspectieven. Anderzijds kunnen conclusies niet gegeneraliseerd worden, omdat er van elke functie slechts één of twee deelnemers zijn geïnterviewd. Met als gevolg dat de externe validiteit niet te garanderen is op basis van de huidige steekproef (Smaling, 2009). Ten vierde bestond er geen mogelijkheid om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te toetsen, doordat er één interviewer was. Desondanks is getracht de betrouwbaarheid te maximaliseren, door het coderen dusdanig systematisch en objectief uit te voeren, dat er minimale persoonlijke invloed van de onderzoeker was (Lewins & Silver, 2009).

Als aanbeveling kunnen vervolgonderzoeken wederom de ervaringen en attitudes van behandelaren in kaart brengen nadat enige tijd is verstreken waarin NaDien geïmplementeerd is. Vervolgens zou dit vervolgonderzoek vergeleken kunnen worden met de huidige resultaten. Ter aanvulling kan op basis van *grounded theory* en proefinterviews nauwkeuriger onderzoek worden gehouden in de toekomst, waarbij het naargelang van nieuwere resultaten verbeteringen ondergaat. Bovendien zouden meerdere interviewers kunnen participeren, waarmee de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kan worden gerapporteerd (Baarda et al., 2005). De laatste aanbeveling is om de externe validiteit te verhogen, door meerdere behandelaren van eenzelfde functie aan de onderzoekspopulatie toe te voegen (Smaling, 2009).

Al met al wijzen de resultaten van dit onderzoek erop dat de geïnterviewde behandelaren zeer bereid zijn NaDien te gebruiken in hun behandelingen. Uit de interviews is een overzichtelijk beeld ontstaan van de attitudes en ervaringen van behandelaren met uiteenlopende functies binnen *Het Roessingh* wat betreft nazorg, E-Health en NaDien. Dit beeld vormt een bruikbare basis voor het ontwerpen van de implementatiestrategie van NaDien. Hoewel dit onderzoek aanbeveelt dat de interventie gaandeweg aangepast moet worden op basis van vervolgonderzoek, is de verwachting dat NaDien in haar huidige vorm een enorm waardevolle bijdrage zal leveren aan de nazorg en behandeling voor chronische pijnpatiënten.

Referenties

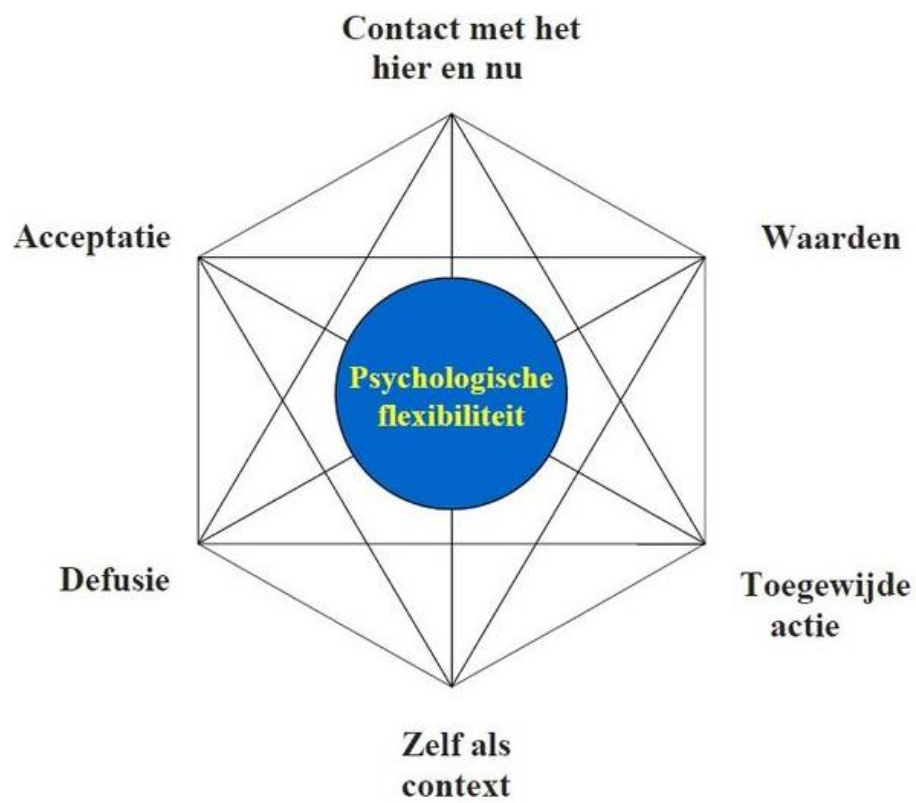
- A-Tjak, J., de Groot, F. (2006). *Acceptance & Commitment Therapy*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum Uitgeverij, Springer Media.
- Baarda D.B., de Goede M.P.M., Teunissen J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese Uitgeverij.
- Blackledge, J. T. (2003). An Introduction to Relational Frame Theory: Basics and Applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421-433.
- 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, 287-333.
- Bruin, de, M. (2013). *Haal meer uit je leven met pijn: Een onderzoek naar inlogpatronen, adherentie en pijninterferentie bij de online interventie* (masterthesis). Universiteit van Twente, Enschede.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2).
- Dünnebeil, S., Sunyaev, A., Blohm, I., Leimeister, J. M. & Krcmar, H. (2012). Determinants of physicians' technology acceptance for e-health in ambulatory care. *International Journal of Medical Informatics*, 81 (11), 746-760
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3, 20.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4)
- Freyne, J., Saunders, I., Brindal, E., Berkovsky, S., & Smith, G. (2012). *Factors associated with persistent participation in an online diet interventie*. CHI Extended Abstracts, 2375-2380
- Van Gemert, J. E. W. C., Wynchank, S., Covey, H. D. & Ossebaard, H. C. (2012). Improving the credibility of electronic health technologies. *Bulletin World Health Organization*, 90(5), 323-323A.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.

- 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, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M.P., & Wilson, K.G. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Kelders, S. M. (2012c). *Understanding adherence to web-based interventions* (Proefschrift Universiteit Twente, Nederland). DOI: 10.3990/1.9789036534178. Vermeld als [Kelders, 2012c].
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C. & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2012b). Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), onbekend. Vermeld als [Kelders et al., 2012b].
- Kelders, S. M., Pots, W. T. M., Oskam, M. J., Bohlmeijer, E. T. & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2012a). Development of a web-based intervention for the indicated prevention of depression. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013, 13(26), onbekend. Vermeld als [Kelders et al., 2012a].
- Keyte, D., Richardson, C. (2011). Re-thinking pain educational strategies: Pain a new model using e-learning and PBL. *Nurse Education Today*, 31(2), 117-121.
- Lewins, A. & Silver, C. (2009) *Choosing a CAQDAS Package*. NCRM Working Paper. University of Surrey, Guildford, UK. (niet gepubliceerd)
- McCracken, L. M. (in press). Committed Action: An Application of the Psychological Flexibility Model to Activity Patterns in Chronic Pain. *The Journal of Pain*, in press, 1-8.
- McCracken, L. M. & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain. *American Psychologist*, 69(2), 178-187.
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion (CMRO)*, 27(2), 449-462.
- Schreurs, K. M. G. (2013). *Chronisch pijn en toch vitaal. Een uitdaging voor de patiënt en de gezondheidszorg*. Universiteit van Twente: oratie.
- Sleed, M., Eccleston, C., Beecham, J., Knapp, M. & Jordan, A. (2005). The economic impact of chronic pain in adolescence: Methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. *Pain*, 119(1-3), 183–190.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *KWALON*, 14(3), 5-11.

- 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 Behavioural Medicine*, 2015(38), 66–80.
- Turk, C. D., Wilson, H. D. & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 2011(337), 2226-2235.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek Psychopathologie. Deel 1: Basisbegrippen* (309-315). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veehof, M. M., Oskam, M., Schreurs, K. M. G. & Bohlmeijer, E. T. (2010). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 2011(152), 533-542.

Bijlage

Hexaflex



Figuur 1: De Hexaflex van het psychologische flexibiliteitsmodel met kernprocessen.¹

¹Bron: Wikipedia, Link: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:ACT_hexaflex.jpg

Interviewschema: NaDien: Ervaring en Verwachtingen van Behandelaars.

Interviewschema voor behandelaars van Het Roessingh

Aanvang interview

Stel je voor en informeer de geïnterviewde over de bedoeling van het interview. Leg uit dat alle gegevens anoniem worden gebruikt in het gehele onderzoek. Vertel de geïnterviewde dat het niet verplicht is om te antwoorden en dat er op elk gewenst moment gestopt mag worden met het interview. Beantwoord vragen die de geïnterviewde heeft alvorens het interview te beginnen en vertel dat hij/zij altijd contact kan opnemen via e-mail bij vragen. Tot slot, leg uit dat de geïnterviewde toestemming moet geven voor dit onderzoek door middel van het *informed consent* formulier.

➔ Laat de geïnterviewde het *informed consent* formulier lezen en ondertekenen.

Toelichting interview

De vragen uit het interview zijn 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. Uitleg wordt gegeven daar waar nodig is. Alles wordt zo compleet mogelijk vermeld op dit formulier.

De volgorde van thema's (**voorkennis.. etc.**) wordt aangehouden, alle thema's moeten aan bod zijn gekomen tijdens het interview.

Gegevens behandelaar

Geslacht: M / V (Omcirkelen wat van toepassing is)

Leeftijd: Jaar

Werkzaam bij het Roessingh sinds: Jaar (afgerond op ½ jaren)

Functie binnen het Roessingh:

.....

Notitie (eventueel):

.....

.....

.....

Acceptance and Commitment Therapy & Huidige Behandeltraject

1. De app NaDien staat in het teken van nazorg bij chronische pijnpatiënten. Kunt u vertellen wat uw denkt van het huidige nazorgtraject? **Deelvraag: 1**

.....

.....

.....

.....

2. Wat zijn uw ervaringen met terugval van patiënten? **Deelvraag: 2**
Indien niet genoemd

.....

.....

.....

.....

3. In welke mate vindt u ACT effectief bij behandeling van chronische pijn bij de patiënten die u behandelt? **Deelvraag: 3**

.....

.....

.....

.....

4. Hoe effectief denkt u dat het huidige behandeltraject is met het oog op *vasthouden wat een patiënt geleerd heeft*? **Deelvraag: 3**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E-Health

5. NaDien is software die online gebruikt wordt. Wat is uw mening over het gebruik van online interventies oftewel E-Health? **Valt niet onder deelvraag**

.....

.....

.....

.....

NaDien

➔ NaDien App laten zien en enkele functies benoemen en uitleggen.

6. Het doel van NaDien is te zorgen dat chronische pijnpatiënten na afloop van de therapie blijven vasthouden wat geleerd is, denkt u dat NaDien daarbij kan helpen? **Deelvraag: 4**

.....

.....

.....

7. Wat maakt dat NaDien kan bijdragen aan deze doelstelling? *Doorvragen: waarom wel/niet, specifieke eigenschappen NaDien.* **Deelvraag: 4**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Om specifiek te zijn, wat vindt u van de onderdelen van Nadien, vindt u deze bijvoorbeeld passend voor een nazorgtraject?
Doorvragen: Welke onderdelen, wat is er goed/slecht aan dit onderdeel en hoe zou hij/zij het graag anders zien? Deelvraag: 4

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Inzetbaarheid

➔ Geef aan dat er nu enkele vragen over de implementatie worden gesteld.

Moment

9. Op welke moment of momenten tijdens het behandeltraject vindt u het geschikt om NaDien in te zetten? **Deelvraag: 5**
Doorvragen: waarom wel en waarom niet tijdens genoemde momenten?

.....

.....

.....

.....

10. Welke redenen heeft u voor het kiezen van dit moment/deze momenten?
Indien niet aan bod gekomen Deelvraag: 5

.....

.....

.....

Begeleiding

11. Denkt u dat NaDien het beste aangeboden kan worden onder begeleiding van therapeuten? **Deelvraag: 5**

Doorvragen: wanneer en hoe lang begeleiding, welke mate nodig, privé of op de instelling?

.....

.....

.....

.....

12. In de pilot is door patiënten als feedback genoemd dat er behoefte is aan contact met therapeuten via NaDien, hoe kijkt u daar tegen aan? **Deelvraag: 5**

.....

.....

.....

.....

Persuasieve technieken

13. NaDien maakt gebruik van technieken zoals herinneringsberichtjes om de therapietrouwheid te verhogen, wat vindt u daarvan? **Deelvraag: 5**

.....

.....

.....

.....

14. Zijn er onderdelen van NaDien die u aanspreken of mist u juist mogelijkheden die de therapietrouwheid zouden bevorderen? **Deelvraag: 5**

.....

.....

.....

Implementatieplan

15. Samenvattend en ten aanzien van het gebruik van NaDien, hoe ziet uw ideale gebruik van deze interventie eruit? Met andere woorden, hoe zou u deze interventie willen inzetten naast de reguliere therapie? **Deelvraag: 5**

Doorvragen: Redenen waarom de behandelaar het draaiboek als zodanig wel of niet wil zien. Zijn er nog anderen suggesties?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Afsluiting

16. We lopen tegen het einde van het interview, wilt u nog punten toevoegen die niet besproken zijn tijdens het interview? **Valt niet onder deelvraag**

[illegible]

17. Als laatste, heeft u verder nog opmerkingen of vragen? **Valt niet onder deelvraag**

.....

.....

.....

.....

.....

Einde,

Beëindig het interview.

INFORMED CONSENT FORMULIER

Titel onderzoek: Nazorg bij chronische pijn: Onderzoek naar de implementatie van NaDien onder behandelaars van *Het Roessingh*.

Verantwoordelijke onderzoekers: Prof. Dr. K.M.G. Schreurs, Dr. H.R. Trompetter & K.T. Kwakkenbos (student).

In te vullen door de deelnemer

Door dit formulier te ondertekenen gaat u akkoord met de volgende drie stellingen:

1. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel 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.
2. Ik begrijp dat al mijn antwoorden en data uitsluitend voor wetenschappelijke analyse en/of wetenschappelijke presentaties zullen worden gebruikt.
3. 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. Ik begrijp dat ik bij vragen altijd contact kan opnemen met één van de bovengenoemde onderzoekers.

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:

Additionele interviewcitaten per categorie

Algemene opvatting over het huidige nazorgtraject

- *“Ik ben wel nieuwsgierig. Ik zou het fijn vinden als er een grotere gedeelte zichtbaar is na de behandelingen.”*
- Behandelaar #1
- *“Het zou mooi zijn als het op een andere manier gemonitord kan blijven.”*
- Behandelaar #4
- *“Hoe het nu is geregeld is positief, maar het is niet geregeld, we hebben geen nazorgtraject(...) En ik vind dat wij hier hopeloos mee achterlopen.”*
- Behandelaar #9
- *“Nou ja, dat weten we niet zo goed, niet zo goed zicht op hoe vergaat het de mensen nu, na het revalidatie programma. Het zou ook wel heel waardevol zijn om daar toch meer zicht op te krijgen.”*
- Behandelaar #12

Ervaringen van behandelaars over terugval patiënten

- *“Ik heb eigenlijk weinig ervaring met mensen die volledig zijn terugvallen. De casussen die ik heb gehoord, uhm, kom ik zelden tegen dat ze volledig terugvallen. Mensen winnen sowieso wat met onze behandeling.”*
- Behandelaar #4
- *“Mijn ervaring is eigenlijk dat mensen na deze behandeling weer handvatten hebben gekregen en het eigenlijk heel eng vinden om zelf weer [door] te gaan. Wat ik dan bij mensen zie is dat ze altijd een moment hebben waarbij het minder goed gaat, maar dat het daarna ook weer goed gaat. Meestal zie ik dat mensen zelf de lijn wel weer kunnen oppakken.”*
- Behandelaar #10
- *“[Patiënten komen] Allemaal wel een keer in een situatie terechtkomen waarin ze oud gedrag vertonen, dat is logisch.”*
- Behandelaar #11

Algemene opvatting over het bestaande behandeltraject

- *“[Ik] denk dat aspecten van ACT zeker waardevol zijn, bijvoorbeeld, mindfulness vind ik een hele belangrijke, gebruik ik zelf ook heel veel. Inderdaad mensen toch meer de klachten er laten zijn zoals ze zijn, en dingen gaan doen zoals he, zoals dat goed voelt voor hun lichaam. (...) ik denk dat [ACT] een enorm belangrijke toegevoegde waarde is.”*
- Behandelaar #4

- *“Wat ik belangrijk vind, is dat mensen in een pijnrevalidatie traject om leren respect voor zichzelf in hun gedrag vorm te geven en dat is natuurlijk een gedacht die ook heel erg in ACT ondersteund wordt”.*
- Behandelaar #12
- *Bij pijnpatiënten hebben we nog wel eens mensen die cognitief wat minder zijn en op het moment dat je ze iets heel moeilijks voorhoudt dan hebben ze iets heel ingewikkelds. Terwijl, het eigenlijk iets heel simpels is. En het is veel tastbaarder.”*
- Behandelaar #9
- *“Het is niet een kwestie van dat ik iets mis, maar dat ik denk dat de patiëntenpopulatie niet altijd even goed is. Dat het niet altijd even goed is in staat het denkniveau te hebben, waardoor ze zo abstract [kunnen denken], het observerende zelf bijvoorbeeld.”*
- Behandelaar #11
- *“...met name omdat het steeds terugkomt op de bewustwording, spreekt, de metaforen spreken mensen aan.”*
- Behandelaar #8
- *“Ik vind dat we in het huidige behandeltraject te lang door gaan met onruststoken, te weinig handvatten, dat je mensen in verwarring brengt. Goh, het is niet ander, die onrust is er.. dat kan je op een aantal manieren doen en ik vind dat op dit moment te veel behandelaars te veel bezig zijn om tegen de mensen te zeggen: je moet die onrust aanvaarden, dat kan niet denk ik. Eigenlijk is het een heleboel op dezelfde manier, soms is het meer van hetzelfde, ach je kan er zoveel meer mee denk ik dan. Maar goed, op die inhoudelijke manier is het lastig om met elkaar in gesprek te raken.”*
- Behandelaar #9

Opvatting over E-Health en NaDien

- *“Ik merk zelf dat sowieso he, dat we steeds meer moeten gaan digitaliseren en ik denk dat dit juist hier heel goed in past. Dat je op deze manier op de achtergrond beter kan monitoren.”*
- Behandelaar #4
- *“Ik denk dat die wel ondersteunend kan zijn. Hangt alleen af van hoe het programma eruit ziet en de vaardigheden van patiënt en therapeut.”*
- Behandelaar #6
- *“Omdat je, van een afstand is het veel lastiger om, mensen bij te kunnen sturen of te kunnen coachen.”*
- Behandelaar #7

- “[NaDien] is wel heel erg gericht op gedachten. (...) Niet alleen vooruitdenken over bepaalde gedachtes, ik weet niet hoe ik dat moet beschrijven. Maar meer de terugkoppeling naar de ervaringen.”
- Behandelaar #3
- “Ik hoop dat dit ingezet kan gaan worden en dat het gedragen kan worden vanuit het team.”
 - **Wat bedoel je precies met gedragen? (onderzoeker)**
- “Dat het ook echt onderdeel wordt, dat de therapeuten ook echt op de hoogte zijn van de onderdelen en dat daar optimaal gebruik van wordt gemaakt. Ik weet dat er nu een aantal programma’s in gebruik zijn, volgens mij wordt CoCo al gebruikt. Daar ben ik helemaal niet van op de hoogte, dat vind ik wel zonde eigenlijk. Optimaal geïnformeerd worden zodat je het ook optimaal gebruikt kan worden.”
- Behandelaar #10
- “Vaak is de toegankelijkheid groot, als het een beetje goed ingericht is. Iets waarop ze het kunnen doen, tablet dan wel telefoon, hoge mate van beschikbaarheid, makkelijke toegang.”
- Behandelaar #11

Implementatie van NaDien

Patiënt-Therapeut contact

- Ja als dat behoefte zou zijn van mensen, ik denk dat daar gewoon naar geluisterd kan worden. (...) En als de mogelijkheid er is, dan ja zeker. Dit is een makkelijkere manier van contact dan e-mail of bellen. Als je dat allemaal onder één kopje kan schalen onder NaDien, waarom niet?”
- Behandelaar #8
- Ik denk beperkt. (...) Ja kijk, op een gegeven moment je programma is klaar en uh, dat kun je wel, misschien moet je wel denken in een strippenkaart. Dat zou ook kunnen, afgebakend in ieder geval.”
- Behandelaar #7
- “Wellicht zouden er mensen zijn, dat is puur, ik heb geen idee hoe dat echt zou lopen, dat er mensen zijn die elke dag contact willen hebben met een therapeut. Terwijl het juist ook belangrijk is dat mensen op eigen benen leren staan, en hun de ervaringen zie ze hebben geleerd, daar zelf mee bezig te gaan.”
- Behandelaar #8
- “...bied je geen dingen aan die weer geen nieuwe vragen oproepen? Die je eigenlijk alleen mag oproepen op het moment dat je vervolcontact kunt geven.”
- Behandelaar #12

Zelfredzaamheid

- *“Ik vind het uhm, uh, mogelijk voor de patiënt zelf richting te geven aan hun behandeling, daar kunnen we nog heel veel stappen inzetten (...) Nee ze moeten het zelf, hun eigen doelen, NaDien is een platform net als Facebook, die ze zelf kunnen gebruiken. Als we dat na onze behandeling niet kunnen is het niet goed gegaan.”*
- Behandelaar #9
- *“Nee, naja coach is dan een beetje he, niet echt meer iemand fysiek. Dat is het enige, is dat genoeg.. daar durf ik geen uitspraken over te doen.”*
- Behandelaar #3
- *“Alleen het zou ook mogelijkheid zijn om het uit te printen. Wat ik vaak hoor van patiënten is dat ze het op meerdere plekken hangen, dat ze even herinnerd worden. Dat daar even een oefenschemaatje hangt, de drempel wat langer maken.”*
- Behandelaar #6

Persuasieve technieken

- *“Ik denk dat dat goed kan werken. Als je de juiste motiverende berichten hebt. Uhm, nou zal als ik bijvoorbeeld eigen ervaring spreek, ik heb ook wel apps op mijn telefoon en die dan zegt: je hebt al 5 dagen niet gesport. Ja, dat werkt niet, dat geeft een schuldgevoel.”*
- Behandelaar #8
- *“Als je mij een appje stuurt, dan uh, dan reageer ik als een sms krijgen, dan kon wel eens tegenvallen. Sommige mensen laten dat gemakkelijk liggen, je moet eigenlijk de keus kunnen maken, doe het maar via WhatsApp, stuur mij op die manier maar berichtjes.”*
- Behandelaar #9
- *“Net zoals Facebook vind ik dit irritant, hoewel het zich kan lenen als controle.”*
- Behandelaar #1
- *“Ik denk dat dat goed is. Bij CoCo² merkte je toch dat het afslankte, ook doordat in CoCo geen functies zaten zoals bij NaDien, [er] miste interactie. Dan kijken mensen toch minder snel of ze iets moeten doen.”*
- Behandelaar #2

Startmoment

- *“Als ik uitga van een 12-weeks behandelprogramma van de dagbehandeling dan denk ik dat het goed is om een week of drie voor het einde van de behandeling samen met de revalidant samen dit te gaan doen, zodat ie een beetje een opstapje heeft van; ik moet het alleen doen.”*
- Behandelaar #5
- *“Ik zou vrij snel ermee starten, we hebben nu een zesweekse behandeling. Zou ik al na, nou, misschien wel de tweede week.”*
- Behandelaar #11
- *“Ja, goede vraag... Het zou kunnen dat het ook eerder aanbiedt. Eigenlijk verschilt het niet zo heel veel van het huidige programma. Waarom zou het niet tijdens de behandeling kunnen?”*
- Behandelaar #2

- *“...zoals ik het nu zie kan het heel goed gebruikt worden. Wat ik ook denk is dat het heel belangrijk is, dit ook geïmplementeerd [gaat] worden in de laatste week.”*

- Behandelaar #4

² CoCo (ConditieCoach) is een E-Health interventie gericht op zelfmanagement van lichamelijke fitheid.