



# MASTERTHESIS – 10 EC

Gebruikerservaringen met de online interventie  
'haal meer uit je leven met pijn'

20-07-2015

Jeroen Hilgerink

Begeleid door Prof. dr. K.M.G. Schreurs en dr. H.R. Trompetter

## Samenvatting

**Inleiding:** Chronische pijn is o.a. in Nederland een veelvoorkomend probleem. Behandelingen als fysiotherapie en farmaceutische therapie hebben maar geringe effecten op de klachten en geven regelmatig negatieve bijwerkingen. ACT is een vorm van cognitieve gedragstherapie die veelbelovende resultaten laat zien in het afnemen van klachten bij chronische pijn. In dit onderzoek worden de principes van ACT toegepast middels een zelfhulp interventie. Met dit onderzoek wordt getracht de ervaringen van de deelnemers van de cursus in kaart te brengen en in de toekomst eventuele verbeteringen aan te brengen in de cursus.

**Methoden:** Aan het onderzoek hebben uiteindelijk zes deelnemers meegedaan. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 44,5 jaar. De zes deelnemers hebben in ongeveer 9 tot 12 weken de cursus doorlopen. De ervaringen van de deelnemers zijn verkregen middels een gestructureerd interview. De data is opgedeeld in verschillende thema's en vanuit daar verder geanalyseerd.

**Resultaten:** De deelnemers waren over het algemeen positief over de cursus. Alle deelnemers vonden dat de cursus op een bepaalde manier geholpen. De begeleiding van de fysio- of oefentherapeut hebben de deelnemers als voldoende ervaren, maar voor meerdere deelnemers was begeleiding van een professional wenselijk geweest bij bepaalde onderdelen van de cursus. Alle deelnemers behalve één, waren positief over het online aspect van de cursus. De belangrijkste negatieve punten die naar voren komen zijn het gebrek aan professionele begeleiding, de complexiteit van de cursus en het ontbreken van feedback op de oefeningen en het ontbreken van reminders.

**Conclusie:** Hoewel de deelnemers over het algemeen positief waren over de cursus, waren er bepaalde onderdelen in de cursus die negatiever werden beoordeeld. Meer onderzoek zal gedaan moeten worden naar de mate waarin begeleiding nodig is om deelnemers de cursus goed te laten doorlopen. Daarbij is meer onderzoek gewenst naar het intelligentieniveau wat vereist is om de principes van ACT te kunnen begrijpen en te laten werken. Het toevoegen van feedback op de oefeningen en het toevoegen van reminders kan helpen om gebruikerservaringen te verhogen en mogelijke drop-out te verminderen.

## Abstract

**Introduction:** Chronic pain is a large problem in the Netherlands among others. Treatments like physical therapy and pharmaceutical therapy show little effect in decreasing pain and may also cause negative side-effects. ACT is a cognitive behavioral therapy which shows promising results in decreasing pain for chronic pain patients. In this study the principles of ACT are implemented through a self-help intervention. This study tries to get an overview of the experiences of the participants, with the aim changes can be made to improve the intervention.

**Methods:** Six participants entered this study. The average age of the participants was 44.5 years. The participants took 9 to 12 weeks to complete the intervention, after which they were interviewed. The experiences of the participants were obtained through a structured interview. The data has been divided in different themes, from which the data was further analyzed.

**Results:** The overall experience of the participants was positive. All participants said the intervention helped them in some way. Most of the participants thought the guidance of the remedial- of physiotherapist was sufficient, but for multiple participants, guidance from a professional was desirable for certain parts of the intervention. All participants but one, were very positive about the online aspect of the intervention. The most important negative comments were the lack of professional assistance, the complexity of the intervention, the absence of feedback on the exercises and the absence of reminders.

**Conclusions:** Although most of the participants were generally positive about the intervention, participants had a more negative experience with some aspects of the intervention. Further research has to be done for the amount of assistance which is needed for the participants to successfully complete the intervention. Also more research is needed for the intelligence which is needed to understand the principles of ACT and to make them work. Adding the possibility for feedback on the exercises and adding reminders, can help to improve user experiences and decrease possible drop-out rates.

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Abstract .....	2
Inleiding.....	4
Chronische pijn.....	4
Acceptance and Commitment Therapy.....	5
ACT en internet.....	7
Onderzoeksdoel & hypotheses .....	8
Methoden.....	9
Deelnemers .....	9
De cursus .....	10
Interview en analyse .....	11
Resultaten .....	14
Algemene gegevens .....	14
Algemene ervaringen met de cursus.....	15
Ondersteuning van de fysio- of oefentherapeut.....	16
Tekst .....	17
Oefeningen .....	17
Metaforen .....	20
Mindfulness oefeningen.....	21
Video's.....	22
Tips en aanbevelingen.....	23
Discussie .....	26
Beperkingen .....	28
Aanbevelingen.....	29
Referenties .....	30
Bijlage 1: Interviewschema .....	34

## Inleiding

### Chronische pijn

Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn die voor een langere tijd aanwezig is, waarbij over het algemeen een minimale termijn van twaalf weken wordt aangehouden. Chronische pijn is een veelvoorkomend verschijnsel wat in Nederland bij 18% van de bevolking boven de 18 jaar aanwezig is. In andere Europese landen is er een prevalentie tussen de 12% en 30% (Breivik et al., 2006). Chronische pijn heeft niet bij iedereen dezelfde oorzaak, zo zijn de klachten van de ene chronische pijn patiënt veroorzaakt door traumatisch letsel en bij de andere chronische pijnpatiënt door artrose-gerelateerde klachten (osteo-artrose en reumatoïde artrose), waarbij de laatste categorie bij 42% van chronische pijn patiënten in Europa de veroorzaker is van de pijn. In de Verenigde Staten ligt de prevalentie van chronische pijn bij de bevolking boven de 18 zelfs op 30,7%, waarbij het onder de vrouwelijke bevolking nog hoger ligt op 34,3% (Johannes et al., 2010).

Deze hoge prevalenties duiden erop dat het chronische pijn een veelvoorkomend verschijnsel is, dat zowel veel impact heeft op de pijnpatiënt als op de maatschappij in zijn geheel. In eerder genoemd onderzoek van Breivik et al. (2006) komt naar voren dat 21% van de pijnpatiënten te maken heeft met een depressie, 61% was in mindere mate of niet meer in staat om te werken buitenshuis en 19% had hun baan verloren door de pijn. Ander onderzoeken rapporteren zelfs nog hogere depressieprevalenties onder pijnpatiënten, die kunnen oplopen tot boven de 50% (Elliot et al., 2003; Miller & Cano, 2009). Ter vergelijking; de gemiddelde depressieprevalentie onder de bevolking ligt tussen de 7,5% en 10,4%, afhankelijk van de etniciteit (Riolo et al., 2005). In het eerder genoemde artikel van Elliot et al. (2003) komt naar voren dat pijnpatiënten niet alleen depressiever zijn dan de gemiddelde bevolking, maar ook een verminderd welbevinden rapporteren, waarbij naast fysieke en mentale klachten ook een verminderd sociaal functioneren en een meer negatieve kijk op de algemene gezondheid gezien wordt. Chronische pijn lijkt niet enkel een veroorzaker te zijn van depressies, maar andersom blijkt een depressie pijnklachten te verergeren en staat het therapie ten behoeve van de pijn in de weg (Holmes et al., 2012).

Naast de ongemakken die chronische pijn veroorzaakt bij de pijnpatiënten, heeft het ook grote financiële gevolgen voor de maatschappij. Gaskin en Richard (2012) hebben onderzocht dat in de Verenigde Staten de jaarlijkse kosten ten gevolge van chronische pijn tussen de 560 miljard en 635 miljard dollar ligt voor de gezondheidszorg. Dit komt neer op ruim 3% van het bruto nationaal product. Tussen de 261 miljard dollar en 300 miljard dollar van de kosten wordt verklaard doordat

chronische pijnpatiënten verminderd kunnen werken. Ook in Europa zijn de economische gevolgen van chronische pijn groot (Juniper et al., 2009).

Gezien de negatieve impact die chronische pijn heeft op de patiënt, de omgeving en de maatschappij, is het belangrijk dat chronische pijn behandeld wordt. In een artikel van Turk, Wilson & Cahana (2011) over de behandeling van chronische pijn wordt beschreven dat er over de jaren heen pijn wordt behandeld vanuit verschillende invalshoeken. Voorbeelden hiervan zijn farmaceutische-, cognitieve- en fysieke behandelingen. De resultaten van deze behandelingen zijn over het algemeen teleurstellend. Hoewel ze de pijn reduceren, wordt er weinig verbetering gezien in lichamelijk en emotioneel functioneren en de maatschappelijke en sociale rol van de pijnpatiënt.

Farmaceutische behandelingen worden veel toegepast om pijn te verminderen. Hoewel het de pijnintensiteit vaak kan verminderen, zijn de resultaten minimaal en hebben veel medicijnen negatieve bijwerkingen. Ook fysiotherapie laat matige resultaten zien in het verminderen van pijn en het verbeteren van lichamelijke functionaliteit. Bij minder dan 30% van de patiënten is de pijn minder geworden na fysiotherapie, en minder dan 20% laat verbeterd lichamelijk functioneren zien. Psychologische behandelingen zoals cognitieve therapie en hypnotiseren laten middelmatige effecten zien. Op korte termijn hebben de patiënten minder pijn en een verbeterd lichamelijk functioneren, maar voor de effecten op lange termijn is er onvoldoende bewijs.

### Acceptance and Commitment Therapy

Een relatief nieuwe behandeling voor chronische pijn is 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT). ACT is een vorm van cognitieve gedragstherapie die ontworpen is in de jaren 80 door Steven Hayes. Het wijkt af van andere cognitieve- en gedragstherapieën, omdat de focus niet ligt op het veranderen van gedachtes en patronen, maar op het accepteren dat gedachtes, gevoelens en (negatieve) gebeurtenissen die in het verleden hebben plaatsgevonden mogen bestaan. ACT is gebaseerd op de "Relational Frame Theory", een theorie die verklaart hoe mensen bepaalde betekenissen aan stimuli kunnen geven en associaties leggen tussen deze stimuli. Enerzijds zorgt dit er voor dat we als mens sneller verbanden kunnen leggen en kunnen begrijpen, maar anderzijds kan dit er bijvoorbeeld ook voor zorgen dat we automatisch een betekenis of gevoel toeschrijven aan een bepaalde gedachte, die wellicht niet waar hoeft te zijn. Ditzelfde proces speelt zich ook af bij pijn. Relational Frames kunnen ervoor zorgen dat er een negatieve lading wordt gegeven aan een bepaald woord of situatie, waardoor deze vermeden wordt. Deze vermijding wordt ook wel 'expiërentiële vermijding' genoemd. Vaak is het zelfs zo dat de gedachte aan pijn en de bijkomende angst een negatiever effect heeft op de pijnpatiënt dan de pijn zelf (Crombez et al., 1998).

ACT probeert d.m.v. zes kernprincipes dit proces van relational framing en experiëntiële vermijding te doorbreken (Hayes et al., 2012). De eerste stap hierin is acceptatie. De pijnpatiënt probeert tot de realisatie komen dat controle over pijnbelevingen onmogelijk is en dat onwerkzame strategieën moeten worden losgelaten. Vervolgens vindt er 'cognitieve defusie' plaats, de ontkoppeling tussen jezelf en je gedachten. Cognitieve fusie zorgt ervoor dat pijnpatiënten vermijdingsgedrag laten zien en houdt de pijnklachten in stand (Wicksell et al., 2008). Het op afstand kunnen kijken naar je gedachtes en het beoordelen welke rol deze gedachtes spelen is van belang voor cognitieve defusie. Daarbij tracht de pijnpatiënt te leren om zichzelf te zien als context. Dit houdt in dat het zogenaamde 'observerende zelf' wordt ingeschakeld, en het 'denkende zelf', wat verantwoordelijk is voor de negatieve lading die wordt gegeven aan bepaalde situaties en gevoelens, niet meer op de voorgrond staat. Het observerende zelf is in staat om bewust te zijn van wat men denkt of voelt. Een volgende stap is het contact maken met het hier-en-nu, het bewust verbinden met wat er op dat moment speelt. De pijnpatiënten gaan ook op zoek naar hun waarden, naar wat ze belangrijk vinden in het leven. Veel mensen met chronische pijn zijn hun waarden kwijtgeraakt doordat ze teveel bezig zijn met onder controle houden van ongewenste belevingen. Vervolgens is het doel om het leven zo in te richten dat het ook mogelijk wordt om te leven naar deze waarden. Wanneer al deze principe gevolgd en bereikt worden, wordt er gesproken van 'psychologische flexibiliteit' (Hayes et al., 2012).

In een meta-analyse van Veehof et al., (2011) worden de effecten van ACT bij chronische pijn in kaart gebracht. De effectiviteit wordt hier vergeleken op vijf gebieden, namelijk pijn, depressie, angst, lichamenlijk welzijn en de kwaliteit van leven. In de gerandomiseerde gecontroleerde (RCT) komen kleine effecten naar voren voor het verminderen van pijn en depressie, kleine tot gemiddelde effecten voor het verminderen van angst, verbeteren van het lichamenlijke welzijn en het verbeteren van de kwaliteit van leven. In een meta-studie van Hann & McCracken (2014) wordt de effectiviteit van ACT in kaart gebracht, gebaseerd op tien RCT's, waarbij de uitkomsten zijn opgedeeld in primaire en secundaire uitkomsten. Hier werden kleine tot grote effecten gevonden m.b.t. het lichamenlijk functioneren, angst, depressie en emotionele stabiliteit. Onderzoek naar de specifieke processen binnen ACT laten ook positieve resultaten zien. Het toepassen van mindfulness bij patiënten met chronische pijn zorgt ervoor dat er minder pijnklachten en minder angsten worden ervaren (McCracken et al., 2007; Rosenzweig et al., 2010). Onderzoek naar 'waardengericht leven' laat o.a. zien dat patiënten met chronische pijn minder klachten rapporteren wanneer ze handelen vanuit hun waarden, minder depressief zijn, beter in staat zijn om te werken en een betere lichamenlijke conditie hebben (Vowles et al., 2008; McCracken & Yang., 2006).

## ACT en internet

Gezien de positieve resultaten van ACT, wordt ACT ook aangeboden via het internet. Het aanbieden van “gezondheid-gerelateerde middelen” via het internet wordt ook wel e-health genoemd, wat staat voor alle technologie ter ondersteuning van de gezondheid en de gezondheidszorg. Een groot voordeel aan een online interventie is dat het een grote bereikbaarheid heeft. In 2010 beschikte in Nederland 94% van de mensen tussen de 12 en 75 jaar over internet (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Daarbij wijst onderzoek uit dat men makkelijker de stap neemt om relatief anoniem via het internet hulp te zoeken, dan om de stap te maken om naar een therapeut te gaan (Bennett & Glasgow, 2009). Ook zijn online interventies goedkoper dan reguliere interventies (Ragupathi & Ragupathi, 2014) en bestaat er voldoende bewijs dat bestaande cognitieve gedragstherapieën die worden aangeboden via het internet, minstens net zo effectief zijn als die op een reguliere wijze worden aangeboden (Andersson et al., 2014; Wagner et al., 2014; Kiropoulos et al., 2008). In het eerder genoemde onderzoek van Wagner en collega's (2014) benoemen de respondenten het onder andere als prettig te ervaren dat ze informatie en dingen die besproken zijn kunnen teruglezen, waardoor wat er geleerd is wellicht beter beklijft.

Trompeter et al (2015) hebben in hun onderzoek middels een RCT de effecten gemeten van een online interventie die op ACT gebaseerd is. In dit onderzoek zijn de deelnemers verdeeld in drie groepen, waarvan één interventiegroep, een controlegroep waarbij de deelnemers een ‘expressief schrijven’ interventie krijgen en een controle groep waarbij de deelnemers op een wachtlijst komen te staan en geen interventie krijgen. In vergelijking met de ‘expressief schrijven’ controlegroep, lieten de deelnemers uit de ACT interventiegroep na afloop van de cursus verbetering zien in pijn interferentie, depressie, pijnintensiteit, psychologische flexibiliteit en pijn catastroferen. In vergelijking met de wachtlijst controlegroep lieten de deelnemers uit de ACT groep verbetering zien in depressie, pijnintensiteit, psychologische flexibiliteit, mindfulness en pijn catastroferen. Ook na een drie-maanden follow-up lieten de deelnemers uit de ACT groep verbetering zien ten opzichte van de wachtlijst groep op bijna alle primaire en secundaire resultaten. Een vergelijkbare RCT is gedaan door Buhrman et al. (2013), waarbij de deelnemers werden opgedeeld in een interventiegroep en een wachtlijst controlegroep. Zowel op de primaire uitkomsten (betrokkenheid bij activiteiten en omgaan met pijn) als op een aantal secundaire uitkomsten (pijn gerelateerde ongemakken, angst en depressieve symptomen) liet de interventiegroep verbeterde resultaten gezien, zowel direct na de interventie als bij een zes maanden follow-up.

In het huidige onderzoek wordt ACT ook aangeboden via het internet middels de zelfhulp cursus ‘haal meer uit je leven met pijn’. De deelnemers zijn allen in behandeling bij een fysio- of oefentherapeut worden ook door deze therapeut begeleid tijdens de cursus. Het onderzoek wil de



ervaringen van de deelnemers in kaart brengen. Er wordt onder andere gekeken naar ervaringen met ACT, de ondersteuning die ze hebben gekregen van hun therapeut en de ervaring met het online aspect van de cursus. Een verschil ten opzichte van het onderzoek van Trompetter et al., (2015) en Buhrman et al., (2013) is dat de data op kwalitatieve wijze geanalyseerd wordt. Een andere verschil is dat in de eerder genoemde onderzoeken de deelnemers begeleiding krijgen van een professional, en in het huidige onderzoek enkel van een fysio- of oefentherapeut.

## Onderzoeksdoel & hypotheses

Met dit onderzoek wordt getracht een beeld te krijgen met de ervaringen van deelnemers aan de online cursus 'haal meer uit je leven met pijn'. Belangrijk is om erachter te komen of deelnemers de ondersteuning van hun fysio- of oefentherapeut als voldoende hebben ervaren. Als dit zo is, dan kan de cursus breder worden ingezet, aangezien er geen (dure) professionele hulp bij nodig is. Andere ervaringen met de cursus zijn belangrijk om de cursus te kunnen verbeteren zodat de cursus effectiever is en makkelijker is in gebruik.

Verwacht wordt dat de deelnemers aan de cursus over het algemeen een positieve ervaring zullen hebben met de cursus. Onderzoek toont aan dat ACT een positief effect heeft bij de behandeling van pijnpatiënten en dat het toepassen van ACT online ook positieve resultaten laat zien (Trompetter et al., 2015). Wel wordt verwacht dat deelnemers mogelijk moeite hebben met de hoeveelheid tekst, vooral met de hoeveelheid in de eerste week van de cursus. Interactieve online interventies bij chronische pijn zijn effectiever gebleken dan statische interventies die voornamelijk text-based zijn (Riva et al., 2014). Er wordt verwacht dat deelnemers mogelijk moeite hebben met het zelfhulp aspect van de interventie, aangezien er in het huidige onderzoek enkel begeleiding is van de fysio- of oefentherapeuten en niet van een hulpverlener. Volgens Andersson (2009) is begeleiding en ondersteuning van een professional gewenst in het proces van een interventie. Daarbij ligt de drop-out rate bij onbegeleide programma's hoger dan bij programma's die ondersteund worden door een professional (Kelders et al., 2012)

## Methoden

### Deelnemers

De werving van deelnemers voor dit onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van het contact zoeken met fysio praktijken en andere praktijken waar cliënten worden behandeld die bekend zijn met chronische pijn. De therapeuten hebben gezocht naar cliënten die passend zouden zijn voor het huidige onderzoek. Uiteindelijk hebben tien cliënten zich aangemeld voor het onderzoek, waarvan vier mensen zich later hebben afgemeld. Dit komt neer op 40 procent van alle deelnemers. Voor één deelnemer bleek het niveau van de cursus te hoog. Een andere deel deelnemer kon de cursus niet combineren met haar privé leven. Van twee deelnemers was de reden van afmelding onbekend. De volgende inclusiecriteria waren van toepassing voor de deelnemers:

- Minimale leeftijd van achttien jaar
- In behandeling zijn bij een fysio- of oefentherapeut
- Bereid zijn tot een interview na afloop van de cursus
- Gemotiveerd zijn
- Bereid en in staat zijn tot een grotere mate van zelfmanagement
- Een minimale score van 19 op de items van de bijgevoegde MHC (Mental Health Continuum). Deze vragenlijst wordt enkel afgenomen bij twijfel.

De volgende exclusiecriteria waren van toepassing voor de deelnemers:

- Ernstige psychiatrische problematiek
- Ernstige actuele stressoren (financiën, relaties, huisvesting)
- Lopende psychologische behandeling of begeleiding elders
- Taalbarrière
- Onvoldoende affiniteit met computers
- Het niet beschikken van een computer

Van de zes deelnemers (n= 6) die uiteindelijk mee hebben gedaan aan het onderzoek zijn er drie man en drie vrouw. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 44,5 jaar. Alle deelnemers hebben van tevoren een “informed consent” getekend, waarbij ze hun toestemming geven voor het meedoen aan het onderzoek. Zie Tabel 1 voor verdere gegevens van de deelnemers.

Tabel 1

*Overzicht van de deelnemers*

	Geslacht	Leeftijd	Opleiding	Activiteiten
Deelnemer 1	Vrouw	66	Mulo	Eigen praktijk en creatief bezig zijn.
Deelnemer 2	Vrouw	21	HBO	School
Deelnemer 3	Vrouw	54	Havo	Werk, fitness bij fysio en huishouden
Deelnemer 4	Man	44	HBO	Fulltime werk. Wekelijks sportschool
Deelnemer 5	Man	42	Speciaal onderwijs	Fulltime werk. Drie keer per week sport.
Deelnemer 6	Man	40	HBO	Huishouden en wandelen

## De cursus

De cursus bestaat uit negen weken, waarbij elke week een ander thema behandelt. Daarbij is het mogelijk om ervaringen te lezen van mensen die de cursus eerder hebben doorlopen, en is er het onderdeel 'hulp', waarbij deelnemers terecht kunnen wanneer er vragen zijn over de cursus. De volgende thema's worden in de cursus behandeld:

### *Week 1*

De eerste week bevat geen oefeningen, maar bestaat uit uitleg over chronische pijn en pijnbehandelingen, ook wel bekend als 'psycho-educatie'. Psycho-educatie bij chronische pijn kan helpen om pijn te doen afnemen, handicap te verminderen en depressieve klachten te verminderen (Salvetti et al., 2012).

### *Week 2*

Week 2 behandelt het onderwerp 'vermijding'. De deelnemer leert zijn/haar vermijdingspatronen te herkennen en leert begrijpen wat de consequenties zijn van het vermijdingsgedrag. Verder bevat deze week een ademhalingsoefening en een metafoor die de strijd tussen pijn en bijkomende ongewenste ervaringen verbeeldt.

### *Week 3*

In week 3 leren de deelnemers wat waarden zijn en leren ze hun eigen waarden te (her)kennen. Ook deze week bevat een mindfulness oefening waarbij er o.a. wordt gewerkt aan de bewustwording van het eigen lichaam.

### *Week 4*

De vierde week borduurt verder op de derde week, en helpt de deelnemers te gaan leven naar de waarden die zij belangrijk vinden. Ook worden de hindernissen in kaart gebracht, die ervoor gezorgd

hebben dat er niet naar deze waarden wordt geleefd. Ook deze week bevat een mindfulness oefening, waar gebruikt wordt gemaakt van de adem om pijnsensaties te ervaren.

#### *Week 5*

De vijfde week borduurt verder op de hindernissen uit week vier, en leert de deelnemer om het verzet tegen de pijn op te geven. Het begrip 'aanvaarding' staat hier centraal. Een mindfulness oefening leert de deelnemer ruimte te maken voor en pijn en andere ongewenste gevoelens.

#### *Week 6*

In week 6 staat cognitieve defusie centraal. De deelnemer staat stil bij wat gedachten over pijn voor invloed kunnen hebben op de pijn zelf maar ook op het leven. Er wordt stilgestaan bij welke pijngedachten de deelnemer heeft, maar ook welke alternatieven er zijn voor deze gedachten. De mindfulness oefening laat de deelnemer bewust worden van de activiteit van de geest, de gedachtestroom die continu gaande is. Gedachten worden hier niet beschouwd als afleiding, maar een waardevol object om je op te richten.

#### *Week 7*

In deze week staat het observerende zelf van de deelnemer centraal. De deelnemer maakt kennis met verschillende manieren om naar zichzelf te kijken en laat zien welke invloed dit heeft op het functioneren. Het leert de deelnemer wat het zelfbeeld voor invloed kan hebben op het handelen.

#### *Week 8*

In deze staan communicatie over pijn en automatische gedachtenpatronen centraal. Er wordt gekeken naar wat reacties van mensen in de omgeving kunnen doen met de deelnemer, maar ook wat de eigen reacties richting anderen kunnen veroorzaken. De deelnemer leert patronen herkennen in de manier waarop ze reageren.

#### *Week 9*

De laatste week blikt terug op de voorgaande weken, en dient als oefening om de eerder geleerde waarden vast te houden. Dit wordt ook wel 'commitment' genoemd, de volharding om steeds weer nieuwe stappen te zetten in de richting van diens waarden. De week eindigt met een mindfulness oefening die de eerdere mindfulness oefeningen combineert. Tot slot wordt er besproken hoe de deelnemer om kan gaan met terugval.

### [Interview en analyse](#)

Alle deelnemers zijn van te voren per telefoon ingelicht dat er na het onderzoek een interview zal plaatsvinden van ongeveer 90 minuten, met als doel om hun ervaringen met de cursus te bespreken.

De meeste interviews hebben plaatsgevonden bij de deelnemers thuis. Eén deelnemer heeft er voor gekozen om het interview bij de onderzoeker thuis af te nemen. Doordat het niet mogelijk bleek om in 90 minuten alle onderwerpen uit de cursus te behandelen, is er voor gekozen om bij elke deelnemer enkel een deel van de cursus uit te vragen. Bij de ene helft van de deelnemers is de eerste helft van de cursus uitgevraagd (week 1 t/m 5) en bij de andere helft van de cursus de tweede helft (week 6 t/m 9). Bij één deelnemer is er een alternatief patroon aangehouden omdat deze deelnemer een aantal weken vergeten was te maken.

Er is gekozen voor een gestructureerd interview waarbij de vragen zijn samengesteld vanuit de theorie, ook wel de 'bottom-up' methode genoemd. De data die uit het interview is voortgekomen is op kwalitatieve wijze geanalyseerd, zoals Baarda et al., (2005) beschrijven in hun boek over kwalitatief onderzoek. De data uit de interviews zijn eerst volledig uitgeschreven. Vervolgens zijn alle stukken tekst grondig doorgelezen en zijn enkel de essentiële stukken die relevant zijn voor het onderzoek behouden. Hierna is er gekeken of er verbanden waren tussen de antwoorden die gegeven waren. Antwoorden die wat met elkaar gemeen hadden zijn opgedeeld in thema's (top-down analyse). Bij thema's die specifiek ingaan op onderdelen uit de cursus, zijn de antwoorden opgedeeld per week (onderwerp) uit de cursus. Antwoorden zijn in tabellen gecodeerd met + (positief), - (negatief), 0 (neutraal) of niet (niet gemaakt). Wanneer een onderwerp niet is uitgevraagd bij een deelnemer is dit in de tabel leeg gelaten. Het interview is opgedeeld in de volgende categorieën:

### **Algemene en demografische gegevens**

Er is gekozen om van elke deelnemer het geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en de dagelijkse activiteiten te vragen. Per deelnemer wordt nagegaan hoelang ze over de cursus hebben gedaan, hoeveel uur ze er wekelijks mee bezig zijn geweest, en hoeveel tijd ze er per keer met de cursus bezig zijn geweest. Ook wordt elke deelnemer gevraagd of er onderdelen uit de cursus zijn waar eerdere ervaring mee is. Eerdere ervaringen, positief of negatief, kunnen invloed hebben op hoe de deelnemers tegen dat onderdeel aankijken. Tot slot wordt er gevraagd of de deelnemers eerdere ervaring hebben met gebruik van internet ter verbetering van de gezondheid, en waarom dit wel of niet zo is.

### **Algemene ervaringen**

Bij het onderdeel 'algemene ervaringen' wordt de deelnemer zijn/haar algemene mening over de cursus gevraagd. Naast de voor- en nadelen van de cursus, wordt er ook gevraagd of de cursus daadwerkelijk geholpen heeft en op welke manier. Er is ook gekozen om na te gaan of de deelnemers de cursus als aanvulling zien op de fysio- of oefentherapie die ze al hebben, en of ze vinden dat ze voldoende ondersteuning hebben gehad van hun therapeut. De mate van ondersteuning is belangrijk

om te bepalen of dit überhaupt gewenst is, en zo ja, in welke mate dit gewenst is. Er wordt ook specifiek gevraagd naar de voor- en nadelen van het online aspect van de cursus. Wanneer iemand bijvoorbeeld een aversie heeft voor internet, dan zal eerder verwacht worden dat deze deelnemer minder positief zal zijn over de cursus. Tot slot wordt er gevraagd of de deelnemers de cursus ook zouden aanraden aan medepatiënten en waarom ze dit wel of niet zouden doen. Het feit dat iemand de cursus aanraadt aan een ander, geeft aan dat de cursus als dusdanig toegankelijk wordt beoordeeld dat anderen er ook gebruik van kunnen maken.

### **Ervaringen per week**

Om een beter beeld te krijgen of de ervaringen per week verschillen, is er gekozen om meerdere weken te doorlopen met de deelnemer. Elke week begint met vragen over de tekst, waarbij er gevraagd wordt of alle tekst (inclusief uitklapteksten) gelezen en begrepen is, en hoe de hoeveelheid van de tekst wordt beoordeeld. Wanneer de tekst niet te complex is en/of niet gelezen is, bestaat de kans dat de oefeningen ook niet begrepen worden. Ook is bekend dat pijn de concentratie vermindert, waardoor grote hoeveelheden tekst wellicht lastig kunnen zijn. Vervolgens worden per week de oefeningen besproken die gedaan zijn door de deelnemers. Elke week behandelt een ander thema met bijbehorende oefeningen, waardoor een analyse per week een beter zicht kan geven op de beoordeling van de verschillende thema's. Ook worden de ervaringen met de mindfulness oefeningen, metaforen en video's die door de gehele cursus voorbij komen uitgevraagd.

### **Overige vragen**

Tot slot worden de onderdelen 'ervaringen van anderen' en 'hulp' uitgevraagd. Belangrijk om te weten is of de onderdelen gebruikt zijn, en zo ja, wat de deelnemers er hebben aan gehad. Tot slot wordt de deelnemers om algemene tips en adviezen gevraagd. Vragen en opmerkingen die de deelnemers hebben over het interview, maar niet direct aansluiten bij de eerdere vragen, kunnen terecht bij dit onderdeel.

## Resultaten

Het interviewschema is opgedeeld in meerdere thema's. Per thema wordt er gekeken naar de antwoorden die gegeven zijn door de deelnemers en worden de belangrijkste bevindingen besproken.

### Algemene gegevens

In Tabel 2 is te zien dat er veel variatie is in de tijd die deelnemers besteed hebben aan de. Samengevat zijn ze met de gehele cursus tussen de acht en vijftien weken bezig geweest, hebben ze er wekelijks tussen de dertig minuten en vijf uur aan gewerkt en hebben er per keer dat ze er mee bezig waren, tussen de dertig minuten en vier uur aan besteed. Opvallend is dat vier van de zes deelnemers al eerdere ervaring had met mindfulness bij hun therapeut, alvorens ze de cursus zijn begonnen. Geen van de deelnemers had eerdere ervaring met het gebruik van internet ter verbetering van de gezondheid.

Tabel 2  
*Algemene gegevens*

Deelnemers	Tijd besteed aan de cursus	Tijd per week besteed aan de cursus	Tijd per keer besteed aan de cursus	Eerder ervaring met onderdelen uit de cursus	Ervaring internet ter verbetering gezondheid
Deelnemer 1	Twaalf weken	Twee uur	Verschillend	Mindfulness	Nee
Deelnemer 2	Vijftien weken	30 tot 60 minuten	30 tot 60 minuten	Mindfulness	Nee
Deelnemer 3	Acht weken	Vijf uur	Veel, onbekend hoeveel exact.	Mindfulness	Nee
Deelnemer 4	Negen weken	Onbekend	1 tot 4 uur	Nee	Nee
Deelnemer 5	Acht weken	Twee uur	onbekend	Ja, bepaalde oefeningen	Nee
Deelnemer 6	Onbekend	Onbekend	30 tot 60 minuten	Mindfulness	Nee

## Algemene ervaringen met de cursus

De deelnemers van de cursus hebben verscheidende voordelen van de cursus genoemd. Het feit dat je als cursist zelf kan bepalen hoeveel tijd je aan de cursus besteedt en wanneer je deze tijd besteedt, wordt door twee deelnemers benoemd. Ook wordt twee keer aangegeven dat de cursus effect heeft gehad door de deelnemer verkeerde gedachtenpatronen te laten herkennen en hun mindset te veranderen. Andere deelnemers zagen de cursus als mogelijkheid om van zich af te schrijven, vonden herkenning in bepaalde oefeningen, of benoemden specifieke oefeningen die een positief effect hebben gehad (ademhalingsoefening en de bodyscan).

Tabel 3

### *Voordelen van de cursus*

Voordelen	Aantal keer genoemd
Zelf bepalen hoeveel tijd je aan de cursus besteedt.	2
Verkeerde gedachtenpatronen herkennen en het veranderen van mindset	2
Mogelijkheid om van je af te schrijven	1
Herkenning vinden in oefeningen	1
Specifieke oefeningen 'ademhalingsoefening' en 'bodyscan'	1

Alle deelnemers geven aan de cursus op een bepaalde manier effect heeft gehad. De meest genoemde reden is dat de cursus heeft geholpen door de deelnemer anders naar zichzelf en/of naar het leven te kijken. Eén deelnemer benoemt specifiek dat het helpt om open te blijven staan voor de dingen die op je heen gebeuren. Ook dient de cursus voor een andere deelnemer als een stukje steun, het realiseren dat de pijn er mag zijn.



Tabel 4

*Hoe de cursus heeft geholpen*

Hoe geholpen?	Aantal keer genoemd
Geleerd om op een andere manier naar jezelf te kijken	3
Helpt je open blijven staan voor de dingen die om je heen gebeuren	1
Gediend als een stukje steun, het realiseren dat de pijn er mag zijn	1

Het online aspect van de cursus wordt door alle deelnemers, behalve één, als een positief aspect aan de cursus gezien. Twee deelnemers vonden het vooral gemakkelijk dat je van de ene oefening naar de andere oefening kon springen, wat in een boek lastiger gaat. Daarbij zou er minder papierwerk zijn dan bij een boek en ervaart een andere deelnemer het boek als veel statischer. Ook wordt genoemd dat het prettig is dat je zo lang kan nadenken als je wilt bij een oefening, wat ‘face to face’ bij een therapeut niet het geval is. Eén deelnemer vindt het prettiger om te schrijven, maar benoemt dat het interactieve aspect (video’s, uitklapteksten) wel handig is.

Deelnemers noemen de cursus toegankelijk. Er wordt genoemd dat dat de cursus leert je te focussen op het positieve en hoe je om kunt gaan met pijn. De helft van de deelnemers zouden de cursus echter niet aanraden voor iedereen. Redenen hiervoor zijn ‘de complexiteit van de tekst, het feit dat waarschijnlijk niet iedereen openstaat voor een dergelijke cursus en het feit dat niet iedereen enthousiast zou zijn over het online aspect.

### Ondersteuning van de fysio- of oefentherapeut

Alle deelnemers ervoeren de cursus als een waardevolle aanvulling op de behandeling bij de fysio- of oefentherapeut, waarbij ze allen een andere reden hiervoor hadden. Zo wordt er benoemd door een deelnemer dat er bij de therapie te weinig tijd werd besteed aan het aspect ‘mindfulness’, wat nu thuis beoefend kon worden. Een andere deelnemer vond het prettig dat de cursus niet alleen het fysieke aspect behandelt, maar ook het psychologische aspect. Andere redenen die werden genoemd zijn: *‘het is een goede aanvulling, want het heeft effect’* en *‘het is niet alleen een toevoeging op je pijnbeleving, maar ook op je leven’*. Hoewel de meeste deelnemers de ondersteuning van hun fysio- of oefentherapeut als voldoende hebben ervaren, werd er door twee deelnemers benoemd dat bij bepaalde onderwerpen uit de cursus ondersteuning van een professional gewenst was. Ook werd er genoemd door een deelnemer dat de fysio- of

oefentherapeut puur bedoeld is voor het fysieke aspect in de pijnbehandeling, niet het psychologische aspect. Eén deelnemer had wel extra ondersteuning van haar oefentherapeut gewenst, dit had te maken met het feit dat deze deelnemer al mindfulness oefeningen deed met haar therapeut.

## Tekst

Vijf van de zes deelnemers geven aan alle tekst te hebben gelezen, inclusief de uitklapteksten. De reden die ze geven is unaniem; om de cursus te kunnen begrijpen moet je de tekst ook lezen. Over het algemeen was de tekst voor deze vijf deelnemers begrijpelijk en duidelijk, alleen geeft deelnemer 1 aan dat ze het begrip ‘aanvaarden’ nog steeds niet kan onderscheiden van ‘accepteren’. Vier van deze vijf deelnemers vonden de hoeveelheid van de tekst goed, en geven aan dat het ten koste van de inhoud zou gaan wanneer er tekst wordt weggelaten. Deelnemer drie vond dat de tekst veel was, wat veel concentratie vergde. Deelnemer 5 geeft aan de tekst erg lastig te hebben gevonden en daardoor ook niet alles te hebben gelezen. De uitklapteksten waren niet leesbaar omdat deze deelnemer de cursus volgde op zijn mobiele telefoon. Naar eigen zeggen heeft deze deelnemer moeite met begrijpelijk lezen (Deze deelnemer heeft speciaal onderwijs gevolgd).

## Oefeningen

### Deelnemers

In Tabel 5 is te zien dat een aantal deelnemers opvallendheden laten zien bij de oefeningen. Deelnemer 1 valt op omdat ze bijna alle oefeningen een positieve beoordeling geeft. Enkel de oefeningen die niet begrepen worden krijgen een negatieve beoordeling. Deelnemer 2 valt op doordat deze deelnemer de oefeningen van twee weken niet gemaakt heeft, welke ze vergeten was. Daarbij gaf ze aan dat een aantal oefeningen niet effectief waren omdat het proces van acceptatie nog niet ver genoeg gevorderd was (oefeningen 4 en 5 uit het thema ‘automatische gedachtenpatronen’). Deelnemers 3 en 4 vallen op doordat deze deelnemers de meeste oefeningen negatief beoordelen. Opvallend is dat door deelnemer 3 de cursus wel positief wordt beoordeeld, maar dat ze de oefeningen snel te ‘zweverig’ vond. Deelnemer 5 valt op omdat deze deelnemer enkel de oefeningen uit de eerste twee weken heeft gemaakt en daarna niet meer. Ook deelnemer 6 heeft een heel aantal oefeningen niet gemaakt en beoordeelt weinig oefeningen negatief.

### **Thema's (weken)**

Wanneer de tabellen per thema worden geanalyseerd, valt het op dat het thema 'het observerende zelf' het meest positief wordt beoordeeld, waar de deelnemers leren om op een andere manier naar zichzelf te kijken. Ook het thema psycho-educatie wordt positief beoordeeld, maar dit thema bevat maar één oefening. Het thema cognitieve defusie wordt overwegend negatief beoordeeld. Zowel deelnemer 2 als deelnemer 4 vonden de opdrachten uit deze week confronterend. Andere thema's worden wisselend beoordeeld, waarbij het per deelnemer verschil in welke mate de opdrachten wel of niet nuttig zijn geweest.

Tabel 5  
Oefeningen

		D1	D2	D3	D4	D5	D6
Psycho-educatie	Oef 7		+	+		+	+
Expiërentiële vermijding	Oef 4		0	-		+	niet
	Oef 5		0	-		+	niet
	Oef 7		-	niet		+	niet
	Oef 8		-	-		+	+
Waarden	Oef 5		+	0		+	0
	Oef 6		+	0		-	0
	Oef 7		0	0		niet	0
Leven naar je waarden	Oef 4		+	-		niet	+
	Oef 5		+	-		niet	+
Aanvaarding	Oef 7	-		-	-	niet	-
	Oef 10	+		-	-	niet	niet
	Oef 13	+		+	-	niet	niet
Cognitieve defusie	Oef 6a	-	niet		-		
	Oef 7	-	-		-		
	Oef 8	+	niet		-		
Het observerende zelf	Oef 3	+	+		niet		
	Oef 5 + 8	+	+		+		
	Oef 9	+	+		-		
	Oef 10	niet	+		niet		
Automatische gedachtenpatronen	Oef 4	+	-		-		
	Oef 5	+	-		+		
	Oef 10	-	niet		0		
Terugval preventie	Oef 2	+			0		
	Oef 4	niet			niet		
	Oef 6	+			niet		
	Oef 7	+			+		
	Oef 10	+			niet		

Het symbool in een cel geeft weer of de deelnemer de oefening helpend vond. Een + is positief, een - negatief en een 0 is neutraal.

Wanneer de week niet is afgenomen bij de deelnemer zijn de cellen leeg gelaten. Wanneer de deelnemer een oefening niet gemaakt had, is het aangegeven met niet. De letter D bovenin de tabel staat voor 'Deelnemer'.

## Metaforen

In Tabel 6 is te zien dat deelnemer 1 alle metaforen een positieve beoordeling geeft. Bij elke metafoor merkt de deelnemer op dat de metaforen toepasbaar zijn op haar eigen leven en dat het helpt om te relativeren. Deelnemer 4 beoordeelt alle metaforen juist negatief. Bij deze deelnemer komen de metaforen niet binnen, ze zijn of te logisch of te abstract. Andere deelnemers geven uiteenlopende antwoorden waarbij het afhankelijk is van de metafoor of ze een positief of negatief antwoord geven. Positieve reacties zijn *Ik vind metaforen erg leuk, het is een situatie dit je op jezelf of je eigen leven kan betrekken*, *ik vond hem leuk en ik zie het ook zo, er zit gewoon logica in* en *het klopt wel, ik was het er mee eens*. Negatieve reacties zijn: *dit spreekt mij gewoon niet aan* en *Deze deed met niet zoveel, het sprak met niet aan. Ik heb er geen associaties bij* en *Wat moet ik hier nu invullen? Te abstract, wat wordt er nou gevraagd dan?*

Concluderend kan gezegd worden dat de metaforen een uiteenlopend effect hebben op de deelnemers. Bij de een is het afhankelijk van de metafoor of deze bij hem of haar past, en bij de ander lijkt een metafoor per definitie wel, of juist geen waardevolle toevoeging van de cursus.

Tabel 6  
*Meningen over metaforen*

	Experiëntele vermijding	Waarden	Leven naar je waarden	Aanvaarding	Cognitieve defusie	Het observerende zelf	Terugval prevalentie
Deelnemer 1				+	+	+	+
Deelnemer 2	-	-	+	n.v.t.	-	+	n.v.t.
Deelnemer 3	0	-	-	-			
Deelnemer 4				-	-	-	-
Deelnemer 5	+	+	+	-			
Deelnemer 6	+	-	n.v.t.	+			

*Bovenstaande tabel geeft een overzicht van de meningen die de verschillende deelnemers hebben over de metaforen die gebruikt zijn in de cursus. Positieve antwoorden worden aangeduid met een +, negatieve met een – en neutrale antwoorden met 0. Wanneer bij een deelnemer de week wel is uitgevraagd, maar er geen mening/antwoord was, wordt het genoteerd als 'n.v.t.' De vakjes zijn leeggelaten wanneer de week is niet uitgevraagd bij de deelnemer*

## Mindfulness oefeningen

Wat opvalt in Tabel 7 is dat twee deelnemers overwegend positief zijn, drie deelnemers overwegend negatief zijn en dat één deelnemer neutraal is over de mindfulness oefeningen. Bij deelnemer 5 valt dit te wijten aan het feit dat de deelnemer het concept 'mindfulness' niet begreep en daardoor de oefeningen niet kon doen. Deelnemer 4 gaf meerdere redenen waarom de oefeningen niet aansloegen, waaronder dat de oefening vaker was gedaan bij de therapeut, de oefening te lang was en hij geen gedachten heeft. Deelnemer 1 was overwegend positief; mindfulness was al een bekend concept voor deze deelnemer en wist uit ervaring hoe het kan helpen. Een andere deelnemer benoemt bij elke mindfulness oefening dat het afhankelijk is van de stemming of de oefeningen aanslaan. Daarmee gaf ze aan dat je de rust moet kunnen nemen om het de oefeningen te laten werken en dat deze rust niet altijd aanwezig was. Bij de overige deelnemers was het afhankelijk van de soort mindfulness oefening hoe deze ervaren werd. Voorbeelden van antwoorden die gegeven werden waren: *'ik heb het geprobeerd, maar de oefening duurde zo lang. Blijf maar in het ademen hangen maar er kwamen geen gedachten. Het lukt niet'* en *'mindfulness vind ik soms heel ontspannend en soms vind ik het saai en langdradig. Dat lag heel erg aan mijn humeur ook. Als je er tijd voor hebt is het wel fijn'*. Net zoals bij het thema 'metaforen', verschilt het per deelnemer en per week hoe de oefeningen ervaren werden.

Tabel 7  
*Mindfulness oefeningen*

	Psycho- educatie	Expiërenti- ële vermijding	Waarden	Leven naar je waarden	Aanvaardig	Cognitieve Defusie	Het observeren de zelf	Terugval preventie
Deelnemer 1					+	+	niet	+
Deelnemer 2	0	0	0	0	niet	0	0	niet
Deelnemer 3	+	-		-	+			
Deelnemer 4					-	-	niet	-
Deelnemer 5	-	-	-	-	-			
Deelnemer 6	+	+	+	-	+			

*Bovenstaande tabel geeft een overzicht van de meningen die de verschillende deelnemers hebben over de metaforen die gebruikt zijn in de cursus. Positieve antwoorden worden aangeduid met een +, negatieve met een - en neutrale antwoorden met 0. Wanneer bij een deelnemer de week wel is uitgevraagd, maar er geen mening/antwoord was, wordt het genoteerd als 'niet'*

## Video's

In Tabel 8 is te zien dat niet voor iedereen de video's een waardevolle toevoeging op de cursus waren. Deelnemer 1 geeft aan enkel de eerste twee video's bekeken te hebben, welke ze naar eigen zeggen niet kon verstaan. Deelnemer 2 vond de video's saai, en geeft aan er meer aan te hebben wanneer ze iets zelf leest. Deelnemer 4 was positiever over de video's en vond het toevoeging aan de cursus. Bij de video van week 6 vond deze deelnemer wel dat de implementatie van de video beter kon. Andere deelnemers zijn wisselend positief over de video's. Deelnemer 5 geeft aan het prettig te vinden om naar de informatie te luisteren i.p.v. het te moeten lezen, maar was niet in staat om de meeste video's te kijken omdat de deelnemer ze keek op zijn telefoon. Deelnemer 6 vindt de video's prettig om naar te kijken, maar ze voegen alleen wat toe als het vernieuwende informatie bevat. Een voorbeeld van een positief antwoord was: *'Die man praat echt tegen je, het geeft de cursus wel een gezicht' en ik werd van alle video's rustig, niet zo schreeuwend. En het helpt de nadruk te leggen op wat belangrijk is. Video is wel makkelijker dan tekst'.*

Voorbeelden van negatieve antwoorden waren: *'De video's in het begin kon ik heel slecht verstaan, het mocht van mij ondertiteld worden, waardoor ik de video's daarna ook niet meer bekeken heb', '...maar breedbeeldscherm is onnodig hier. Maak het dan vierkant. Nu is er zoveel ruimte over aan de zijkanten van het scherm' en 'beide oefeningen kende ik al, dus de video voegde niet veel toe..'*

Tabel 8  
Video's

	Expiërentiële vermijding	Waarden (1)	Waarden (2)	Aanvaarding	Cognitieve defusie	Het observerende zelf	
Deelnemer 1				-	-	-	
Deelnemer 2	-	niet	niet		niet	niet	
Deelnemer 3	niet	-	-	+			
Deelnemer 4				niet	0	+	
Deelnemer 5	+	-	-	-			
Deelnemer 6	-	0	0	+			

*de metaforen die gebruikt zijn in de cursus. Positieve antwoorden worden aangeduid met een +, negatieve met een - en neutrale antwoorden met 0. Wanneer bij een deelnemer de week wel is uitgevraagd, maar er geen mening/antwoord was, wordt het genoteerd als 'niet.'*

## Tips en aanbevelingen

Tot slot hebben de deelnemers de mogelijkheid gekregen om eigen tips en aanbevelingen te geven ter verbetering van de cursus. De tips zijn in de tabellen hieronder gezet. Ook is te zien hoe vaak de tips benoemd zijn. De tips zijn opgesplitst in twee tabellen, waarbij er onderscheid wordt gemaakt in 'usability' tips en inhoudelijke tips. De usability tips zijn bedoeld om de cursus makkelijker en aantrekkelijker te maken, de inhoudelijke tips zijn bedoeld om de inhoud beter aan te laten sluiten op de cursist.

Een aantal tips werden door meerdere deelnemers gegeven. Driemaal wordt genoemd dat de cursus, zowel de tekst al de oefeningen, een behoorlijk cognitief beroep doet op de deelnemer. Deelnemer 5 ervaart de cursus zelf als lastig en benoemt dat er makkelijkere woorden gebruikt zouden moeten worden en dat hij meer tijd nodig had voor sommige oefeningen (bijv. het dagboek). Deelnemer 1 en 3 ervoeren de tekst en de oefeningen persoonlijk niet als te moeilijk, maar merkten wel op dat ze zich goed kunnen voorstellen dat iemand zonder het juiste niveau mogelijk vast zou lopen door de moeilijkheidsgraad. Ook wordt meerdere keren genoemd dat de cursus soms confronterend kan zijn. Oplossingen die genoemd worden zijn het van te voren waarschuwen van de mogelijke gevolgen van een oefening, of de opties bieden om feedback of een contactmoment te krijgen met een hulpverlener. Deelnemer 2, de jongste deelnemer, benoemt dat de cursus zich veel richt op het niet kunnen werken en pijn welke al jaren aanwezig is. Zij merkt op dat er ook veel jongeren zijn met chronische pijn, waarbij moeilijkheden op school een grotere rol spelen.

Naast inhoudelijke tips worden er ook een aantal 'usability' tips gegeven. Deze tips zijn vooral bedoeld om de cursus gemakkelijker en aantrekkelijker te maken voor de cursist. Tips die meerdere keren worden genoemd zijn het 'toevoegen van reminders' en 'de cursus laten bijhouden waar je bent gebleven'. Deelnemers geven aan dat drukte ervoor kan zorgen dat je vergeet om bezig te gaan met de cursus, waarbij een reminder ervoor kan zorgen dat je toch bezig gaat. Twee keer wordt benoemd dat het onhandig is om bij het inloggen op de website, je zelf moet opzoeken waar je gebleven bent.

Tot slot valt op dat deelnemer 4 en 6 relatief veel usability tips geven. Beiden hebben een studie informatica gevolgd.



Tabel 9

*Tips en aanbevelingen; inhoudelijke tips*

Inhoudelijke tips	Aantal keer genoemd
Vermelden bij de oefening wat het gevolg kan zijn, dit voorkomt confrontatie	2
Mogelijkheid tot feedback/contact hulpverlener	2
De cursus/tekst toegankelijker maken voor mensen met een 'lager' niveau	3
De cursus nog meer richten op het positieve in plaats van het negatieve	1
De cursus meer op jongeren richten	1
De cursus niet alleen laten richten op pijn op lange termijn, maar ook op kortere termijn	1
Het woord 'sensaties' niet meer gebruiken	1

Tabel 10

*Tips en aanbevelingen: Usability tips*

Usability tips	Aantal keer genoemd
De knoppen 'terug' en 'verder' zowel onderaan als bovenaan de pagina	1
Aantrekkelijkere en verstaanbaardere video's	2
Mogelijkheid tot interactie met andere deelnemers	1
Reminders	2
Resumé aan het begin van de les over voorgaande week	1
De cursus nog interactiever maken, bijvoorbeeld meer linkjes om terug te kijken naar andere lessen	1
Downloadbutton, om opdrachten e.d. op te kunnen opslaan	1
Printbutton om opdrachten te kunnen printen	1
Grotere letters	1
De cursus laten bijhouden waar je bent gebleven, zodat je dit niet zelf terug hoeft te zoeken.	2

## Discussie

De algemene ervaringen van de deelnemers aan de cursus 'haal meer uit je leven met pijn' zijn overwegend positief. De cursus heeft alle deelnemers op een bepaalde manier geholpen en alle deelnemers geven aan dat ze de cursus aan medepatiënten zouden aanraden. Hoewel de algemene ervaringen positief waren, was dit niet altijd het geval voor een aantal specifieke onderdelen uit de cursus. Voornamelijk bepaalde oefeningen uit de cursus worden negatief beoordeeld door deelnemers. De deelnemers benoemden dat bepaalde oefeningen te confronterend zijn, niet bij hun passen of dat de oefeningen ze een negatief gevoel geven.

De deelnemers bleken over het algemeen weinig problemen te ervaren met de hoeveelheid van de tekst, dit tegen de verwachtingen in van onderzoek naar text-based interventies (Riva et al., 2014). Een deelnemer benoemde echter wel dat de tekst veel concentratie vergde, met name op pijnmomenten. Onderzoek naar chronische pijn toont aan dat chronische pijn een negatief effect kan hebben op het werkgeheugen (Berryman et al., 2013), en dat werkgeheugen van invloed is op aandacht en concentratie (Fougnie, 2008). Een andere deelnemer vond de gehele cursus, inclusief de tekst, te complex. Deze deelnemer heeft speciaal onderwijs gevolgd en lijkt over onvoldoende cognitieve capaciteiten te hebben beschikt om de cursus optimaal te kunnen gebruiken. Hoewel er momenteel nog weinig onderzoek is gedaan naar de effecten van ACT bij mensen met een laag IQ (IQ < 70) (Hayes et al., 2013), is een laag opleidingsniveau wel een voorspeller voor hogere drop-out rates bij online interventies (Karyotaki et al., 2015). In lijn der verwachting bleken een aantal deelnemers moeite te hebben het zelfhulp aspect van de cursus, wat in overeenstemming is met onderzoek van Andersson (2009), waarin gesteld wordt dat begeleiding en ondersteuning gewenst is in het proces van een interventie.

Over het algemeen hebben de onderdelen van ACT positieve effecten gehad op de deelnemers, hoewel dit verschilde per deelnemer. Een specifiek onderdeel wat vaak werd genoemd is het observerende zelf, waarbij deelnemers aangeven dat dit onderdeel hun geholpen heeft om op een andere manier naar zichzelf te kijken. Dit sluit aan bij eerder onderzoek naar het observerende zelf (Hayes et al., 2006). Voor een ander was juist het stuk 'acceptatie' uit ACT de meest helpende factor, waarbij enkel de bevestiging dat 'pijn er mag zijn' al voor een betere gemoedstoestand zorgde. Ook werd genoemd dat het als prettig werd ervaren dat de cursus de focus niet enkel legt op wat je als pijn patiënt niet meer lukt, maar ook wat er nog wel lukt. Dit is in lijn met de positieve psychologie, waarbij ruim stil wordt gestaan bij positieve ervaringen en kwaliteiten van de mens (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Het online aspect van de cursus werd overwegend positief beoordeeld. Twee deelnemers benoemen specifiek het voordeel dat ze zelf konden bepalen hoe snel en wanneer ze bezig konden gaan met de

cursus. Dit voordeel sluit aan bij eerdere onderzoeken die zijn gedaan naar de voordelen van zelfhulp interventies (Clarke et al., 2009; Merry et al., 2012). De deelnemers benoemen dat je bij pijnmomenten kunt kiezen om wat later bezig te kunnen gaan met een oefening, wat niet kan als je een afspraak met een therapeut hebt staan. Het feit dat het grootste gedeelte van deelnemers positief is over het online aspect van de cursus, sluit ook aan bij de eerdere onderzoeken die gedaan zijn naar online interventies ter verbetering van de gezondheid (Andersson & Titov, 2014). De deelnemers vinden het vooral makkelijker en minder statisch en geven het aan prettig te vinden om ten allen tijde toegang te hebben tot de informatie van de cursus. Eén deelnemer geeft aan het prettiger vinden om te schrijven, wat mogelijk te verklaren valt doordat dit de oudste deelnemer is en minder affiniteit heeft met internet. Tot slot geeft één deelnemer een deel van de cursus niet te kunnen lezen, met name de uitklapteksten. Dit is te verklaren doordat deze deelnemer de cursus gemaakt heeft op zijn mobiele telefoon, waarvoor de cursus niet geschikt is.

Het mindfulness aspect werd ook wisselend ervaren door de deelnemers. Opvallend is dat de deelnemers die overwegend positief waren over de mindfulness oefeningen, allen eerder ervaring hadden met het concept mindfulness. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze deelnemers door hun ervaring beter wisten hoe ze de oefeningen in de praktijk moesten brengen. Een andere verklaring is dat de oefeningen simpelweg niet bij de andere deelnemers aansloten, waardoor het effect beperkt was. De deelnemers die positief waren over de mindfulness oefeningen benoemden dat de oefeningen hielpen om te ontspannen. De meest recente onderzoeken naar de effecten naar mindfulness laten zien dat mindfulness helpt om o.a. stress te reduceren bij chronische pijn (Davis et al., 2015).

Ook de metaforen werden wisselend beoordeeld door de deelnemers. Voor enkele deelnemers hebben de metaforen geholpen om een lastige te begrijpen concepten duidelijk te maken door te refereren naar de dagelijkse praktijk, wat door Kelders et al. (2012) wordt beschreven als één van de effecten van metaforen om de motivatie te vergroten. Of de motivatie hierdoor vergroot werd bij deze deelnemers is niet zeker, maar het maakte bepaalde aspecten van de cursus wel makkelijker te begrijpen. Andere deelnemers vonden de metaforen te abstract of juist voor de hand liggend, waardoor het niet gezien werd als toevoeging op de cursus.

Zoals eerder hierboven genoemd, hadden meerdere deelnemers moeite met bepaalde oefeningen in de cursus, met name bij oefeningen waar de deelnemers bewust werden gemaakt van hun pijngedachten, vermijdingsgedrag en automatische reactiepatronen. De deelnemers vonden de oefeningen confronterend, waardoor de desbetreffende oefeningen ook negatief werden beoordeeld. Mogelijk was psychologische begeleiding hier nodig geweest om de kern van ACT over te brengen en de oefeningen niet als negatief te laten ervaren. Hoewel de meeste deelnemers vonden

dat ze genoeg ondersteuning kregen van hun fysio- of oefentherapeut, was er wel behoefte aan meer psychische ondersteuning bij het cognitieve aspect van de cursus. De deelnemers waren over het algemeen positief over hun fysio- of oefentherapeut, echter vonden een aantal van de deelnemers dat er een professional nodig was om het psychische aspect op te vangen. Ondanks dat confrontatie en het tegenkomen van hindernissen onderdelen zijn van het proces van ACT, was begeleiding hier wenselijk geweest om de deelnemers te ondersteunen om de hindernis om te buigen naar een leermoment. Ook kan ondersteuning van een professional mogelijk helpen om bepaalde vermijdingssignalen op te vangen. Zo bleek één deelnemer erg positief over de cursus, maar werden bijna alle opdrachten als negatief beoordeeld omdat deze deelnemers het idee had dat de oefeningen geen zin hadden en dat het niet nuttig voor haar was om dieper te graven in haar gedachten. Het lijkt er dus op dat vooral bij het toepassen van ACT meerdere deelnemers er moeite mee hadden om dit zelfstandig te doen, waarbij de ondersteuning van hun fysio- of oefentherapeut niet voldoende was om dit op te vangen.

Eén deelnemer vond de oefeningen vaak confronterend omdat de oefeningen veel gericht zijn op werk. Deze deelnemer is arbeidsongeschikt verklaard en is niet meer in staat om te werken, waardoor de oefeningen de deelnemers herinnerde aan het feit dat werken niet meer mogelijk is.

## Beperkingen

Naast de bruikbare informatie die het huidige onderzoek geeft, zijn er ook een aantal beperkingen te noemen in het onderzoek. Ten eerste zijn de resultaten gecodeerd en beoordeeld door één persoon, waardoor er geen sprake is van inter-rater betrouwbaarheid. Inter-rater betrouwbaarheid bij kwalitatief onderzoek is belangrijk omdat de interpretatie en codering van kwalitatief materiaal relatief subjectief is en deze subjectiviteit afneemt wanneer meerdere mensen dezelfde data beoordelen (Barbour, 2001). Ten tweede lijkt het erop dat niet alle fysio- of oefentherapeuten zich aan de toelatingsprocedure hebben gehouden. Eén van de inclusiecriteria was dat de deelnemers beschikten over een computer, waar deelnemer 5 niet over beschikte. De relevantie van de uitspraken van deze deelnemer moeten dan ook met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het feit dat deze deelnemer de cursus als te moeilijk beschouwde, kan deels hierdoor verklaard worden. Ten derde was de tijd waarin de interviews plaatsvond vrij krap. Niet alle oefeningen konden worden besproken. Bij bepaalde oefeningen kon er niet dieper worden door gegaan op een antwoord, omdat andere onderdelen ook nog besproken moesten worden. Dit is mogelijk ten koste gegaan van bruikbare informatie. Tot slot was de drop-out rate van het onderzoek relatief hoog. Van de tien deelnemers die mee zouden doen, zijn er vier uitgevallen, wat neerkomt op 40%. Dit is een stuk

hoger dan de gemiddelde drop-out rate van 26,6% bij cognitive-based online interventies voor chronische pijn (Macea et al., 2010). Drop-out werd o.a. veroorzaakt door een te druk privé leven, het niveau van de cursus wat te hoog is en de pijn die niet meer op de voorgrond staat.

## Aanbevelingen

Gezien de problemen die meerdere deelnemers hadden met het zelfhulp aspect van de interventie, zou het raadzaam zijn meer onderzoek te doen naar het zelfhulp aspect van de interventie. Gezien het feit dat het erop lijkt dat ondersteuning van een fysio- of oefentherapeut niet altijd voldoende lijkt te zijn om de kern van ACT over te brengen, is het belangrijk om erachter te komen welke begeleiding er nodig is en hoe intensief deze begeleiding moet zijn om de cursus effectiever te maken. Kwantitatief onderzoek met een grotere sample zou een toevoeging zijn om statistisch aan te kunnen tonen of er verschil in effect is wanneer er wel of geen begeleiding mogelijk is.

Het is van praktisch belang meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van ACT bij minder begaafde mensen. Mogelijk kunnen hierdoor deelnemers worden uitgesloten, of kan de cursus worden aangepast zodat het toegankelijker wordt voor deze doelgroep, waardoor de bereikbaarheid vergroot wordt.

Het toevoegen van reminders aan de cursus kan helpen om de adherence van de cursus te vergroten. Deelnemers bemoedigen dat door drukte snel vergeten wordt om bezig te gaan. Onderzoek naar online interventies toont aan dat het toevoegen van reminders (email, telefoon, sms etc.) de adherence vergroot (Lillevoll et al., 2014). Ook zou het helpen om minder de focus te leggen op werken. Dit voorkomt dat deelnemers zich buitengesloten of geconfronteerd voelen, doordat ze bijvoorbeeld nog op school zitten of niet meer kunnen werken.

Tot slot kan de cursus gebruiksvriendelijker worden gemaakt door o.a. bij te houden waar de deelnemer is gebleven, en het toevoegen van links zodat de deelnemer sneller kan navigeren door de cursus.

Al met al heeft dit onderzoek een waardevolle bijdrage kunnen leveren om de cursus verder te kunnen ontwikkelen, waardoor de cursus mogelijk een oplossing kan bieden voor het grote aantal chronische pijnpatiënten, en mee kan helpen aan de groeiende vraag naar e-health interventies.

## Referenties

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175-180.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. doi: 10.1002/wps.20151
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11. doi: 10.1002/wps.20083
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., Teunissen, J. (2005). Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?. *Bmj*, 322(7294), 1115-1117.
- Bennett, G. G., & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annual review of public health*, 30, 273-292.
- Berryman, C., Stanton, T. R., Jane Bowering, K., Tabor, A., McFarlane, A., & Lorimer Moseley, G. (2013). Evidence for working memory deficits in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 154(8), 1181-1196. doi: 10.1016/j.pain.2013.03.002
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., ... & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(6), 307-315.
- Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., Debar, L., Dickerson, J., & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cogn Behav Ther*, 38(4), 222-234. doi: 10.1080/16506070802675353
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80(1), 329-339. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00229-2
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Wolf, L. D., Tennen, H., & Yeung, E. W. (2015). Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: Differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 24.

- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36. *Pain Medicine, 4*(4), 331-339. doi: 10.1111/j.1526-4637.2003.03040.x
- Fougnie, D. Y. (2008). The relationship between attention and working memory  
N.B. Johansen (Ed.), *New research on short-term memory*, Nova Science Publishers, Hauppauge (2008), pp. 1-45
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *J Pain, 13*(8), 715-724. doi: 10.2196/jmir.3474
- Hann K. E., McCracken L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *J Context Behav Sci, 3* (2014), pp. 217–227
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.
- 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.
- 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. *Behav Ther, 44*(2), 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Holmes, A., Christelis, N., & Arnold, C. (2012). Depression and chronic pain. *The Medical Journal of Australia, 1*(4), 17-20. doi: 10.5694/mjao12.10589
- Johannes, C. B., Le, T. K., Zhou, X., Johnston, J. A., & Dworkin, R. H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *The Journal of Pain, 11*(11), 1230-1239.
- Juniper, M., Le, T. K., & Mladi, D. (2009). The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert opinion on pharmacotherapy, 10*(16), 2581-2592.
- Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. *Psychol Med, 1*-10. doi: 10.1017/S0033291715000665
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical Internet research, 14*(6).



- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *J Anxiety Disord*, *22*(8), 1273-1284. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.008
- Lillevoll, K. R., Vangberg, H. C., Griffiths, K. M., Waterloo, K., & Eisemann, M. R. (2014). Uptake and adherence of a self-directed internet-based mental health intervention with tailored e-mail reminders in senior high schools in Norway. *BMC Psychiatry*, *14*, 14. doi: 10.1186/1471-244X-14-14
- Macea, D. D., Gajos, K., Daglia Calil, Y. A., & Fregni, F. (2010). The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain*, *11*(10), 917-929. doi: 10.1016/j.jpain.2010.06.005
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, *131*(1), 63-69
- McCracken, L. M., & Yang, S. Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, *123*(1), 137-145.
- Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *J Pain*, *10*(6), 619-627. doi: 10.1016/j.jpain.2008.12.007
- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014). Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health Inf Sci Syst*, *2*, 3. doi: 10.1186/2047-2501-2-3
- Riolo, S. A., Nguyen, T. A., Greden, J. F., & King, C. A. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health*, *95*(6), 998-1000. doi: 10.2105/AJPH.2004.047225
- Riva, S., Camerini, A. L., Allam, A., & Schulz, P. J. (2014). Interactive sections of an Internet-based intervention increase empowerment of chronic back pain patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, *16*(8), e180. doi: 10.2196/jmir.3474
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of psychosomatic research*, *68*(1), 29-36.
- de Góes Salvetti, M., Cobelo, A., de Moura Vernalha, P., de Almeida Vianna, C. I., Canarezi, L. C. C. C., & Calegare, R. G. L. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *20*(5), 896-902.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.

- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *J Behav Med*, *38*(1), 66-80. doi: 10.1007/s10865-014-9579-0
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, *377*(9784), 2226-2235.
- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, *152*(3), 533-542. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *J Consult Clin Psychol*, *76*(3), 397-407. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.397
- Wagner, B., Horn, A. B., & Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of affective disorders*, *152*, 113-121.
- Wicksell, R. K., Renofalt, J., Olsson, G. L., Bond, F. W., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion--central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *Eur J Pain*, *12*(4), 491-500. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.08.003

## Bijlage 1: Interviewschema

### Interviewschema voor deelnemers

- A. Geslacht:
- B. Leeftijd:
- C. Opleiding:
- D. Wat zijn uw dagelijks activiteiten, bijvoorbeeld werk , huishouden, hobby's, etc?
- E. Hoe ver bent u met de cursus gekomen?
  - a. Hoelang heeft u daarover gedaan?
  - b. Hoeveel tijd heeft u per keer aan de cursus besteed?
  - c. Hoeveel tijd heeft u gemiddeld per week aan de cursus besteed?
- F. Zijn er onderdelen in de cursus waarmee u al ervaring had?
- G. Heeft u ervaring met gebruik van internet ter verbetering van uw gezondheid?
  - a. Zo ja, wat heeft u gedaan?
  - b. Zo nee, waarom niet?

### Ervaringen:

U heeft gewerkt met Leven met pijn online. Graag wil ik uw ervaringen horen.

### Algemeen

- 1) Wat waren, voor u, de voordelen van Leven met pijn online?
  - a. Welk voordeel was voor u het grootst?
- 2) Wat waren, voor u, de nadelen van Leven met pijn online?
  - a. Welke nadeel was voor u het grootst?
- 3) Vindt u dat de Leven met pijn online u heeft geholpen? Hoe?
- 4) Vindt u dat Leven met pijn online een aanvulling is geweest op de behandeling van uw fysio- / oefentherapeut?
- 5) Heeft uw fysio- /oefentherapeut u ondersteuning geboden tijdens het volgen van de cursus?
  - a. Zo ja, op welke manier en was dit voldoende?
  - b. Zo nee, op welke manier had u graag meer ondersteuning gewild?
- 6) Hoe heeft u het ervaren om via het internet een cursus te volgen?
  - a. Wat vond u de voordelen/nadelen?
- 7) Zou u uw medepatiënten aanraden om gebruik te maken van Leven met pijn online? Waarom wel, waarom niet?

### Specifiek per les

We lopen nu iedere les na. Wilt u bij iedere les aangeven welk onderdeel u het meest heeft aangesproken en welk onderdeel u niet aanspreekt?

Vragen per les (uiteraard alleen de onderdelen uitvragen die in de les voorkomen)

- 1) Tekst:
  - a. Heeft u de tekst in deze les van A tot Z gelezen?
    - i. Waarom wel/niet?
  - b. Heeft u de uitklapteksten gelezen?
    - i. Waarom wel/niet?
  - c. Was de inhoud van de tekst duidelijk voor u?
    - i. Waarom?
  - d. Wat vond u van de hoeveelheid tekst?

- i. Waarom?
- 2) Oefeningen:
  - a. Heeft u alle oefeningen uit deze les gedaan?
    - i. Welke niet en waarom niet?
  - b. Waren de oefeningen in deze les helpend voor u?
    - i. Waarom wel/niet?
  - c. Zou u de oefeningen herhalen uit de cursus?
    - i. Zo ja, welke en waarom?
- 3) Video:
  - a. Heeft u de video bekeken?
    - i. Zo ja, was deze video helpend voor u?
    - ii. Zo nee, waarom niet?
- 4) Mindfulness-oefeningen:
  - a. Heeft u de mindfulness-oefening(en) uitgevoerd?
    - i. Zo ja, wat vond u daarvan?
  - b. Was de oefening helpend voor u? Wat merkte u?
    - i. Zo nee, waarom niet?
  - c. Zou u deze oefening herhalen na de cursus?
    - i. Waarom wel/niet?
- 5) Metafoor:
  - a. Was de metafoor verhelderend voor u?
    - i. Waarom wel/niet?
- 6) Welk onderdeel sprak u het meest aan in deze les?
- 7) Welk onderdeel sprak u het minst aan?

### **Andere programma-onderdelen**

Wat vindt u van het onderdeel: ervaringen van anderen?

Heeft u het onderdeel Hulp gebruikt? Zo ja, heeft het uw probleem opgelost? Zo nee, welke informatie miste u?

### **Tips, adviezen**

Welke tips en adviezen heeft u om de cursus te verbeteren?