

Jeanine Stoeten

10 EC master thesis Positieve
Psychologie en Technologie
Universiteit Twente te Enschede

Eerste begeleider:

Prof. dr. K.M.G. Schreurs

Tweede begeleider:

Dr. H. Trompetter

8 juli

2015

“Ik tel gewoon weer mee!”

De ervaringen van chronische pijn patiënten en
behandelaars met Acceptance and Commitment
Therapy in het ZGT Almelo.



UNIVERSITEIT TWENTE.



Voorwoord

Voor u ligt mijn master thesis. De afsluiting van vier jaar studeren, de afsluiting van een fijne periode uit mijn leven. Een nieuw hoofdstuk breekt aan. Uitdagend, leuk, maar ook erg spannend.

Het afgelopen jaar, waarin ik de master Positieve Psychologie en Technologie heb gevolgd, was een bewogen jaar. Mijn moeder bleek ongeneeslijk ziek te zijn. Hierdoor ben ik bewuster gaan leven en heb ik deze master op een andere manier beleefd. Onderdelen uit de master en dit onderzoek droegen bij aan mijn ontwikkeling als psycholoog, maar zeker ook aan mijn ontwikkeling als persoon. Daar ben ik dankbaar voor.

Ik wil deze scriptie opdragen aan mijn ouders, omdat zij er altijd voor me zijn. Mede dankzij hen heb ik de afgelopen vier jaar mijn opleiding zorgeloos kunnen volgen en succesvol af kunnen ronden. In het bijzonder wil ik mijn moeder bedanken, omdat zij mij vooral het afgelopen jaar aanspoorde door te gaan en niet te stoppen met het najagen van mijn doelen en dromen. Ondanks alle heftige berichten die we als gezin te verwerken kregen. Mam, je bent de meest krachtige, lieve en bijzondere vrouw in mijn leven. Voor altijd.

Enschede, juli 2015

Jeanine Stoeten

"Wacht niet met leven tot je de innerlijke strijd met jezelf gewonnen hebt, maar leef nu – voluit, met je verleden, met je herinneringen, met je angsten en met je verdriet" (Hayes & Smith, 2006)

Abstract

Introduction

Acceptance and Commitment Therapy is a promising therapy for patients with chronic pain. ACT can be an alternative for Cognitive Behavioral Therapy. CBT is a proved and effective therapy for patients with chronic pain, but the effects are small. In ACT, parts from cognitive therapy, behavioral therapy and mindfulness based therapy are integrated. Patients learn during the therapy to stay connected with their unpleasant emotions, feelings and thoughts. The purpose of ACT is not to bring down the pain intensity, but to achieve a higher level of acceptance and more actions towards what the patient finds important in life. With ACT the purpose is to try to increase psychological flexibility of the patient. In this study we will examine the experiences of patients and their therapists with ACT in the hospital ZGT Almelo in the Netherlands.

Methods

In this study interviews were held with three therapists and six patients diagnosed with chronic pain which participated in the ACT on the ZGT Almelo. The interview schedule was semi-structured and directed at the experiences of the patients and their therapists. The qualitative data were transcribed and analyzed.

Results

In general the therapists and patients were positive about ACT. No respondent experienced the overall therapy as negative. The respondents described changes in mood, activity and social contacts of the patients. Besides that, the different disciplines in the ZGT which were involved in the therapy are described as positive, just as the different subjects of the therapy. As points of improvement the respondents called the care afterwards and time to rest during the therapy days.

Conclusion

ACT in the ZGT Almelo is experienced as positive by the patients and their therapists. Patients all have experienced positive consequences from the therapy. They are positive about the different disciplines and the subjects of the therapy. Working with ACT is described as positive by the therapists. They find it a clear and realistic therapy to work with.

Samenvatting

Introductie

Acceptance and Commitment Therapy is een veelbelovende therapievorm voor patiënten met chronische pijn. ACT kan dienen als aanvulling of alternatief voor Cognitieve gedragstherapie. CGT is een effectief bewezen therapie, maar de effecten bij chronische pijn patiënten zijn klein. Binnen ACT worden inzichten vanuit de cognitieve therapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapie geïntegreerd. Patiënten leren tijdens de therapie om in contact te blijven met onplezierige emoties, gevoelens en gedachten. ACT richt zich niet op pijnbestrijding, maar wil de gevolgen van pijn reduceren door meer acceptatie en waardegerichte acties. Door middel van ACT wordt getracht de psychologische flexibiliteit van de patiënten te verbeteren. In deze studie wordt gekeken naar de ervaringen van patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo.

Methoden

Tijdens deze studie werden interviews afgenomen met drie behandelaren en zes chronische pijn patiënten die deel hebben genomen aan ACT in het ZGT Almelo. Het interviewschema was semigestructureerd en richtte zich voornamelijk op de ervaringen van de patiënten en hun behandelaren met de therapie. De kwalitatieve gegevens werden getranscribeerd en geanalyseerd.

Resultaten

Over het algemeen waren zowel de behandelaren als de patiënten positief over ACT. Geen enkele respondent heeft de therapie negatief ervaren. Er werden veranderingen beschreven wat betreft stemming, activiteit en sociale contacten van de patiënten. Tevens werden de verschillende disciplines die binnen het ZGT betrokken zijn bij de therapie als positief beschreven, net als de verschillende onderdelen die tijdens de therapie worden doorlopen. Als verbeterpunten werden nazorg en rust tussen de middag het meest genoemd.

Conclusie

ACT in het ZGT Almelo wordt door zowel patiënten als behandelaars positief ervaren. De patiënten beschrijven allen baat te hebben bij de therapie en zijn lovend over de disciplines en onderdelen die bij de therapie betrokken zijn. Het werken met ACT wordt door de behandelaren als prettig, duidelijk en realistisch omschreven.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Chronische pijn: feiten, gevolgen en behandelingen	7
Behandelingen en effectiviteit bij chronische pijn.....	8
Acceptance and Commitment Therapy (ACT): wat is het?	8
Chronische pijn patiënten in het ZGT Almelo	10
Het huidige onderzoek en onderzoeksvragen.....	10
Methode	12
Respondenten	12
Procedure	13
Interventie	14
Instrumenten.....	15
Analyse	16
Resultaten	18
Resultaten patiënten.....	18
Resultaten behandelaren	24
Conclusie en discussie	31
Referenties	37
Bijlagen	40
A. Patiënteninformatie en toestemmingsverklaring.....	40
B. Interviewschema voor patiënten	43
C. Interviewschema voor behandelaren	45
D. Codes & Quotes	47

Inleiding

Chronische pijn: feiten, gevolgen en behandelingen

Chronische pijn wordt gedefinieerd als pijn gedurende langer dan drie tot zes maanden waarbij in de afgelopen maand tenminste twee keer per week pijn werd ervaren met matige tot ernstige intensiteit (Turk, Wilson & Cahana, 2011; Breivik, Eisenberg & O'Brien, 2013). In de DSM-IV-TR (2000) wordt gesproken van een chronische somatoforme pijnstoornis. Patiënten ervaren hierbij gedurende langer dan zes maanden pijnklachten zonder dat daar een duidelijke medische verklaring aan ten grondslag ligt.

De WHO schat dat wereldwijd twintig procent van de bevolking aan enige mate van chronische pijn lijdt. In Europa lijdt negentien procent van de bevolking aan chronische pijn van matige tot ernstige aard (Breivik et al., 2013). De prevalentie van chronische pijn in Nederland ligt rond de achttien procent (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Chronische pijn is een complex verschijnsel. Ondanks onderzoek blijft er veel onduidelijk omtrent chronische pijn (Langley, Müller-Schwefe, Nicolaou, Liedgens, Pergolizzi & Verrassi, 2010).

Chronische pijn beïnvloedt veel verschillende aspecten van het leven, zowel van die van de patiënt als belangrijke anderen in diens omgeving. Zo ervaren chronische pijn patiënten veelal een afname in activiteit, sociale contacten en emotioneel functioneren (Breivik et al, 2006). Tevens zorgen de kosten van ziekenhuisbezoeken en behandelingen voor chronische pijn, samen met het wegvallen of verminderen van het inkomen, veelal voor ernstige financiële consequenties. Ook zorgt chronische pijn voor consequenties voor belangrijke anderen in de omgeving van de patiënt. De pijn beïnvloedt de alledaagse activiteiten van de patiënt, gaat vaak samen met depressieve symptomen en kan zorgen voor negatief gekleurde interacties met anderen (Reid, Harker, Bala, Truyers, Kellen, Bekkering & Kleijnen, 2011). Chronische pijn is moeilijk aan te tonen of te diagnosticeren met de huidige technologie. Daarnaast staat pijn niet op zichzelf maar wordt het beïnvloed door en interacteert het met genetisch materiaal, leergeschiedenis, omgevingsfactoren, sociaal economische status, gedragsfactoren en psychische toestand van een individu, aldus Turk et al (2011). Dit maakt pijn tot een complex fenomeen, wat het vinden van een effectieve behandelvorm moeilijker maakt.

Behandelingen en effectiviteit bij chronische pijn

Een algemene conclusie van Turk et al (2011) over behandelingen bij chronische pijn is dat de effecten van behandelingen gericht op pijnbestrijding bescheiden zijn. Deze auteurs stellen dat geen van de onderzochte behandelingen op zichzelf in staat is pijn te elimineren en een groot effect te bewerkstelligen op het fysiek en sociaal functioneren van de patiënt. Dit is niet verassend gezien de

complexiteit van chronische pijn, aldus Turk et al (2011). Er lijkt dus meer nodig te zijn dan enkel pijnbestrijding in de behandeling van chronische pijn patiënten.

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) is een effectieve therapievorm voor mensen met chronische pijnklachten. CGT is uitgebreid onderzocht op effectiviteit en bleek succesvol in het behandelen van chronische pijn patiënten (Eccleston, Williams & Morley, 2012). Desondanks zijn de effecten klein. Daarom wordt er gezocht naar mogelijkheden om de behandeling voor deze groep patiënten te verbeteren. Recent onderzoek naar Acceptance and Commitment Therapy (ACT) laat veelbelovende effecten zien van deze therapievorm bij de behandeling van chronische pijn. ACT is niet superieur aan CGT, maar kan dienen als een goed alternatief of als aanvulling. Een studie van Vowles, McCracken en O'Brien (2011) toonde aan dat chronische pijn patiënten die drie jaar werden behandeld met ACT significant beter functioneerden dan patiënten die niet deelnamen aan deze therapie. Deze effecten waren ook drie maanden na de therapie nog zichtbaar (Vowles et al., 2011). Er bestaat inmiddels evidentie voor ACT als werkzame behandeling van chronische pijn (A-Tjak, 2014). Door pijn niet te veroordelen en af te wijzen maar het juist met een vriendelijke houding de ruimte te geven, wordt het verdragen van de pijn gemakkelijker. Uit de meta-analyse van Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer (2011) bleek eveneens dat patiënten met chronische pijn over het algemeen redelijk goed reageerden op op acceptatie gebaseerde therapieën zoals ACT en mindfulness based theorieën.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT): wat is het?

ACT is gericht op het verhogen van psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit kan worden gedefinieerd als de mogelijkheid om gedrag te veranderen of te behouden en waardegerichtheid te vergroten. Dit a) gebeurt door een open en bewust contact met gedachten en gevoelens; b) wordt bereikt door te waarderen wat de situatie toelaat; c) wordt gestuurd door waarden en doelen (Hayes et al., 2006). Dit gedrag wordt ook wel beschreven als open, bewust en actief (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011). Het doel van ACT is het vergroten van de psychologische flexibiliteit van patiënten.

ACT is een transdiagnostisch model. Het richt zich niet op specifieke diagnoses, maar kan een toegevoegde waarde hebben wanneer er sprake is van processen van experiëntiële vermijding en fusie (A-Tjak, 2014; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Binnen ACT worden inzichten vanuit de cognitieve therapie, gedragstherapie en mindfulness-based therapie geïntegreerd. Patiënten leren tijdens de therapie om in contact te blijven met onplezierige emoties, gevoelens en gedachten. ACT onderscheidt zich van andere therapievormen door de link die het legt tussen taal en cognitie (Hayes et al., 2006). Het ontwikkelen van mindfulness is één van de strategieën bij ACT. Verder richt ACT zich

op het verhelderen van de waarden en de mogelijkheden van de patiënt om te leven naar deze waarden in het dagelijks leven. De laatste jaren is de aandacht voor therapieën gericht op acceptatie gegroeid. Deze therapievormen richten zich op de acceptatie van pijn, in tegenstelling tot therapie die zich richt op het controleren of verminderen van pijn (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). Uit onderzoek is gebleken dat patiënten door ACT minder pijn interferentie ervaren. Tevens heeft ACT een positief effect op depressie en pijn gerelateerde angst. Daarnaast ervaren chronische pijn patiënten na het volgen van ACT meer tevredenheid dan de patiënten die CGT aangeboden krijgen (Wetherell, Afari, Rutledge, Sorrell, Stoddard, Petkus, Solomon, Lehman, Lui, Lang & Hampton Atkinson, 2011).

In ACT staan zes vaardigheden centraal (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Hieronder staan de vaardigheden weergegeven in een continuüm. Dit continuüm loopt van psychologische flexibiliteit naar inflexibiliteit. Deze zes vaardigheden kunnen volgens Hayes et al (2006) worden samengevoegd tot twee hoofdprocessen: acceptatie en waardegerichte actie.

1. Verheldering van waarden – Onduidelijke waarden;

Heldere waarden zorgen ervoor dat duidelijk is wat de patiënt belangrijk vindt in het leven. De waarden geven richting aan op verschillende gebieden, zoals werk, vriendschappen, gezondheid.

2. Acceptatie – Experiëntiële vermijding;

Negatieve gevoelens en gedachten niet willen ervaren wordt experiëntiële vermijding genoemd. Tijdens ACT leren patiënten deze gevoelens en gedachten op te merken en ze te accepteren zoals ze zijn.

3. Cognitieve defusie – Cognitieve fusie;

Gedachten zijn gedachten en hoeven niet perse samen te vallen met de werkelijkheid. Dit is het principe van cognitieve defusie, waarbij patiënten leren hun gedachten niet altijd en direct voor waar aan te nemen.

4. Mindfulness – Weinig contact met het nu;

Mindfulness is het bewustzijn van het hier en nu en de sensaties in het hier en nu. Hierbij is het van belang dat patiënten niet verstrikt zijn in piekeren over toekomst of verleden, maar leren op te merken wat er zich afspeelt in het huidige moment.

5. Zelf als context – Zelf als inhoud;

Zelf als inhoud verwijst naar de neiging van mensen om zichzelf te vereenzelvigen met de inhoud van hun gedachten. Tijdens ACT leren patiënten dat zij een constante in zichzelf kunnen ervaren, onafhankelijk van hun gevoel of gedachten op dat moment. Dit perspectief dat mensen leren innemen wordt zelf als context genoemd.

6. Waardegerichte actie – Impulsiviteit of inactiviteit;

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

Het ondernemen van acties in de richting van de zelfgekozen waarden is van belang tijdens ACT. Hierbij wordt patiënten geleerd gedrag te vertonen dat in lijn ligt met de gekozen levenswaarden. Daarbij leren zij omgaan met mislukkingen, fouten en ongewenste belevingen.

Acceptance and Commitment Therapy is vooral goed toepasbaar wanneer klachtreductie geen doel (meer) is van behandeling. Door middel van ACT leert de patiënt een zinvol leven te leiden, onafhankelijk van de reductie van de klachten. Acceptatie en waardegerichte actie staan centraal, waarbij destructieve pogingen om controle te krijgen over de pijn worden vermeden (Hayes, 2006; A-Tjak, 2014). Om deze redenen past ACT goed bij de uitgangspunten van pijnrevalidatie.

Chronische pijn patiënten in het ZGT Almelo

Het ZGT Almelo behandelt patiënten met chronische pijn door middel van ACT. De therapie duurt achttien weken, waarbij de patiënten twee maal per week een dag worden verwacht in het ZGT Almelo. Het behandelteam bestaat uit een psychiater, psychiatrisch verpleegkundige, klinisch psycholoog, beeldend therapeut, psychomotorisch therapeut en een muziektherapeut. De therapie bestaat voornamelijk uit pijneducatie, psychotherapie en mindfulness. Daarnaast wordt tijdens de ACT therapie aandacht besteed aan beeldende therapie, psychomotorische therapie en muziektherapie. Tijdens de achttien weken worden de zes processen doorlopen en wordt gewerkt aan het verbeteren van de vaardigheden van de patiënten op deze gebieden. Dit gebeurt op verschillende manieren en afwisselend onder leiding van één van de behandelaren.

Het huidige onderzoek en onderzoeksvragen

Dit onderzoek naar de ervaringen van patiënten en behandelaars met ACT geeft inzicht in de gebruiksvriendelijkheid en de werkingsmechanismen van de therapie. Onderzoek suggereert dat het niet optimaal blootstellen van gebruikers aan een interventie ervoor kan zorgen dat de interventie niet het beoogde effect sorteert (Davies, Corry, Van Itallie, Vandelanotte, Caperchione, & Mummery, 2012; Suggs, 2006). De manier waarop de patiënten de therapie ervaren heeft invloed op hun therapietrouw. De effectiviteit van een interventie kan worden verkleind bij een gebrek aan therapietrouw (Kelders, van Gemert-Pijnen, Werkman, Nijland & Seydel, 2011). In dit onderzoek wordt onderzocht wat van belang is voor patiënten om zo optimaal mogelijk deel te kunnen nemen aan de therapie. Daarnaast is ACT in het ZGT nieuw, waardoor het extra waardevol is de ervaringen te evalueren zodat verbeteringen kunnen worden doorgevoerd bij de start van nieuwe groepen chronische pijn patiënten waaraan ACT wordt aangeboden. Door middel van dit onderzoek kan

kennis worden verkregen waarmee het effect van de therapie kan worden vergroot. Wanneer de gebruiksvriendelijkheid van de therapie kan worden vergroot is de kans groter dat de patiënten trouw zijn aan de therapie en dat een zo groot mogelijk effect kan worden bewerkstelligd. Ook voor andere interventies (met chronische pijn patiënten) biedt dit onderzoek mogelijk nieuwe inzichten die kunnen zorgen voor meer gebruiksvriendelijkheid en een grotere mate van therapietrouw. Door inzicht te krijgen in de werkingsmechanismen van de therapie kan deze worden verbeterd voor in de toekomst.

Het huidige onderzoek richt zich op de ervaringen van patiënten en behandelaren met ACT in het ZGT Almelo. Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van patiënten die de groepsbehandeling met ACT gevolgd hebben en de behandelaren die betrokken waren bij het geven van ACT. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *“Wat zijn de ervaringen van chronische pijnpatiënten en hun behandelaren met de ACT behandeling in het ZGT Almelo?”*. De deelvragen waarop huidig onderzoek zich zal richten zijn hieronder weergegeven.

1. *Wat is het effect van de behandeling geweest? Wat vinden de patiënten en behandelaren van de uitkomsten?*
2. *Hoe wordt het proces van de behandeling ervaren?*
3. *Welke onderdelen van de behandeling worden als waardevol beschouwd?*
4. *Welke onderdelen van de behandeling worden als niet of minder waardevol beschouwd?*
5. *Op welke manier zal de behandeling kunnen worden verbeterd?*

Methode

Respondenten

In dit onderzoek werden negen respondenten geïnterviewd. De respondenten werden niet aselekt gekozen maar geselecteerd omdat werd verondersteld dat zij met hun ervaring en expertise een waardevolle toevoeging konden zijn aan dit onderzoek in de breedte en de diepte. Daarom is er in dit onderzoek gekozen voor *purposive sampling*. Alle respondenten die in het kader van dit onderzoek werden geïnterviewd hebben ervaring met het geven of ontvangen van ACT in het ZGT Almelo.

Voor het goed kunnen uitvoeren en effectief kunnen verbeteren van de therapie is het van belang dat zowel patiënten als therapeuten om hun mening wordt gevraagd. Onder de respondenten waren daarom drie therapeuten: een psychiatrisch verpleegkundige, een klinisch psycholoog en een muziek therapeut. Samen besloegen zij de drie hoofddisciplines waarin de ACT therapie in het ZGT Almelo wordt onderverdeeld. Alle drie waren zij op een andere manier betrokken bij het geven van ACT in het ZGT Almelo. De klinisch psycholoog deed de dagopening en de psychologische blokken, de psychiatrisch verpleegkundige richtte zich vooral op de mindfulness en de muziek therapeut zorgde voor de muziektherapie waarin zij de besproken thema's liet terugkeren. Er werd aangenomen dat met de ervaringen van deze drie therapeuten een volledig en uitgebreid beeld kan worden geschetst van de ervaringen van de behandelaren. Daarnaast werden zes chronische pijn patiënten geïnterviewd die deel hebben genomen aan de therapie. In totaal namen tot op heden acht patiënten deel aan ACT in het ZGT. In verband met beperkte tijd en middelen was het niet haalbaar alle acht patiënten te betrekken bij dit onderzoek.

Alle respondenten hadden de Nederlandse nationaliteit, het merendeel was vrouw. De gemiddelde leeftijd was 54 jaar, waarbij de jongste respondent 41 jaar was en de oudste 62 jaar. Een overzicht van de variatie in diagnoses van de patiënten is te vinden in Tabel 1. De diagnoses liepen niet erg uit een. Alle patiënten waren gediagnosticeerd met een chronische pijnstoornis. Tevens was bij bijna alle patiënten sprake van comorbiditeit, waaronder ADD of een paniekstoornis met agorafobie. Ook hadden vier patiënten een depressieve stoornis als diagnose naast de pijnstoornis. De drie behandelaren die deelnamen aan dit onderzoek waren alle drie vrouw. Respondent 7, 8 en 9, waren respectievelijk klinisch psycholoog, psychiatrisch verpleegkundige en muziektherapeut.

Tabel 1: Gegevens patiënten

Respondent	Sekse	Diagnose
1	Man	Pijnstoornis, gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, chronisch. Depressieve stoornis, eenmalige episode, ernstig, zonder psychotische kenmerken.
2	Vrouw	Pijnstoornis, gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, chronisch. Depressieve stoornis, recidiverend, matig.
3	Vrouw	Pijnstoornis, gebonden aan psychische factoren, chronisch. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis.
4	Man	Pijnstoornis, gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, chronisch. Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Depressieve stoornis, recidiverend, ernstig, zonder psychotische kenmerken.
5	Vrouw	Pijnstoornis, gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, chronisch. Depressieve stoornis, recidiverend, ernstig, zonder psychotische kenmerken. Paniekstoornis met agorafobie.
6	Vrouw	Pijnstoornis, gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, chronisch. Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit, gecombineerde type.

Procedure

Zes interviews werden afgenomen in het ZGT Almelo op de polikliniek psychiatrie. De overige drie interviews vonden plaats bij de patiënten thuis omdat zij niet over de mogelijkheden beschikten naar het ZGT te komen voor het interview. Het interview werd opgenomen met als doel de gesprekken naderhand letterlijk te kunnen uitwerken. Na uitwerking werden de opnames gewist. Een interview duurde gemiddeld 30 minuten. De duur van de interviews varieerde van 16 minuten tot 40 minuten. Voor het afnemen van de interviews werd toestemming verkregen bij de Commissie Ethiek van de faculteit Gedragswetenschappen binnen de Universiteit Twente. Ook werd een aanvraag ingediend bij de Adviescommissie Lokale Uitvoerbaarheid Wetenschappelijk Onderzoek van het ZGT. Het

toestemmingsformulier werd voor deelname aan het onderzoek getekend in tweevoud, een exemplaar voor de respondent en het andere voor de onderzoekster. Tevens kregen de respondenten een informatiebrochure mee waarin informatie werd weergegeven over het doel van het onderzoek en wat deelname voor de patiënten inhoudt. De informatiebrochure en het toestemmingsformulier zijn te vinden in Bijlage A.

Interventie

De chronische pijn patiënten die werden behandeld met ACT op het ZGT Almelo namen deel aan een therapie met een duur van achttien weken. Daarbij werden de patiënten twee hele dagen in de week verwacht op het ZGT Almelo. Deze dagen duurden van 9.00 uur tot 15.00 uur. Aan elk van de acht thema's uit ACT werden twee therapie weken besteed. De therapie bestond voornamelijk uit pijneducatie, psychotherapie, en mindfulness. Daarnaast werd tijdens de therapie aandacht besteed aan beeldende therapie, psychomotorische therapie, muziektherapie, waarin de thema's van de week terug kwamen. De patiënten hadden enkele malen contact met de psychiater over het verloop van de therapie en de klachten. Tussen de middag hadden de patiënten een uur pauze. Daarin werd een lunch verzorgd en was er tijd om even te rusten. Het behandelteam bestond uit een psychiater, verpleegkundige, klinisch psycholoog, beeldend therapeut, psychomotorisch therapeut en een muziektherapeut.

De interventie werd gestart met een groep van vier patiënten. De therapie werd negen weken gevolgd in deze samenstelling. In week tien stroomden vier nieuwe patiënten in en bestond de groep in totaal uit acht patiënten. De vier nieuwe patiënten startten met de thema's die op dat moment werden behandeld. Vervolgens was de eerste groep in week achttien klaar en ging de tweede groep met vier patiënten, die op dat moment in week negen zaten, door met de thema's die groep één in de eerste negen weken behandelde. Tijdens de therapie op het ZGT Almelo werd gebruik gemaakt van het protocol "Leven met pijn" (Schreurs & Hulsbergen, 2011). Daarbij werden acht thema's behandeld. Ieder thema nam twee weken in beslag. Tijdens de therapie kwamen de onderstaande thema's aan bod. De tweede groep patiënten kreeg de thema's in een andere volgorde aangeboden dan de eerste groep patiënten, aangezien deze later instroomde.

Week 1: Educatie en creatieve hopeloosheid

Week 2: Leefstijlaanpassingen, waarden, acties

Week 3: Waarden en hindernissen

Week 4: Aanvaarding en bereidheid

Week 5: Cognitieve defusie

Week 6: Het observerende zelf

Week 7: Pijn en de ander

Week 8: Terugvalpreventie en afsluiting

Buiten deze thema's werden twee extra weken gepland voor kennismaking en afronden van de therapie en afsluiting met de groep. Het draaiboek van Schreurs en Hulsbergen (2011) gaf verder duidelijke richtlijnen voor de doelen en aandachtspunten per thema. Naast het protocol "Leven met pijn" van Schreurs en Hulsbergen (2011) werd gebruik gemaakt van het zelfhulpboek "Leven met pijn, de kunst van het aanvaarden" (Veehof, Schreurs, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2010). Dit hulpboek diende ter ondersteuning van de therapie in het ZGT. Iedere patiënt was in het bezit van een eigen zelfhulpboek. Deze werd gebruikt als naslagwerk of ter inspiratie voor extra oefeningen omtrent de behandelde thema's.

Instrumenten

Het interviewschema werd opgesteld aan de hand van de literatuur zoals besproken in de inleiding. Het interviewschema was semigestructureerd. De hoofdvragen stonden vast en de onderzoekster vroeg naar eigen inzicht door tot er voldoende informatie was verkregen over de ervaringen van de respondent. In de inleiding is besproken dat chronische pijn veel verschillende aspecten van het leven van patiënten beïnvloedt, waaronder activiteit, sociale contacten en emotioneel functioneren. Tevens worden de alledaagse activiteiten van de patiënt beïnvloed, gaat chronische pijn vaak samen met een sombere stemming en kan het zorgen voor negatief gekleurde interacties met anderen. Op deze gegevens is het eerste deel van het interview gebaseerd A, waarin we nagaan of enerzijds de klachten van de patiënten zijn gereduceerd en zij anderzijds een verhoogde kwaliteit van leven ervaren na de therapie. Daarbij richtten we ons tevens op de vraag of de gevolgen van chronische pijn zijn afgenomen of veranderd.

In onderdeel B van het interview wordt de nadruk gelegd op de processen die tijdens ACT aan bod komen. Voor het verhogen van psychologische flexibiliteit staan in ACT zes vaardigheden centraal (Hayes et al, 2006). De zes vaardigheden vormen een rode draad door de ACT behandeling die de patiënten gevolgd hebben. Door middel van de vragen bij onderdeel B wordt nagegaan hoe patiënten en hun behandelaars het aanleren van de vaardigheden hebben ervaren en in hoeverre de patiënten deze eigen hebben kunnen maken. Hier wordt ook gevraagd naar welke onderdelen als meer en minder waardevol worden beschouwd.

Onderdeel C van het interview richt zich op de ervaringen van de patiënten en behandelaars en hun mening over de sterke en verbeterpunten van de therapie. Op deze manier kunnen zij vanuit

hun ervaring met ACT hun mening delen en kunnen wellicht zwakke punten verbeterd worden bij groepen die in de toekomst deel gaan nemen aan ACT in het ZGT Almelo. De interviewschema's voor de patiënten en de behandelaars zijn te vinden in respectievelijk Bijlage B en Bijlage C.

Analyse

De interviews werden uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd met het coderingsprogramma Atlas-Ti. Tijdens dit onderzoek werd de data geanalyseerd vanuit de *Grounded Theory*, door Baarda, De Goede en Teunissen (2009) ook wel de *gefundeerde-theorie-benadering* genoemd. Bij deze strategie wordt geprobeerd een theorie te ontwikkelen door de gegevens zorgvuldig te coderen, analyseren en opnieuw te analyseren. Er wordt vanuit een richtinggevende onderzoeksvraag, en eventueel bestaande begrippen, een onderzoeksproces gestart om systematisch tot theorievorming te komen (Baarda et al., 2009). In het huidige onderzoek gaven de onderzoeksvraag en deelvragen richting aan het onderzoek en de interviews. De verkregen informatie werd vervolgens geanalyseerd, waarna een nieuwe theorie kon worden gevormd die antwoord gaf op de vooraf gestelde vragen.

Exploratie is in de eerste instantie gericht op het opsporen van relevante gegevens en in de tweede instantie op het ordenen en categoriseren daarvan. Vervolgens worden begrippen ontwikkeld en ten slotte worden deze gegroepeerd in een model (Baarda et al., 2009). In dit onderzoek werden de voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen relevante tekstfragmenten geselecteerd. Ieder fragment gaf daarbij informatie over een specifiek onderwerp. Aan ieder fragment werd een code toegekend die de inhoud van het fragment beschreef. Deze codes werden ondergebracht in overkoepelende categorieën, waaruit vervolgens een nieuwe theorie kon worden gevormd of aan kon worden gesloten bij een bestaande theorie. Omdat de vragen uit het interviewschema werden gebaseerd op de theorie en bestaande literatuur beschreven in de inleiding, werd niet geheel open gecodeerd tijdens dit onderzoek. De onderwerpen die door de vragen werden aangesneden kwamen grotendeels overeen met de categorieën waaronder de tekstfragmenten werden onderverdeeld. De manier van coderen tijdens de huidige studie was daarom in de eerste instantie top down of deductief en vervolgens tijdens de analyse bottom up of inductief. De data werd gecodeerd door open codering en vervolgens ondergebracht in overkoepelende categorieën.

Zowel voor de patiënten als voor de behandelaren ontstonden uiteindelijk elf verschillende categorieën. Deze categorieën richtten zich op verschillende aspecten, zoals persoonlijke veranderingen of logistieke aspecten. Omdat de vragen in de interviews van de patiënten en behandelaren grotendeels overeen kwamen, konden ook veelal dezelfde categorieën worden gebruikt tijdens de analyse. De behandelaren deden immers grotendeels uitspraken over dezelfde

onderwerpen als de patiënten. Echter waren ook enkele categorieën en codes niet van toepassing bij de behandelaren en ontstonden bij het analyseren van de interviews van de behandelaren weer andere categorieën dan bij de interviews van de patiënten. Om het coderen inzichtelijk te maken is in Bijlage D een tabel weergegeven waarin de verschillende codes en voorbeelden van bijbehorende quotes van de patiënten en behandelaren worden beschreven.

Resultaten

Resultaten patiënten

In Tabel 2 staan de zes interviews met patiënten weergegeven. Deze zijn gecodeerd, waarbij de uitspraken van de patiënten zijn onderverdeeld in elf categorieën. Bij de aparte categorieën zijn verschillende codes ondergebracht.

Tabel 2: Categorieën en codes interviews patiënten

Categorie	Codes (N quotes)
ACT algemeen	Positief over ACT (20)
	Motivatie(3)
Kernboodschap ACT	Acceptatie(3)
	Inzichtgevend (1)
	Pijn onderscheiden (2)
	Regie in eigen hand (2)
	Volwaardig leven met anderen (1)
Onderdelen ACT	Alles was waardevol (5)
	Metaforen positief (1)
	Mindfulness negatief (2)
	Mindfulness positief (9)
Sterke punten ACT	Begrepen voelen (2)
	Kleine groepen (4)
	Professionals die het geven (3)
	Verschillende onderdelen (3)
Verschil met andere behandelingen	Acceptorend (1)
	Bewuste keuzes (2)
	Pijn integreren (1)
	Realistisch (1)
Veranderingen	Beter contact met gevoel (6)
	Bewuste keuzes maken (4)
	Hulpstuk gebruiken (2)
	Meer activiteit (4)
	Meer bewust van eigen gedrag (1)
	Meer inzicht (2)
	Meer rekening houden met grenzen (11)
	Meer rustpunten (3)

	Meer sociale contacten (5)
	Milder geworden naar zelf (3)
	Minder moeten (7)
	Minder machteloos voelen (1)
	Minder sociale contacten (2)
	Schone en vuile pijn onderscheiden (2)
	Verbeterde stemming (3)
	Vergrootte acceptatie (13)
Pijnklachten	Echte pijn onveranderd (8)
	Invloed van pijn verminderd (8)
Comorbiditeit	Invloed van comorbiditeit (3)
Disciplines	Creatieve therapie negatief (3)
	Creatieve therapie positief (2)
	Muziektherapie positief (2)
	PMT negatief (1)
	Psycholoog positief (3)
	Samen zijn ze waardevol (7)
	Verpleegkundige blokken positief (3)
Duur en tijdsindeling	Goed zo (1)
	Lange dagen (2)
	Te kort (1)
Verbeterpunten	ACT 2 (1)
	Afbouwen van de therapie(1)
	Communicatie naar patiënten (2)
	Communicatie over afspraken (2)
	1 op 1 met psycholoog (1)
	Geen gesprekken met psychiater (2)
	Geen groep laten instromen (5)
	Kortere dagen (7)
	Lang zitten op harde stoel (1)
	Nazorg (5)
	Professional aanwezig tijdens lunch (1)
	Rusten 's middags (5)
	Warme maaltijd 's middags (1)

ACT algemeen

De opmerkingen van de patiënten over ACT in het algemeen waren positief. Geen enkele respondent heeft het doorlopen van de ACT therapie over het algemeen als negatief ervaren. Alle respondenten hebben positieve ervaringen met de therapie. Een aantal voorbeelden van uitspraken van patiënten worden hieronder weergegeven.

“Ik denk dat dit een van de beste therapieën geweest die ik ooit gehad heb. En ik hoop echt dat dat niet wegbezuinigd wordt of wat dan ook. En dat nog veel mensen hier gebruik van kunnen maken, dat hoop ik echt.” (Respondent 5)

“Ik ben ook wel denk ik een van de mensen die denk ik het meeste resultaat erbij heeft gehad zegmaar. Ja, het voelt echt gewoon als nieuw als mijn leven is weer de moeite waard. En, ja ik kan daar weer mee verder.” (Respondent 2)

“Waarop nu, ja, zo van de bloem was al in knop maar moest nog open. Maar dit was wel de, ja ik vond het gewoon geweldig.” (Respondent 2)

Kernboodschap ACT

Voor een aantal respondenten had de kernboodschap van ACT voor henzelf te maken met acceptatie. Daarnaast noemden twee patiënten het belangrijk te vinden dat zij nu het onderscheid kunnen maken tussen schone en vuile pijn, waarmee zij bedoelen dat ze hun fysieke pijn nu los kunnen zien van alle overige (emotionele) pijn die daarbij komt kijken. Verder ervaren de patiënten meer regie over hun eigen leven.

“Ja, gewoon het leven met pijn. En uh, zegmaar, het accepteren dat die pijn er is.” (Respondent 1)

“Ervaren dat een leven met pijn ook heel erg de moeite waard kan zijn doordat je het kan wegzetten en het verschil kunt maken tussen schoon en vuil. Ik denk dat dat het is.” (Respondent 3)

Onderdelen ACT

Bij het bespreken van de onderdelen behorende bij ACT valt op dat het onderdeel mindfulness er voor de meeste patiënten uitspringt. Over het algemeen werd mindfulness erg positief ervaren, al geldt dit niet voor elke patiënt. Er is één respondent die de mindfulness juist niet positief heeft ervaren. Verder werd door de respondenten duidelijk aangegeven dat de onderdelen samen een waardevol geheel vormen en wordt dat geheel gezien als de kracht achter ACT.

“Nee, ik vond eigenlijk wel elk onderdeel heel zinvol. Maar het gaat eigenlijk wel, elk thema of elke therapie gaat door zegmaar. Dus ze zijn allemaal zinvol op hun eigen wijze.” (Respondent 5)

“Waar ik het meest aan gehad heb is mindfulness. En dat dacht ik in de eerste instantie dacht ik van dat zweverige gedoe dat hoef ik allemaal niet. Dat is niks voor mij. Nou, het is echt wel wat voor mij!”
(Respondent 2)

Sterke punten ACT

De sterke punten van ACT op het ZGT zijn volgens de respondenten voornamelijk de kleine groepen waarin de therapie wordt gegeven. Daarnaast vonden de respondenten de professionals die de therapie geven en de verschillende onderdelen van de therapie positieve punten.

“Het was luxe om met zijn vieren de eerste weken te zijn, was heel luxe.” (Respondent 2)

“Het boek is goed, maar wat hun erbij doen zelf, hoe ze het brengen. Iedereen die hele ploeg, dat is gewoon goed. Een heel goed team, ze hebben er heel goed over nagedacht. Ik ben er heel blij mee.”
(Respondent 4)

Verschil met andere behandelingen

Als de patiënten de ACT therapie op het ZGT vergelijken met andere behandelingen die zij ontvangen hebben voor hun klachten valt op dat het bewust kunnen maken van eigen keuzes werd genoemd door twee respondenten. Daarnaast werd genoemd dat ACT verschilt van andere behandelingen vanwege het accepterende en realistische karakter en vanwege de aandacht voor het integreren van de pijn.

“Dus dat vind ik het grootste verschil hier met de ACT, dat ze hier dus eigenlijk zeggen van nou ja zelfs al doe je morgen wat waardoor je drie dagen helemaal uitgeput bent. Als je dan maar wel weet dat je het zelf hebt gedaan.” (Respondent 6)

Veranderingen

Bij de veranderingen die de patiënten ervaren werd tijdens de interviews uitgebreid stilgestaan. De meeste veranderingen zien de patiënten op het gebied van grenzen stellen en rekening houden met hun eigen grenzen. Tevens zien zij veel veranderingen wat betreft acceptatie. Voor de meeste respondenten is de acceptatie vergroot. Ook ervaren veel respondenten dat zij minder moeten en

meer eigen keuzes kunnen maken. Het in contact staan met het eigen gevoel werd ook als een positieve verandering beschreven, net als de toename van sociale contacten.

“Ja, ik heb nu de keuze. Kijk als mijn dochter komt met mijn zoonzoon en mijn drie kleinkinderen, dan kies ik ervoor een dag om laat maar zeggen uit mijn dak te gaan. Maar dan kies ik daarvoor, want dat vind ik veel te leuk. En dan moet je de andere dag ervoor boeten, maar dat heb ik ervoor over. Dat is een bewuste keuze. Eerder had ik zoiets van ja ik moet wel, want ik wil dat ze het gezellig hebben en het moet leuk zijn en dat is nu anders. Ik kijk er anders tegenaan...” (Respondent 5)

“Dat ik wat meer de situatie kan accepteren zoals die is. Ik had in het begin heel veel weerstand. Niet tegen de therapie maar met mezelf. Ja dat is toch dat je een beetje inzicht krijgt. Dus die weerstand is wel wat minder geworden waardoor je ook zegmaar het beter kunt accepteren. Dat je met de klachten moet leven.” (Respondent 1)

Pijnklachten

Alle patiënten gaven aan dat de fysieke pijn onveranderd is na het volgen van ACT op het ZGT Almelo. De pijnintensiteit is hetzelfde gebleven. Echter gaven veel respondenten aan dat de invloed van pijn op hun leven is afgenomen en dat er meer leven is gekomen naast de pijn. Daardoor lijkt de pijnintensiteit soms toch minder of neemt pijn een minder grote rol in. Ook gaven patiënten aan meer rekening te houden met eigen grenzen, waardoor de pijnintensiteit minder wordt.

“Nou nee hoor als ik 's morgens mijn bed uit kom denk ik nog steeds van shit, of als ik wat doe denk ik ook wel van shit.” (Respondent 6)

“Ik laat mij niet meer door die pijn weerhouden van de dingen die ik graag wil.” (Respondent 2)

Invloed van comorbiditeit

Comorbiditeit zorgde er bij een drietal respondenten voor dat het voor hen op sommige momenten moeilijker was de therapie op de manier te volgen zoals deze bedoeld was, of om het maximale resultaat te behalen.

“Maar blijkbaar kwamen ze met het idee het nog een keer te doen, omdat het geheugen niet helemaal goed is, omdat ik heel veel vergeet. Maar als dat nog niet onderzocht is heb ik dat tegen die tijd ook. Kijk dan ga ik het boek nog twee drie keer lezen, misschien blijft er dan nog iets meer zitten. De dingen die voor mij belangrijk zijn blijven toch wel hangen. De rest van de bladzijde... maar waar ik

baat bij heb is goed blijven hangen.” (Respondent 4)

Disciplines

Bij de uitspraken over de verschillende disciplines die bij het geven van de ACT therapie in het ZGT betrokken zijn sprong één uitspraak eruit. Uit de interviews met de respondenten bleek dat de meeste patiënten vinden dat de verschillende disciplines die bij de ACT therapie betrokken zijn samen een waardevol geheel vormen. Zij gaven hierbij onder andere het onderstaande aan.

“Maar alles was hier nuttig. Want het was ook heel erg afgestemd met elkaar hoor. Als we het 's ochtends over waarden hadden dan begonnen ze bij beeldend over waarden, dan had muziek nog een keer waarden, en dan was [psychiatrisch verpleegkundige] er nog een keer achteraan met waarden.”
(Respondent 3)

“Ja eigenlijk is elke therapie heel zinvol op zijn eigen manier.” (Respondent 5)

“Nou, eigenlijk alles wel ja wat ik heel leuk vond was beeldend en muziek. Maar aan de andere kant heb ik heel veel duidelijkheid gekregen door [klinisch psycholoog], dus dat is dan misschien minder lollig maar wel heel nuttig. Dus dat is zeker zo goed. Alhoewel ook bij beeldend en bij muziek zijn vaak de opdrachten zo confronterend. Het gaat in een meer ontspannen toestand maar ik heb daar heel wat afgejankt, vooral bij muziek.” (Respondent 6)

Duur en tijdsindeling

Over de duur en tijdsindeling verschilden de patiënten van mening. Waar de ene respondent de duur en tijdsindeling prettig vindt, vond een ander dat de dagen te lang waren. Tevens was er een respondent die aangaf dat de duur van de therapie te kort was voor wat er behandeld moest worden.

“Nou ik ben blij dat het twee dagen was. Ik hoorde dat dat ging veranderen, dat het vier dagen werden. Dat lijkt me toch wel heel heftig want ik ben altijd toch wel blij dat die woensdag er tussen zit, dat je even bij kunt komen. Dit is voor mij wel de max., denk ik twee dagen.” (Respondent 5)

“Te kort! Ja, het is heel mooi dat je die hoofdstukken allemaal krijgt in twee weken. Maar ik vind het een te abrupt eind. Want het is echt een nieuwe leefstijl die je aanwent. Dus ik had liever gezien dat ze hadden gezegd van nou oke, dan doen we nu nog bijvoorbeeld een maand lang één keer in de week, en dan bouwen we het af naar één keer in de 14 dagen, en dan nazorg bijvoorbeeld weet ik

veel 2 uurtjes in de maand. Wat er blijkbaar wel gaat komen, of er al is. Uh, maar ik had het liever gehad dat het wat langer had geduurd en dat het afgebouwd werd.” (Respondent 3)

Verbeterpunten

Verbeterpunten die de patiënten tijdens de interviews inbrachten zijn veelzijdig. Enkele verbeterpunten werden vaker genoemd. Dit zijn het verkorten van de dagen, het niet laten instromen van een andere groep patiënten, de nazorg en het rusten tussen de middag.

“Kijk dat de groep instroomt halverwege, dat is toch wel een beetje lastig.” (Respondent 1)

“Sommige mensen willen rusten tussen de middag, ja waar? Ja, dat is lastig. Ja we hebben meestal gewoon pijn en dan is ergens even zacht kunnen liggen, heel erg prettig. Uh, ik wil altijd naar buiten en dat kan gelukkig. Maar eigenlijk verder, ik heb wel eens momenten gehad dat ik dacht oh als ik nu even kon liggen...” (Respondent 3)

Resultaten behandelaars

In Tabel 3 zijn de elf categorieën beschreven die uitspraken van de behandelaars onderverdelen. Sommige categorieën komen overeen met die uit de tabel van de patiënten. Bij de aparte categorieën zijn verschillende codes ondergebracht.

Tabel 3: Categorieën en codes interviews behandelaars

Categorie	Codes (N quotes)
ACT algemeen	Positief over ACT (5)
Kernboodschap ACT	Acceptatie (1)
	Gedachten zijn geen feiten (1)
	In contact komen (1)
	Leven naar waarden (2)
	Meebewegen met leven (1)
Onderdelen ACT	Acceptatie positief (1)
	Alles was waardevol (4)
	Cognitieve defusie positief (1)
	Creatieve hulpeloosheid positief (1)
	Defusie moeilijk (1)

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

	Mindfulness positief (2)
	Waardegebieden positief (1)
Ervaring geven van ACT	Plezierig (1)
	Realistisch (1)
	Duidelijk kader (1)
	Uitdagend en soms ingewikkeld (1)
Sterke punten ACT	Het team (2)
	Metaforen (2)
	Verschillende disciplines team (2)
Verschil met andere behandelingen	Accepterend (1)
	Gedachten laten zijn (1)
	Pijn integreren (1)
	Reëel (1)
	Respectvol (1)
	Specifiek aandachtsgebied (1)
	Waardegericht (1)
Veranderingen	Andere activiteiten (2)
	Beter contact met gevoel (5)
	Bewuste keuzes maken (1)
	Hulpstuk gebruiken (1)
	Kijken naar mogelijkheden ondanks de pijn (2)
	Kwetsbaarheid durven laten zien (1)
	Meer bewustwording (1)
	Meer inzicht (1)
	Sociale contacten toegenomen (3)
	Meer waardegericht (1)
	Milder voor zelf (2)
	Minder activiteiten\minder moeten (3)
	Overgeven (1)
	Schone en vuile pijn onderscheiden (2)
	Stemming (5)
	Van overleven naar leven (1)
Pijnklachten	Echte pijn onveranderd (2)
	Invloed van pijn veranderd (1)
	Invloed van pijn verminderd (4)
Comorbiditeit	Invloed van comorbiditeit (2)
Duur en tijdsindeling	Goed zo (3)
	Lange dagen (1)

Verbeterpunten

- Beginnen bij begin (1)
 - Beter implementeren (1)
 - Geen groep laten instromen (2)
 - Nazorg (1)
 - Team meer uitwisselen onderling (1)
-

ACT algemeen

De drie behandelaren waren positief over de ACT therapie. Geen van de behandelaren was over het algemeen niet positief over de therapie en het geven ervan. Een aantal voorbeelden van uitspraken van de behandelaren over ACT zijn onderstaande.

“Ik heb het idee dat het zo natuurlijk is wat ik mensen kan vertellen en dat ik, dat het heel erg past bij het mens zijn. Dat vind ik heel erg het mooie van ACT en daar ben ik zelf ook heel erg door aangesproken.” (Respondent 9)

“Ja ik ben gewoon heel enthousiast ja!” (Respondent 7)

Kernboodschap ACT

De kernboodschap van ACT kwam voor de behandelaren vooral neer op het leven naar waarden. Dit kwam overeen met de antwoorden van de patiënten. Ook werd genoemd dat ACT meebeweegt met het leven, dat de patiënten meer in contact komen met zichzelf en ook dat acceptatie een grote rol speelt bij de kernboodschap die door ACT aan de patiënten wordt geprobeerd over te brengen. Tevens viel op dat de behandelaren de menselijkheid die in de therapie naar voren komt erg op prijs stellen.

“Wat ik net zeg, heel erg de menselijkheid maar heel erg proberen alles wat je probeert in de hand te houden en controle te houden. Om dat toch wat losser te laten en meer in je leven toe naar wat je mooi vindt, wat je belangrijk vindt.” (Respondent 9)

“En het is heel erg dat gevoelens en pijn bij het leven horen en hoe harder je probeert het te vermijden, hoe groter het wordt.” (Respondent 8)

Onderdelen ACT

Het algemene oordeel van de behandelaren was dat alle onderdelen van ACT even waardevol zijn en

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

daarin weinig tot geen onderscheid kan worden gemaakt. Ieder onderdeel is nuttig en de verschillende patiënten hebben ieder hun eigen onderdeel waarop zij de meeste winst behaalden. De behandelaars waren van mening dat de therapie onvolledig zou zijn wanneer er onderdelen zullen verdwijnen. Alles was volgens hen waardevol.

“Ja en dan kom ik ook weer bij de roos... Ja het heeft allemaal, je kan het eigenlijk niet los zien he.”
(Respondent 7)

“Want het punt is als je een groep van acht mensen hebt: voor iedereen zit het speerpunt op een ander vlak. En wat je vaak wel hebt na de intake is jouw vlak zou vooral liggen bij de cognitieve defusie of jouw vlak zou vooral liggen bij de uh... bij het stukje mindfulness. Dus dat is voor iedereen anders, maar ik merk wel dat alle processen even belangrijk zijn, alle onderdelen, ja.” (Respondent 8)

Ervaringen geven van ACT

Zoals genoemd waren de ervaringen van de therapeuten met de ACT therapie en het geven daarvan enkel positief. Iedere therapeut had daarbij een andere manier waarop ze de ervaring van het geven van ACT op het ZGT beschreven. De ervaringen verschilden van plezierig, realistisch, uitdagend en soms ingewikkeld naar het prettig ervaren van het duidelijke kader waarin de therapie werd aangeboden.

“Ja, heel plezierig. Heel plezierig en dat zijn eigenlijk de dingen die ik net noemde. Van dat ik het idee heb dat het heel erg bij mensen aansluit, het een hele menselijke manier van kijken is.” (Respondent 8)

“Wat ik heel prettig heb ervaren is dat het kader duidelijk is. Dus als mensen... Je hebt, mensen met persoonlijkheidsproblematiek die willen alle kanten op. Nee, het kader is duidelijk dat heb ik als heel prettig ervaren.” (Respondent 7)

Sterke punten ACT

De sterke punten van ACT op het ZGT waren volgens de behandelaars vooral het team, de metaforen die tijdens de therapie werden gebruikt en de verschillende disciplines. De verschillende disciplines en de manier waarop deze elkaar aanvullen waren volgens de therapeuten erg waardevol.

“Want het is zo luxe, of nou luxe noodzakelijk ook dat we dat erop hebben zitten. Dat we dat met z’n allen mogen doen. Want als ik dan kijk dat bijvoorbeeld muziektherapie een koor doet. En alle

negatieve gedachten die er spelen die benoemt iemand en mensen zijn allemaal koorlid en die zingen door elkaar die negatieve gedachten. Geweldig dat is zo sterk. En zo veel sterker dan je in een gesprek kunt laten zien. Die verschillende disciplines vind ik het aller belangrijkste binnen de ACT.”

(Respondent 8)

Verschil met andere behandelingen

De verschillen met andere behandelingen die werden genoemd door de behandelaars liepen sterk uiteen. Er werd genoemd dat ACT meer accepterend is en gedachten niet probeert te veranderen. Tevens werd ACT meer respectvol en reëel genoemd dan andere behandelingen waar de behandelaren ervaring mee hadden. Over het algemeen verkozen de behandelaren ACT boven andere behandelmethoden of *treatment as usual*.

“Plus dat ik vind binnen de CGT is het heel sterk dat je uitgaat van het zieke: het moet weg. En binnen de ACT zeg je van ja maar dit zijn dingen die horen bij het leven. Dat zit erin dat hoort erbij en integreer het maar, geef het maar een plekje binnen je bestaan. He je wilt niet zozeer het weghalen, maar integreren.” (Respondent 8)

“En de manier van omgaan daarmee, dat is anders. Ja ik ben heel erg blij met dit soort stromingen als ACT en mindfulness omdat ik het idee heb dat het heel erg natuurlijk is en dat het meer bij mensen past. Heel realistisch!” (Respondent 9)

Veranderingen

Veranderingen die de behandelaren zagen bij de patiënten zijn onder te verdelen in verschillende categorieën. Het meest werden veranderingen in de stemming van patiënten genoemd, samen met het beter in contact staan met het gevoel. Daarnaast noemden de behandelaren dat zij zien dat patiënten meer sociale contacten hebben, minder dingen moeten van zichzelf en milder zijn naar zichzelf toe. Dit leidt bij de ene patiënt tot juist meer activiteit, terwijl een ander juist minder actief wordt doordat hij of zij zichzelf minder eisen oplegt.

“Wat er veranderd is is dat de patiënten meer kunnen stilstaan bij wat pijn met hun gedaan heeft in hun leven. En dat ze daar heel veel verdriet van hebben gehad of nog hebben.” (Respondent 7)

“We hadden het op een gegeven moment tijdens een bespreking ook over iemand van oh ja zo moeilijk ook qua stemming. Maar toen dacht ik ja maar het is zo goed dat dat gebeurt. Ik denk dat dat ergens altijd moet gebeuren want dan kom je ook een beetje bij de schone pijn terecht. Dingen

die je echt zeer hebben gedaan.” (Respondent 9)

Pijnklachten

Ook wat betreft de pijnklachten van de patiënten waren de behandelaars het grotendeels met elkaar eens. Alle behandelaars geven aan dat zij zien dat de fysieke pijnklachten van de patiënten niet zijn veranderd, maar de invloed van pijn op het dagelijks leven werd verminderd door ACT. Een aantal uitspraken die de behandelaars hierover deden worden hieronder weergegeven.

“Ja en dat onderscheid tussen schone en vuile pijn maken dat maakt de pijn, de beleving en de aanvaarding van de pijn wat milder.” (Respondent 7)

“En het stukje kan ik dus ook niet meten of in cijfers zetten maar wat ik ervan gezien heb is dat de aandacht ook veel meer gaat naar gevoel en contact, contact met anderen. Daarin durven delen. En de dingen die ze belangrijk vinden. Dus in die zin denk ik dat pijn inderdaad een minder grote invloed heeft.” (Respondent 9)

Invloed van comorbiditeit

Ook onder de therapeuten werd opgemerkt dat comorbiditeit soms invloed had op het proces of het volledig benutten van wat de patiënten werd geboden soms werd bemoeilijkt door comorbiditeit. Daarbij speelden vooral depressies en persoonlijkheidsproblematiek een rol, aldus de therapeuten.

“Ik heb bij een iemand gezien daar speelde de depressie wat meer op de voorgrond. En daar zag je toch dat de depressie te veel invloed had op het proces.” (Respondent 7)

“Het geven van ACT heb ik ervaren als uitdagend, soms ingewikkeld omdat je ook met persoonlijkheidsproblematiek... maar die lopen hier allemaal rond. Is soms wel ingewikkeld.” (Respondent 7)

Duur en tijdsindeling

De therapeuten vonden over het algemeen de duur en tijdsindeling van de therapie goed. Zij gaven aan niets te willen veranderen aan de duur van de therapie. Wel werd aangegeven dat inmiddels is besloten de therapie over drie kortere dagdelen te verdelen. Één respondent gaf daarbij aan dat de dagen misschien wel erg intensief en lang kunnen zijn voor sommige patiënten. Daarom is gekozen voor drie kortere dagen voor de groepen die komen gaan.

“Nee ik vind het mooi zo. Je kunt nog eens ergens op terug komen. Als er eens wat uitvalt een week he, door feestdagen.” (Respondent 7)

“Ja, nu wordt het gezet naar halve dagen volgens mij. Ik kan me wel voorstellen dat het heel intensief is voor mensen. Want iedere therapeut begint weer heel enthousiast met zijn of haar blok en hun hebben al, ze hebben al best veel gehad! Dus ik kan me voorstellen dat dat ietsje meer gedoseerd. Ja dat wordt nu wat minder, ja.” (Respondent 9)

Verbeterpunten

Door de behandelaren werden minder uiteenlopende verbeterpunten genoemd dan onder de patiënten. De behandelaren waren het met elkaar eens dat het niet verstandig is een groep halverwege te laten instromen. Tevens werd genoemd dat nazorg, implementatie van de psycholoog en uitwisseling binnen het team punten van verbetering zouden kunnen zijn. Met implementatie werd bedoeld dat de klinisch psycholoog meer betrokken zou kunnen worden bij het gehele ACT proces en daardoor ook buiten het door haar gegeven blok individueel aandacht kan besteden aan de patiënten. Momenteel wordt al aan veel van deze punten gewerkt of zijn bepaalde verbeteringen reeds doorgevoerd. Over het algemeen waren de behandelaren zeer tevreden.

“We zijn natuurlijk wel wat dingen aan het ontwikkelen, de nazorg we willen nog aan gaan bieden dat mensen vijf keer nog een soort knipkaart hebben en nazorg nog mogen volgen. En ja dat is natuurlijk in een logge instelling dat moet geregeld worden, dat moet nog komen. En dat moet sneller en dat moet vast liggen.” (Respondent 8)

“Ik denk dat het meer is dat iedereen op hetzelfde punt begint en op hetzelfde punt eindigt en het liefst altijd bij elkaar is. De therapie volgt. Ja.” (Respondent 9)

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gebleken dat alle respondenten positieve ervaringen hebben met ACT op het ZGT Almelo. Over het algemeen zijn de patiënten en behandelaren blij met het proces en de uitkomsten. Patiënten beschrijven veel verschillende positieve veranderingen, zoals een verbeterde stemming en verschillen in activiteitsniveau voor en na de therapie. Daarbij houden patiënten na de therapie meer rekening met eigen grenzen en waarden, waardoor de activiteit meer in overeenstemming is met de belastbaarheid van de patiënten. Vooral een vergrootte acceptatie wordt genoemd door de patiënten als belangrijke uitkomst van de therapie. Ook waardegerichte acties, minder moeten en bewuste keuzes maken komen terug in de antwoorden van de patiënten. De behandelaren voegen daaraan toe dat zij veelal zien dat de patiënten beter contact kunnen maken met hun eigen gevoel dan voorafgaand aan de therapie.

Het proces van de behandeling wordt tevens positief beoordeeld. De behandeling van verschillende disciplines sluiten goed aan op elkaar en op de verschillende patiënten. Zij worden samen als waardevol geheel gezien. De patiënten beschrijven de behandelaren als professioneel en van grote toegevoegde waarde. Ook de verschillende onderdelen van ACT worden als waardevol beoordeeld, waarbij vooral mindfulness door de patiënten wordt genoemd als positief onderdeel. De patiënten noemen geen minder waardevolle onderdelen die uit de therapie geschrapt kunnen worden. Ook de behandelaren geven aan dat zij vinden dat alle onderdelen samen een waardevol geheel vormen dat aansluit bij de patiënten. Daarbij is volgens hen geen onderdeel dat minder waardevol was.

Verbeterpunten voor de therapie zijn volgens de patiënten voornamelijk het verkorten van de dagen en het vergroten van de rust tussen de middag. Ook noemen zij bijna allemaal het beter te vinden geen groep halverwege de therapie te laten instromen. De behandelaren sluiten zich hierbij aan. Ook de nazorg is een verbeterpunt volgens zowel de patiënten als de behandelaren. Opvallend aan de uitspraken over verbeterpunten is dat deze zich voornamelijk richten op de logistiek en organisatie van de therapie binnen het ZGT. Inhoudelijk worden wat betreft de therapie geen verbeterpunten genoemd door patiënten of behandelaren.

Het huidige onderzoek bevestigt de literatuur wat betreft de veranderingen die ACT kan bewerkstelligen bij patiënten met chronische pijn. Volgens Turk et al (2011) ervaren patiënten met chronische pijn veelal een afname van stemming, activiteit en sociale contacten. De respondenten in deze studie konden dit over het algemeen beamen en gaven aan dat hun stemming is verbeterd en activiteitsniveau en sociale contacten zijn veranderd door het volgen van ACT. De patiënten ervaren

tevens vergrote acceptatie en zijn zich meer bewust van hun eigen waarden en waardegebieden. Hierin kunnen de twee hoofdprocessen van ACT worden herkend, namelijk acceptatie en waardegerichte actie die worden beschreven door Hayes et al (2006). Deze twee hoofdprocessen die centraal staan in de therapie zijn blijkbaar goed opgepakt door de respondenten in dit onderzoek. Tevens zijn de respondenten over het algemeen erg positief over het onderdeel mindfulness waaraan in ACT uitgebreid aandacht wordt besteed.

Tevens geven de patiënten aan dat zij op een betere manier om kunnen gaan met de pijn die zij ervaren. Tijdens de interviews spreken de patiënten herhaaldelijk over schone en vuile pijn, de metafoor die tijdens ACT terugkomt. Daarmee lijkt de therapie een ander belangrijk doel te hebben behaald, namelijk het kunnen onderscheiden van deze 'soorten' pijn. Patiënten geven veelal aan dat de schone pijn niet is veranderd, waarmee zij bedoelen dat de pijn intensiteit niet is verminderd. Dit sluit aan bij het doel van ACT: het accepteren van pijn, in tegenstelling tot het controleren of verminderen ervan (Veehof et al, 2010).

In tegenstelling tot wat de patiënten overwegend aangeven, namelijk dat de pijnintensiteit onveranderd is, blijkt uit eerder onderzoek dat door ACT ook de intensiteit van de pijn kan worden verminderd (Veehof et al, 2011). Deze bevindingen worden in het huidige onderzoek niet bevestigd. Het doel van ACT is niet het verminderen van de pijnintensiteit, maar het kunnen accepteren van de pijn. Echter is een verminderde pijnintensiteit doorgaans wel een gevolg van ACT (Veehof et al, 2011). De patiënten in dit onderzoek geven voornamelijk aan dat zij meer rekening zijn gaan houden met hun eigen grenzen. Vergrootte acceptatie blijkt duidelijk uit de verhalen van de patiënten in dit onderzoek. Dit is in lijn met het doel van ACT om de acceptatie rondom de pijn te vergroten. Ook gaan de patiënten volgens eigen zeggen minder vaak over hun grens heen waardoor ook de fysieke pijn relatief beperkt blijft. De pijn bereikt minder snel de hoge intensiteit die patiënten voorafgaand aan de therapie vaak ondervonden. Mogelijk wordt de pijn intensiteit dus lager doordat patiënten zich meer bewust zijn van hun grenzen en hun pijnklachten en deze meer kunnen accepteren dan voorheen. Overige redenen om aan te nemen dat de pijnintensiteit lager zou zijn na het volgen van ACT is dat patiënten minder aandacht hebben voor de pijn, minder stress ervaren, meer acties ondernemen in de richting van hun waardegebieden en meer regie ervaren over hun eigen leven. Echter ontkennen de meeste respondenten dat de pijn intensiteit verminderd is en benoemen zij vooral veranderingen in de omgang met de pijnklachten en de acceptatie ervan. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de patiënten door de therapie vooral gefocust zijn op het accepteren van de pijn. Zij hebben geleerd dat het verminderen van de pijn niet langer het doel is. Mogelijk zijn de patiënten na het volgen van ACT dusdanig getraind in het accepteren en integreren van pijn in hun leven dat veranderingen in intensiteit minder snel zullen worden waargenomen. Pijnintensiteit is immers altijd subjectief (Turk et al, 2011; Breivik et al, 2013). Het is daarom mogelijk dat het

criterium van matige tot ernstige intensiteit voor de patiënten door de therapie onbewust verschoven is. Dit wordt ook wel *response shift* genoemd: een verandering in de evaluatie van de patiënt. Dit kan een resultaat zijn van een verandering in interne meetstandaard van een patiënt, een verandering in de waarden van een patiënt of herdefiniëring van de pijn (Sprangers & Schwartz, 1999). In het kader van dit onderzoek is het denkbaar dat patiënten door ACT hun pijn intensiteit op een andere manier evalueren. Mogelijk geven zij door deze *response shift* onterecht aan dat hun pijn onveranderd is.

Dit onderzoek laat zien dat patiënten positief zijn over ACT, de onderdelen en de therapie zelf. Het laat ook zien dat kleine groepen over het algemeen als prettig worden ervaren. Het instromen van een nieuwe groep halverwege de therapie werd als verwarrend en lastig ervaren. Daaruit kan geconcludeerd worden dat patiënten het meeste baat hebben bij het chronologisch doorlopen van de therapie. Dit sluit aan bij de bevindingen van de Groot, Kerckhofs en Snels (2009), waarin wordt beschreven dat het aanbieden van opdrachten en oefeningen geen zin heeft zonder dat de patiënt de eerste fasen van ACT heeft doorlopen (creatieve hopeloosheid) en bekend is met de analyse. Wanneer dit niet gebeurt begrijpen mensen vaak de opdrachten niet en stoten zij onmiddellijk op afweer en vermijding, aldus de Groot et al (2009). In de fase van creatieve hopeloosheid ervaart de patiënt de prijs van het zich blijven richten op pijnvermijding en leert hij zijn vermijdingsstrategieën herkennen. Ook is er aandacht voor de bereidheid van de patiënt om een andere weg in te slaan en nieuwe mogelijkheden uit te proberen (Schreurs & Hulsbergen, 2011). De ervaring van de respondenten in het huidige onderzoek sluit aan op de bevindingen dat deze fase altijd eerst moet worden doorlopen. Ook zij hebben ervaren dat het instromen halverwege de therapie, zonder het doorlopen van de fase van creatieve hopeloosheid, voor onduidelijkheid en afweer zorgt. Het doorlopen van deze fase lijkt een vereiste te zijn voor het goed kunnen volgen van de verschillende onderdelen en oefeningen die horen bij de therapie.

Uit onderzoek van Thunnissen, Duivenvoorden en Trijsburg (2000) bleek dat nabehandeling na kortdurende klinische psychotherapie van belang is. Het positieve effect van een behandeling beklijft bij een deel van de patiënten namelijk niet. Zij beleven een terugval, krijgen opnieuw klachten en zoeken opnieuw hulp. Zij beschrijven de overgang naar de maatschappij als groot en geven aan dat zij nabehandeling hebben gemist, aldus Thunnissen et al (2000). Dit wordt ook duidelijk benoemd en beaamd door de patiënten in dit onderzoek.

Comorbiditeit kan een rol hebben gespeeld tijdens de therapie. Vier van de zes patiënten kampen naast chronische pijn tevens met een depressie van matige tot ernstige aard. Uit de meta-analyse van Veehof et al (2011) bleek dat ACT een groot primair effect heeft op een depressie, die vaak samen gaat met chronische pijn. Echter moet aanvullend onderzoek worden gedaan om deze resultaten te bevestigen. Conclusies over de afname van de depressie bij de patiënten in dit

onderzoek kunnen niet worden getrokken. Echter geeft ook in dit onderzoek het merendeel van de patiënten aan een duidelijke verbetering in stemming te ervaren door de ACT. In een recente meta-analyse komen de auteurs tot de conclusie dat ACT een bruikbare behandelmethodede is bij angststoornissen, depressie, verslaving en somatische gezondheidsproblematiek (A-Tjak, Davis, Morina, Power, Smits & Emmelkamp, 2015).

Dit onderzoek maakt duidelijk dat een juist afgestelde duur en indeling van de therapie van groot belang is. Ook rustmomenten tijdens de therapie zijn van belang voor deze groep patiënten. Uit dit onderzoek bleek dat de organisatorische aspecten van het aanbieden van de therapie van belang zijn. Hierbij kan gedacht worden aan duur, rustmomenten, disciplines, grootte van groepen en nazorg. Juist wat betreft deze organisatorische aspecten werden veel verbeterpunten genoemd door de respondenten in dit onderzoek. Hierover zijn geen duidelijke richtlijnen beschikbaar. Uit dit onderzoek blijkt dat de ideale groepsgrootte bestaat uit kleine aantallen zoals vier patiënten per groep. De patiënten ervaren deze kleine groepen als prettig. Tevens blijkt dat voor veel chronische pijnpatiënten een volledige dag therapie te vermoeiend is en de therapie beter vol te houden is wanneer deze aangeboden wordt in dagdelen. In de bestaande literatuur staat weinig beschreven over de organisatorische aspecten van ACT.

Hoewel het huidige onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd kent het een aantal limitaties. Ten eerste werd het onderzoek volledig uitgevoerd door één onderzoekster waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet kon worden berekend. Hoewel de codering door het gestructureerde interviewschema meestal deels al vast stond en vaak duidelijk was, is het mogelijk dat een andere beoordelaar de interviews op een andere manier zou coderen en daarom enigszins andere conclusies zou trekken. Het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is van belang om te kijken in hoeverre de resultaten van twee verschillende beoordelaars gelijk zijn. Wanneer deze in hoge mate overeenkomen is dat een indicatie voor betrouwbare resultaten (Baarda et al., 2009).

Zo was tijdens het coderen soms twijfel bij de onderzoekster welke code het meest passend was bij het tekstfragment. Deze twijfel deed zich voornamelijk voor bij het coderen van de antwoorden omtrent de afname van de pijnklachten. Sommige patiënten gaven antwoorden die zowel gecodeerd kon worden als 'wel afgenomen' als 'gelijk gebleven'. De twijfel werd veelal veroorzaakt doordat patiënten de afname van pijn zelf gingen scheiden in schone en vuile pijn, zoals zij in de therapie geleerd hebben. Ondanks de twijfels zijn weloverwogen keuzes gemaakt voor het coderen van de uitspraken omtrent pijnklachten, die zijn beschreven in de Resultaten en in Bijlage D.

Ten tweede zijn de interviews onder twee patiënten groepen afgenomen, waarvan de eerste groep eerder is begonnen en daardoor ook eerder klaar was dan de tweede groep. Dit werd

besproken in de Methode. De eerste groep patiënten leek zich de inhoud van de therapie minder goed te kunnen herinneren dan de tweede groep patiënten vanwege de langere tijd die tussen het afronden van de therapie en het interview zat. Dit zou kunnen betekenen dat de patiënten uit de eerste groep zich minder goed konden herinneren welke onderdelen welke effecten voor hen hebben gehad.

Geheugenproblemen speelden op bij twee patiënten, waarvan beide kampten met een depressie. Bij één respondent was er veel geëxperimenteerd met medicatie rondom de depressie, waardoor de effecten van ACT wellicht niet objectief konden worden bekeken. Deze respondent gaf zelf ook aan niet te weten welke effecten hij aan de therapie toe moet schrijven en welke effecten door de medicatie teweeg werden gebracht. Bij een andere respondent wordt overwogen de therapie nogmaals aan te bieden om de aangeboden informatie meer door te laten dringen tot het lange termijn geheugen. Ook persoonlijkheidsstoornissen zouden invloed kunnen hebben op de uitkomst van de therapie. Om hier uitspraken over te doen is meer onderzoek nodig naar de invloed van persoonlijkheidsstoornissen op het proces en de effectiviteit van ACT.

Het huidige onderzoek is afgenomen onder zes patiënten en drie behandelaren. Hoewel de resultaten in dit onderzoek vrij homogeen waren is meer onderzoek nodig om de resultaten te kunnen generaliseren naar alle patiënten met chronische pijn en hun behandelaren en naar ACT in het algemeen. De invulling die gegeven is aan de therapie op het ZGT Almelo zal in zekere mate de ervaringen van de patiënten met ACT hebben beïnvloed. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de specifieke behandelaren op het ZGT Almelo. De resultaten kunnen daarom niet geheel worden gegeneraliseerd naar ACT bij chronische pijn patiënten in het algemeen. Wel gaven zowel de patiënten als behandelaren vrij homogene antwoorden. Er kan daarom worden aangenomen dat de zes patiënten en drie behandelaren een representatief beeld vormen voor de ervaringen van respectievelijk chronische pijn patiënten en hun behandelaars in het ZGT Almelo.

Ondanks de bovenstaande limitaties is dit onderzoek zorgvuldig uitgevoerd. De interviews zijn alle afgenomen door dezelfde onderzoekster en letterlijk uitgetypt kort na afname van het interview. Ook de analyse is kort na afname gedaan. Op deze manier waren indrukken, observaties en opvallendheden nog goed terug te halen en kon de data worden geïnterpreteerd zoals deze bedoeld was door de respondent tijdens het interview. De analyse en manier van coderen zijn inzichtelijk gemaakt door tabellen met codes en quotes, waarvoor wordt verwezen naar Bijlage D. De methode is uitgebreid beschreven, waardoor het onderzoek goed te repliceren is.

Voorafgaand aan dit onderzoek werden respondenten geworven om deel te nemen. Daarbij is gekozen om zowel patiënten als behandelaren te betrekken bij dit onderzoek. Daardoor wordt een volledig en uitgebreid beeld geschetst van de ervaringen met ACT op het ZGT Almelo. Vanuit

verschillende perspectieven is antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

Dit onderzoek is in lijn met de meta-analyse van Veehof et al (2011) waaruit bleek dat patiënten met chronische pijn over het algemeen redelijk goed reageren op op acceptatie gebaseerde therapieën zoals ACT en mindfulness based theorieën. Echter is vervolgonderzoek binnen het ZGT Almelo gericht op de effecten op lange termijn van belang. Follow up onderzoek is van belang om te kijken of de therapie ook op de lange termijn positieve effecten teweeg brengt. Veel patiënten gaven aan zich af te vragen in hoeverre zij het geleerde op de lange termijn kunnen blijven toepassen. Het onderzoeken of de effecten van ACT bij chronische patiënten al dan niet beklijven lijkt dus belangrijk voor toekomstige studies.

Uit het huidige onderzoek is gebleken dat er nog verbeteringen mogelijk zijn wat betreft de organisatie en logistiek van het geven van ACT. In de toekomst is het belangrijk en noodzakelijk te kijken op welke manier de therapie het beste gegeven kan worden, waarbij onderzoek moet worden gedaan naar de optimale vorm waarin de therapie kan worden aangeboden. Op deze manier kunnen de effecten van ACT mogelijk worden vergroot.

Op basis van de verkregen informatie tijdens deze studie is de belangrijkste aanbeveling die kan worden gedaan de organisatorische punten binnen het ZGT Almelo te verbeteren. Uit dit onderzoek blijkt dat dit van belang is voor het behalen van een zo hoog mogelijke tevredenheid onder de patiënten en behandelaren. Uit de inleiding bleek al dat daarmee de therapietrouw en het effect van de therapie kan worden vergroot. In dit onderzoek is gebleken dat het voor het ZGT Almelo voornamelijk van belang is om goede nazorg, voldoende rust en werken met kleine groepen patiënten te realiseren. Het meenemen van de gebruikerservaringen is van essentieel belang om ACT in het ZGT Almelo succesvol te maken. Door steeds opnieuw te kijken naar de gebruikerservaringen kan beter worden aangesloten bij de wensen van de patiënten en kan op den duur de effectiviteit worden verbeterd.

De ervaringen van zowel chronische pijn patiënten als behandelaren met ACT in het ZGT Almelo zijn overwegend positief. In dit onderzoek is aangetoond dat ACT in het ZGT Almelo een veelbelovende vorm van therapie is. Belangrijk is daarom dat de verbeterpunten worden doorgevoerd en bovenal dat de ingezette lijn wordt doorgezet!

Referenties

- A-Tjak, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy. *Bijblijven*, 9, 27-31. doi: 10.1007/s12414-014-0065-y
- A-Tjak, J., Davis, M.L., Morina, N., Power, M.B., Smits, J.A.J. & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A Meta-Analyses of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinical Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. doi: 10.1080/10911359.2015.1011255
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallagher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Breivik, H., Eisenberg, E. & O'Brien, T (2013). The Individual and Societal Burden of Chronic Pain in Europe: the Case for Strategic Prioritization and Action to Improve Knowledge and Availability of Appropriate Care. *BMC Public Health*, 13, 1478-2457. doi:10.1186/1471-2458-13-1229
- Davies, C., Corry, K., Van Itallie, A., Vandelanotte, C., Caperchione, C. & Mummery, W.K. (2012). Prospective Associations Between Intervention Components and Website Engagement in a Publicly Available Physical Activity Website: the Case of 10,000 Steps Australia. *Med Internet Res*, 14 (1), 4. doi:10.2196/jmir.1792
- De Groot, F., Kerckhofs, L. & Snels, M. (2009). Multidisciplinaire Toepassingsmogelijkheden van ACT. *Psychopraxis*, 11, 135-139. doi: 10.1007/BF03080457
- Eccleston, C., Morley, S. & Williams, A. (2012). Psychological Therapies for the Management of Chronic Pain (Excluding Headaches) in Adults. *The cocrain collaboration*, 2, 2013. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3
- Fletcher, L., & Hayes, S.C. (2006). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a Functional Analytic Definition of Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*, 4, 23. doi: 10.1007/s10942-005-0017-7
- Hayes, S.C., Luoma, L.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25. doi: 10.1007/s12160-009-9083-x

- Hayes, S.C. & Smith, S. (2006). Uit je hoofd, in het leven. *Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- 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.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2006). *ACT een experientiele weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Kelders, S.M., van Gemert-Pijnen, J.E., Werkman, A., Nijland, N. & Seydel, E.R. (2011). Effectiveness of a Web-Based Intervention Aimed at Healthy Dietary and Physical Activity Behavior: a Randomized Controlled Trial about Users and Usage. *Journal of medical internet research*, 13 (2), e32. doi: 10.2196/jmir.1624
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2008). *De Zes Kernprocessen van ACT en hun Gemeenschappelijke Doel*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Langley, P., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Liedgens, H., Pergolizzi, J., & Varrassi, G. (2010). The Societal Impact of Pain in the European Union: Health-Related Quality of Life and Healthcare Resource Utilization. *Journal of medical economics*, 3, 571-581. doi: 10.3111/13696998.2010.516709
- McCracken, L.M. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. IASP Press: Seattle.
- 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*, 27, 449-462. doi: 10.1185/03007995.2010.545813
- Schreurs, K. & Hulsbergen, M. (2011). *Leven met pijn, praktijkhandboek voor behandelaars*. Amsterdam: Boom psychologie.
- Sprangers, M.A.G. & Schwartz, C.E. (1999). Integrating Response Shift Into Health-Related Quality of Life Research: a Theoretical Model. *Social Science & Medicine*, 48, 1507-1515. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00045-3
- Suggs, L.S. (2006). A 10-year Retrospective of Research in New Technologies for Health Communication. *J Health Communication*, 11, 61-74. doi: 10.1080/10810730500461083
- Thunnissen, M.M., Duivenvoorden H.J. & Trijsburg, R.W. (2000). Hoe Verder? Ervaringen van Patiënten na Kortdurende Klinische Psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 26, 96-102. doi: 10.1007/BF03061923

- Turk, D.C., Wilson, H.D. & Cahana, A. (2011). Treatment of Chronic Non-Cancer Pain. *Lancet*, 377, 2226-35. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60402-9
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-Based Interventions for the Treatment of Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain*, 152, 533-542. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002
- Veehof, M.M., Schreurs, K.M.G., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Leven met pijn, de kunst van het aanvaarden*. Amsterdam: Boom psychologie.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M. & O'Brien, J.Z. (2011). Acceptance and Values-based Action in Chronic Pain: A Three-year Follow-up Analysis of Treatment Effectiveness and Process. *Behavior Research and Therapy*, 49, 748-755. doi: 10.1016/j.brat.2011.08.002
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Lui, L., Lang, A.J. & Hampton Atkinson, J. (2011). A Randomized, Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *Pain*, 152, 2098-2107. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.016

Bijlagen

A. Patiënteninformatie en toestemmingsverklaring

Informatie voor de patiënten

Een onderzoek naar de gebruikerservaringen met ACT - Ziekenhuisgroep Twente

Geachte mevrouw, mijnheer,

Voor u ligt een informatie brief waarin we u uitleg willen geven over een onderzoek naar de gebruikerservaringen met ACT. U wordt benaderd met de vraag deel te willen nemen aan dit onderzoek omdat we willen evalueren wat uw ervaringen zijn met de therapie waaraan u heeft deelgenomen. Uw toestemming of weigering moet u kunnen baseren op goede informatie. Deze brief bevat de beschrijving van het doel van het onderzoek en wat deelname aan het onderzoek voor u betekent. Deze informatie helpt u een keuze te maken om wel of niet aan het onderzoek deel te nemen. Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft aan uw behandelaar, dan kunt u deze altijd bellen. De contactgegevens staan onderaan deze brief vermeld.

Doel en achtergrond van het onderzoek

Middels dit onderzoek willen we inzicht krijgen in de ervaringen van de ervaringen met ACT, gegeven in het ZGT Almelo. Dit onderzoek is verkennend en richt zich vooral op de ervaringen van de patiënten en behandelaars met de therapie.

Welke patiënten

Dit onderzoek richt zich op patiënten met chronische pijn klachten die deel hebben genomen aan ACT in het ZGT Almelo en hun behandelaars.

Wat houdt het onderzoek voor u in?

Tijdens dit onderzoek zal de onderzoekster u door middel van een interview een aantal vragen stellen over uw ervaringen tijdens de behandeling met ACT. Daarbij zijn wij vooral benieuwd naar uw mening en wat voor u wel of niet nuttig was en waarom.

Vertrouwelijkheid

Alle gegevens die verzameld worden gedurende het onderzoek, worden strikt vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt. Uw identiteit is alleen bekend bij de onderzoekers en andere medewerkers aan het onderzoek. De verzamelde gegevens en resultaten verkregen uit dit onderzoek zullen eventueel gepresenteerd worden in wetenschappelijke publicaties of tijdens educatieve

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

bijeenkomsten, zoals congressen, onder voorwaarde dat uw identiteit anoniem zal blijven.

Vrijwillige deelname

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U kunt zich altijd terugtrekken uit het onderzoek. U hoeft geen reden te geven voor uw beslissing te stoppen met het onderzoek en uw beslissing zal uw verdere medische zorg op geen enkele wijze beïnvloeden.

Verdere informatie

Op elk gewenst moment gedurende het onderzoek kunt u vragen stellen. Hiervoor kunt u contact opnemen met onderzoekster (j.a.c.stoeten@student.utwente.nl) of met Dhr. van den Ende (aag.vdende@zgt.nl).

Onderzoekers

De betrokken onderzoekster aan dit onderzoek is Jeanine Stoeten.

U bent gevraagd deel te nemen aan medisch wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek wordt uitgevoerd nadat goedkeuring is verkregen van de Raad van Bestuur van ZGT.

Toestemmingsverklaring

Een onderzoek naar de gebruikerservaringen met ACT

Hierbij verklaar ik dat

- Ik uitleg heb gekregen over het uit te voeren onderzoek
- Ik de schriftelijke informatie heb gelezen en begrepen
- Ik in de gelegenheid ben gesteld vragen te stellen over het onderzoek en deze naar tevredenheid zijn beantwoord
- Ik voldoende tijd heb gehad om over mijn deelname aan het onderzoek te kunnen nadenken
- Ik begrijp dat ik de vrijheid heb om op ieder moment mijn deelname aan de studie te beëindigen zonder dat ik daarvoor een reden behoef te geven en zonder dat dit van invloed zal zijn op de verdere behandeling
- Ik akkoord ga dat de onderzoekers in het kader van dit onderzoek de nodige gegevens opvragen uit mijn medisch dossier of bij mijn huisarts en/of behandelend(e) specialist(en)
- Ik begrijp dat al mijn persoonlijke gegevens strikt vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden verwerkt. Slechts de onderzoekers en hun medewerkers aan het onderzoek hebben kennis van mijn identiteit
- Ik akkoord ga dat mijn persoonlijke gegevens eventueel gepresenteerd worden in wetenschappelijke publicaties of tijdens congressen, zonder bekendmaking van mijn naam en identiteit
- Ik het bovenstaande gelezen en begrepen heb en toestem met deelname aan het bovengenoemde onderzoek

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum: - - 20...

Ik heb bovengenoemde deelnemer geïnformeerd over het onderzoek en hij / zij heeft zijn / haar bereidheid getoond om deel te nemen.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: - - 20...

* Doorstrepen wat niet van toepassing is

B. Interview schema voor patiënten

Algemene gegevens

Voorstellen onderzoeker: Ik ben Jeanine Stoeten. Via dokter van den Ende hebben we contact met u gehad over het afnemen van dit interview. Daarbij zal het gaan over uw ervaringen met de ACT therapie. Voordat we beginnen heb ik nog wat algemene informatie voor u. U kunt op elk moment in het gesprek beslissen te stoppen met het interview. Het interview zal worden opgenomen en die gegevens worden anoniem verwerkt.

Patiënteninformatie en toestemmingsverklaring laten tekenen.

A: Klachtenvermindering en uitkomst van de behandeling

Ik stel u nu een aantal vragen over wat u aan de behandeling gehad heeft als u uw huidige situatie vergelijkt met de situatie voordat u met de therapie begon.

1. Wat is er veranderd als u uw huidige situatie vergelijkt met de situatie voordat u aan de therapie begon?

- Welke uitkomsten heeft de therapie voor u gebracht?
- Activiteit
- Sociale contacten en interacties met anderen
- Emotioneel functioneren en stemming

2. Zijn uw pijnklachten en andere bijkomende klachten veranderd en zo ja, op welke manier?

- In hoeverre is de invloed van pijn op uw dagelijks leven veranderd?

3. Welke andere veranderingen merkt u als u uw huidige situatie vergelijkt met de situatie voordat u aan de therapie begon?

4. Heeft u het idee dat u door de therapie anders omgaat met uw pijnklachten?

- Zo ja, op welke manier?
- Zo nee, waar komt dat door denkt u?
- Wat maakt ACT anders dan de andere behandelingen die u hebt ontvangen?

B: Proces en onderdelen van de therapie

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over uw ervaringen tijdens de therapie en over de onderdelen die tijdens de therapie aan bod zijn gekomen.

1. Hoe heeft u de behandeling over het algemeen ervaren? Waar heeft u het meeste aan gehad/van geleerd?

2. Hoe zou u de kernboodschap van ACT voor uzelf samenvatten?

3. Welke onderdelen van de therapie spraken u het meeste aan? Waarom?

- Verheldering van waarden
- Acceptatie

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

- Cognitieve defusie
- Mindfulness
- Zelf als context
- Waardegerichte actie

4. Welke onderdelen van de therapie spraken u niet of minder aan? Waarom?

5. Zijn er delen geweest in de therapie die maakten dat u overwoog te stoppen? Om welke reden?

6. Wat vond u van de duur en de tijdsindeling van de therapie?

C: Verbetering van de therapie

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over eventuele verbetering van de therapie.

1. Op welke manier kan de therapie volgens u verbeterd worden? Dat kan gaan om inhoud van de therapie, oefeningen of praktische zaken zoals duur en tijdsindeling.

2. Wat zou u absoluut niet veranderen aan de therapie?

3. Heeft u nog andere vragen, opmerkingen of verbeteringen ten aanzien van het doorlopen van ACT op het ZGT Almelo?

C. Interview schema voor behandelaars

Algemene gegevens

Voorstellen onderzoekster: Ik ben Jeanine Stoeten. Via dokter van den Ende hebben we contact met u gehad over het afnemen van dit interview. Daarbij zal het gaan over uw ervaringen met de ACT therapie. Voordat we beginnen heb ik nog wat algemene informatie voor u. U kunt op elk moment in het gesprek beslissen te stoppen met het interview. Het interview zal worden opgenomen en die gegevens worden anoniem verwerkt.

Patiënteninformatie en toestemmingsverklaring laten tekenen.

A: Klachtenvermindering en uitkomst van de behandeling

Ik stel u nu een aantal vragen over wat u aan de behandeling gehad heeft als u uw huidige situatie vergelijkt met de situatie voordat u met de therapie begon.

1. Wat is er veranderd als u de huidige situatie van de patiënten vergelijkt met hun situatie voordat zij aan de therapie begonnen?

- Welke uitkomsten heeft de therapie voor hen gebracht?
- Zijn er veranderingen wat betreft activiteit?
- Sociale contacten en interacties met anderen veranderd?
- Emotioneel functioneren en stemming veranderd?

2. Wat is volgens u anders aan ACT als u het vergelijkt met 'treatment as usual'?

- Kunt u de kern van ACT kernachtig weergeven? Wat is daarin kort uw rol?
- Biedt ACT volgens u een meerwaarde? Waarom?

3. Welke veranderingen merkt u bij de patiënten ten opzichte van vóór de therapie?

4. Heeft u het idee dat de patiënten door de therapie anders omgaan met de pijnklachten?

- Zo ja, waardoor komt dat denkt u?
- Wat maakt ACT anders dan de andere vormen van therapie bij chronisch pijn?
- Veranderd de invloed van pijn op het dagelijks leven voor de patiënten?

B: Proces en onderdelen van de therapie

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over uw ervaringen tijdens de therapie en over de onderdelen

De ervaringen van chronische pijn patiënten en behandelaars met ACT in het ZGT Almelo

die tijdens de therapie aan bod zijn gekomen.

1. Hoe heeft u het geven van de behandeling over het algemeen ervaren? Hoe is het om met ACT te werken?

2. Welke onderdelen van de therapie spreken volgens u de patiënten het meeste aan? Welke spreken u het meeste aan? Waarom?

- Verheldering van waarden
- Acceptatie
- Cognitieve defusie
- Mindfulness
- Zelf als context
- Waardegerichte actie

3. Welke onderdelen van de therapie spreken volgens u de patiënten niet of minder aan? Welke spreken u het minste aan? Waarom?

4. Wat vond u van de duur en de tijdsindeling van de therapie?

C: Verbetering van de therapie

Ik ga u nu een aantal vragen stellen over eventuele verbetering van de therapie.

1. Op welke manier kan de therapie volgens u verbeterd worden? Dat kan gaan om inhoud van de therapie, oefeningen of praktische zaken zoals duur en tijdsindeling.

2. Wat zou u absoluut niet veranderen aan de therapie?

3. Heeft u nog andere vragen, opmerkingen of verbeteringen ten aanzien van ACT op het ZGT Almelo?

D. Codes & Quotes

Tabel patiënten

CODE	QUOTE VOORBEELD
ACT algemeen	
ACT1: positief	
ACT2: motivatie	ACT1: <i>"Ik wou haast zeggen ik ben een ander mens... Ik was heel erg op mezelf, heel erg negatief, altijd zat ik in de pijn. Ik vergelijk het wel eens met je hebt een modderplas waar je voor staat. En je wilt naar de overkant want aan de overkant is de oplossing. Dan kun je er doorheen of je kunt er omheen. Nou ik worstelde er altijd doorheen, ik bleef altijd halverwege hangen en kwam niet bij de oplossing. En nu heb ik een paadje ontdekt waar ik er omheen kan en waar ik er wel kom. Dus ja, het gaat goed met mij!"</i> ACT2: <i>"Maar daar ben ik ook teveel doorbijter voor hoor. Ik heb denk ik in mijn leven al zoveel tegenslag gehad dat ik zoiets had van nou pak maar aan wat er komt want er komt weer wat."</i>
Kernboodschap ACT	
Kern1: Acceptatie	Kern1: <i>"Nou, ja inderdaad dat je accepteert wat er aan de hand is."</i>
Kern2: Inzichtgevend	
Kern3: Pijn onderscheiden	Kern2: <i>"Nou met name inzicht. Waarom ik ben zoals ik ben. En rust in mijn lijf."</i>
Kern4: Regie in eigen hand	
Kern5: Volwaardig leven met anderen	Kern3: <i>"Ervaren dat een leven met pijn ook heel erg de moeite waard kan zijn doordat je het kan wegzetten en het verschil kunt maken tussen schoon en vuil. Ik denk dat dat het is."</i> Kern4: <i>"Ja, ik heb de regie. Ik ben de baas. Niet van: IK BEN DE BAAS! Nee, ik ben de baas over mijn eigen leven. Ik bepaal wat ik wel en niet wil, of wat ik wel en niet doe."</i> Kern5: <i>"De letters zeggen het eigenlijk al en de woorden, het is inderdaad dat je voor jezelf moet toegeven wat er aan de hand is en daar een oplossing voor zoeken om daar wat mee te doen. Zodat je toch nog een volwaardig leven hebt. En niet alleen maar ook met anderen. En dat is voor mij de kernboodschap."</i>
Onderdelen ACT	
Ond1: Alles was waardevol	Ond1: <i>"Nee, ik vond eigenlijk wel elk onderdeel heel zinvol. Maar het gaat eigenlijk wel, elk thema of elke therapie gaat door zegmaar. Dus ze zijn allemaal zinvol op hun eigen wijze."</i>
Ond2: Metaforen positief	
Ond3: Mindfulness negatief	
Ond4: Mindfulness positief	Ond2: <i>"Weetjewel, dus die metaforen die erin voorkomen dat gewoon dat als je twee woorden veranderd dan had ik het kunnen zeggen. Dat is bijzonder vind ik. Dat is heel mooi."</i>

	Ond3: <i>"Plus het mediteren dat zag ik echt niet zitten! Dat vond ik zo zweverig. Ik kende wel bijvoorbeeld de body scan maar dan als ontspanningsoefening. En ik moet heel eerlijk zeggen ik kan wel die oefeningen doen als verankeren van de pijn en dat soort dingen en dan heb ik ook nog zoiets van ja ik weet eindelijk heel goed waar die pijn zit en ik hoef ook niet te zoeken waar het zit."</i> Ond4: <i>"Ja, ik was echt anti maar ik ben nu heel erg pro. Sterker nog mijn hele gezin doet het nu."</i>
Sterke punten ACT Sterk1: Begrepen voelen Sterk2: Kleine groepen Sterk3: Professionals die het geven Sterk4: Verschillende onderdelen	Sterk1: <i>"Ik denk degene die dit boek heeft geschreven heeft gewoon pijn. Het is alsof ik had het kunnen schrijven terwijl je kunt het niet uitleggen aan iemand die geen pijn heeft."</i> Sterk2: <i>"Het was luxe om met zijn vieren de eerste weken te zijn, was heel luxe."</i> Sterk3: <i>"Het boek is goed, maar wat hun erbij doen zelf, hoe ze het brengen. Iedereen die hele ploeg, dat is gewoon goed. Een heel goed team, ze hebben er heel goed over nagedacht. Ik ben er heel blij mee."</i> Sterk4: <i>"Ja, ik vind alle onderdelen wat ik al zei vind ik dat die echt moeten blijven."</i>
Verschil met andere behandelingen Ab1: Accepterend Ab2: Bewuste keuzes Ab3: Pijn integreren Ab4: Reëel	Ab1: <i>"Maar ACT stuurt heel erg op de pijn, wat is die pijn en waar komt dat vandaan en hoe kun je dat onderscheiden en hoe kun je dat ondervangen. En niet zo zeer van je moet niks meer doen als je pijn hebt, of je moet gaan zitten of juist bewegen."</i> Ab2: <i>"Dus dat vind ik het grootste verschil hier met de ACT, dat ze hier dus eigenlijk zeggen van nou ja zelfs al doe je morgen wat waardoor je drie dagen helemaal uitgeput bent. Als je dan maar wel weer dat je het zelf hebt gedaan."</i> Ab3: <i>"Pijn integreren dat heb ik echt in de ACT geleerd door de mindfulness en door het stukje ja, dat telkens oefenen en telkens ja kijk maar naar jezelf en accepteer wat je ziet."</i> Ab4: <i>"Nee dat je nu gewoon zegt ik moet nu boeten want ik had drie dagen geleden een leuke dag. Ja, dat het niet zo zweverig is als ik dacht, maar dat het wel reëel is."</i>
Veranderingen Ver1: Beter contact met gevoel Ver2: Bewuste keuzes maken Ver3: Hulpstuk gebruiken Ver4: Meer activiteit Ver5: Meer bewust van eigen gedrag	Ver1: <i>"Dus ja ik ben wel veel gevoeliger geworden, ik kan me ook dingen veel meer aan gaan trekken."</i> Ver2: <i>"Ik maak bewuste keuzes, en ik kies voor dingen die ik wil. En als ik bepaal dat ik vijf dingen op een dag wil doen, prima dan doe ik vijf dingen op een dag. Wat de gevolgen</i>

Ver6: Meer inzicht

Ver7: Meer rekening houden met grenzen

Ver8: Meer rustpunten

Ver9: Meer sociale contacten

Ver10: Milder geworden naar zelf

Ver11: Minder moeten

Ver12: Minder machteloos

Ver13: Minder sociale contacten

Ver14: Schone en vuile pijn onderscheiden

Ver15: Verbeterde stemming

Ver16: Vergrote acceptatie

daarvan dan ook zijn, die zijn ook van mij."

Ver3: *"Het heeft wat voeten in de aarde gehad he. Ik heb er heel erg om gehuild, dat het nu zover was dat ik met een rolator moest lopen. Dat was niet fijn nee. Maar ik ben eraan toe en ik maak er nu toch wel gebruik van. Wel een verbetering."*

Ver4: *"Ja, nu ben ik weer wat energiever weetjewel. Ik ben nu ook weer een beetje in beweging elke dag."*

Ver5: *"Echt accepteren weet ik niet of dat ooit echt helemaal gaat lukken, ik denk dat ik nog regelmatig over mijn grenzen ga. Maar ik ben er me meer bewust van, laat ik het zo zeggen."*

Ver6: *"Ja ik denk dat dat het belangrijkste is, wat voor mij geldt. Het inzicht in mezelf, hoe ik de dingen anders kan doen."*

Ver7: *"En ook dat je er gewoon rekening mee houdt zegmaar dat je niet over je grenzen moet gaan."*

Ver8: *"Want je weet dus gewoon je moet alles op splitsen in stukken maar om dan die rustpunten te nemen dat is heerlijk."*

Ver9: *"Ja, nou dat zei ik net al. Ik durfde eigenlijk ook niet meer, ik vond mezelf niet de moeite waard. Voordat ik aan de ACT begon zegmaar was ik echt heel erg in een isolement. En nu zoek ik het ook zelf weer op."*

Ver10: *"Ja, ik heb nu gewoon dat ik niet meer wegloop voor de pijn zegmaar. Maar eigenlijk accepteren is een groot woord, maar dat ik wel wat vriendelijker ben voor mezelf."*

Ver11: *"Die druk om iets klaar te hebben die heb ik me wel afgeleerd."*

Ver12: *"Ja ik voel me niet meer zo machteloos. Niet meer zo hulpeloos niet meer zo machteloos."*

Ver13: *"Ja er zijn er ook wel wat afgevallen hoor. Maar achteraf als ik daar dan heel erg bewust over nadenken dan zijn dat ook wel mensen waar ik altijd mijn energie in pompte dan andersom. Dus moet ik daar rouwig om zijn? Nee. Nee, gelukkig."*

Ver14: *"Heel erg het verschil tussen de schone en de vuile pijn te onderscheiden. En dat relativeert dat ik me niet zo schuldig voel over wat ik niet meer doe."*

Ver15: *"Ja, nou, tadaaaa! Ik ben er gewoon! Ik ben er gewoon! En ik doe wat ik doen wil. En ik bepaal wat ik doe. En ik laat me niet meer beïnvloeden, niet meer door anderen dingen opleggen zegmaar."*

Ver16: *"Ik denk dat ik mezelf een andere manier heb aangeleerd van acceptatie. Accepteren dat ik die pijn niet weggrijp, dat ik die niet kan verminderen. Dat de situatie ongewijzigd blijft, wat ik ook doe. En dat stukje acceptatie is denk ik een hele mooie resultaat van de ACT."*

Pijnklachten

Pijn1: Echte pijn onveranderd

Pijn2: Invloed van pijn verminderd

Pijn1: *"Maar de pijn is niet minder. Ja, dat zou ik wel graag willen maar dat wil iedereen. Maar dat is niet het doel. Ik weet dat het doel is om het zelf meer hanteerbaar te maken."*

Pijn2: *"De manier waarop ik er mee om ga maakt het voor mij leefbaar."*

Invloed van comorbiditeit

Co: *"En maar daarnaast was ik ook depressief, of ben ik depressief."*

Disciplines

Disc1: Creatieve therapie negatief

Disc2: Creatieve therapie positief

Disc3: Muziektherapie positief

Disc4: PMT negatief

Disc5: Psycholoog positief

Disc6: Samen zijn ze waardevol

Disc7: Verpleegkundige blokken positief

Disc1: *"Ja, dat creatieve dat tekenen enzo. Dat vond ik niks."*

Disc2: *"Nou goed dan moet je schilderen of tekenen. En dan gebeuren ook hele leuke dingen waarvan je ineens dacht hey... Dat is heel leuk, heel leuk. Leuk achteraf maar ook hard, confronterend maar klasse. Ja. Over het algemeen het hele deel is goed."*

Disc3: *"En ja, waar ik heel veel in kwijt kon is toch muziek therapie. Dat wordt ook ontzettend goed gegeven moet ik zeggen. En ook wel, het kan heel confronterend zijn toch."*

Disc4: *"Ja, wat bij mij minder aansloeg vond ik PMT. De gymnastiek zegmaar. Ja, dan kom je bij, dat had ik bij de vorige therapie zegmaar in de deeltijd had ik daar al meer sprongen gemaakt."*

Disc5: *"Ja, ik vind de verpleegkundige blokken en wat Mariska doet, de psycho blok geloof ik, ja dat vond ik wel het belangrijkste."*

Disc6: *"En dat deden beeldend en muziek weer voor mij dus ik denk dat ene niet had voor mij geen waarde had gehad als het andere er ook niet was geweest."*

Disc7: *"Ja en ze legt ook dingen uit enzo weetjewel. Hoe dingen in elkaar zaten of zitten. Ja, dat was ook altijd wel interessant."*

Duur en tijdsindeling

Dt1: Goed zo

Dt2: Lange dagen

Dt3: Te kort

Dt1: *"Uh, nou ik ben blij dat het twee dagen was. Ik hoorde dat dat ging veranderen, dat het vier dagen werden. Dat lijkt me toch wel heel heftig want ik ben altijd toch wel blij dat die woensdag er tussen zit, dat je even bij kunt komen. Dit is voor mij wel de max., denk ik twee dagen."*

Dt2: *"Ja het is heel intensief, zowel lichamelijk als geestelijk."*

Dt3: *"Te kort! Ja, het is heel mooi dat je die hoofdstukken allemaal krijgt in twee weken. Nou moet ik zeggen, wij zijn halverwege dat boek begonnen en het was echt een inhaalslag in het begin. Ik vind het tot nu toe prima alleen het houdt heel abrupt op."*

Verbeterpunten

Verb1: ACT 2

Verb2: Afbouwen

Verb3: Communicatie naar patiënten

Verb4: Communicatie over afspraken

Verb5: 1 op 1 met psycholoog

Verb6: Geen gesprekken psychiater

Verb7: Geen groep laten instromen

Verb8: Kortere dagen

Verb9: Lang zitten op harde stoel

Verb10: Nazorg

Verb11: Professional aanwezig tijdens lunch

Verb12: Rusten 's middags

Verb13: Warme maaltijd 's middags

Verb1: *"Een gevorderden groep. Ja, dat zou ik wel als advies geven! ACT 1 en ACT 2 dat hebben ze bij de CLK ook, junior en senior. Dat moet je niet bij elkaar in proppen maar doe deel 1 met het boek en doe een follow up voor degene die daar A behoefte aan hebben of die ver genoeg zijn of waarvan hun zeggen van nou, advies is... en dan hoeft dat niet, doe het bijvoorbeeld 1 dag in de week."*

Verb2: *"Ik denk als je heel erg verslaafd bent aan drugs en je bouwt af... Je kunt twee dingen doen: nu is het cold turkey, en als je afbouwt kan het ook. Ik denk dat in dit geval dat beter zou zijn."*

Verb3: *"Ja, als er dingen uitvallen, dan hoorde je dat vrij laat. Ik kom met de taxi en dan moet ik de taxi plannen en dan moet ik weten wanneer ik dan wel weg kan. Ja dat weten we nog niet, ja hoezo?!"*

Verb4: *"Dat kan nog wel wat beter ja! Vooral tussen nummer 14 en nummer 17 zal ik maar zeggen! Heel vaak dan moest je zelf een afspraak maken en dan was het in welke groep zit u? Ja in B13. B13, oh wanneer heeft B13 dan spreekuur? Nou, wij wisten dan oh dat is donderdag 's middags tussen de middag."*

Verb5: *"En misschien in plaats van van der Ende, of en van den Ende, toch af en toe eens de mogelijkheid om zoals Mariska die is ook psycholoog, eens één op één te zitten."*

Verb6: *"Ik kan ook geen pijn medicatie, en wat ik kan wordt niet vergoed dus daar kan hij ook niks mee. Dus, ja het werd wel ingeroosterd maar ik dacht echt wat doe ik hier eigenlijk? Ja, ja, dan praat ie even met je maar denk ik van geef die tijd maar mooi aan een ander."*

Verb7: *"Kijk dat de groep instroomt halverwege, dat is toch wel een beetje lastig."*

Verb8: *“Ik vond het heel vermoeiend om twee lange dagen te maken.”*

Verb9: *“Ja, wat ik echt het moeilijkst vind is het constante zitten op die rol stoelen. Dat is echt moeilijk. Want je hebt echt dagen dat je toch veel zit. En als je al een lijf hebt wat niet goed wil, dan heb ik zoiets van waarom zetten ze niet even hier een paar fatsoenlijke stoelen neer dat je hier het middag uur even fatsoenlijk kan zitten.”*

Verb10: *“Want anders gaat het niet goed. Ik ben echt net over de drempel en het oude patroon is een knetter harde hoor in mijn geval. Maar goed, en als je hier bent wordt je weer even oeh... ja en nou moet mijn man het alleen gaan doen. Ja ik moet het zelf doen, maar... Het is zo makkelijk om in je oude patroon te vervallen. En ik ben daar heel goed in. Dus ja, spannend... hoe dat gaat aflopen.”*

Verb11: *“Uh, tussen de middag was er een lunch, heerlijk, maar er was nooit een verpleegkundige bij aanwezig. Als je veel therapie krijgt en je krijgt veel te verwerken heb je mensen die dan hun ei niet kwijt kunnen thuis bijvoorbeeld. En die dan tijdens zo’n lunch pauze hun hele leven nog op gaan rakelen. En er is niemand die zegt ho, stop, nu hebben we pauze.”*

Verb12: *“Oh, die was wel goed. Ik vond alleen tussen de middag zegmaar, was er heel veel behoefte eigenlijk aan rust. En die mogelijkheid was er eigenlijk niet.”*

Verb13: *“Ja, misschien voor de mensen die daar zitten zou het misschien wel handig zijn om tussen de middag een warme maaltijd te krijgen. Want je bent daar de hele dag, al dan moet je naar huis en moet je ook nog koken. Dan ben je moe...”*

Tabel behandelaren

CODE	QUOTE VOORBEELD
ACT algemeen positief	<i>"Ik heb het idee dat het zo natuurlijk is wat ik mensen kan vertellen en dat ik, dat het heel erg past bij het mens zijn. Dat vind ik heel erg het mooie van ACT en daar ben ik zelf ook heel erg door aangesproken."</i>
Kernboodschap ACT	Kern1: <i>"En het is heel erg dat gevoelens en pijn bij het leven horen en hoe harder je probeert het te vermijden, hoe groter het wordt."</i>
Kern1: Acceptatie	
Kern2: Gedachten zijn geen feiten	Kern2: <i>"Het belangrijkste is eigenlijk gedachten zijn maar gedachten, geen feiten. He, het is een gedachte waar je wat mee kan doen of waar je niks mee kan doen. Die je kan negeren en op afstand kan zetten."</i>
Kern3: In contact komen	
Kern4: Leven naar waarden	Kern3: <i>"Ja zeggen ze wel eens over mindfulness ook het is niet zo dat je je beter gaat voelen maar dat je beter gaat voelen. Dat zie ik in de ACT ook wel een beetje. Meer in contact komen met de pijn maar ook meer met de mooie dingen die je dan beleeft met anderen."</i>
Kern5: Meebewegen met leven	Kern4: <i>"Wat ik net zeg, heel erg de menselijkheid maar heel erg proberen alles wat je probeert in de hand te houden en controle te houden. Omdat toch wat losser te laten en meer in je leven toe naar wat je mooi vindt, wat je belangrijk vindt."</i>
	Kern5: <i>"De kern van ACT is dat uh, denk ik dat de ACT meebeweegt op fasen die patiënten doormaken in hun leven."</i>
Onderdelen ACT	
Ond1: Acceptatie positief	Ond1: <i>"Dat is eigenlijk het onderdeel acceptatie ook he. Acceptatie en bereidheid, ja durven toelaten. Dat vind ik altijd heel erg bij muziek eruit springen."</i>
Ond2: Alles was waardevol	
Ond3: Cognitieve defusie positief	Ond2: <i>"Ja en dan kom ik ook weer bij de roos... Ja het heeft allemaal, je kan het eigenlijk niet los zien he?"</i>
Ond4: Creatieve hulpeloosheid positief	
Ond5: Defusie moeilijk	Ond3: <i>"En wat voor mij ook eruit springt is de defusie, het onderdeel van de gedachten omdat dat heel erg veel impact op ze heeft."</i>
Ond6: Mindfulness positief	
Ond7: Waardegebieden positief	

Ervaring geven van ACT

Erv1: Plezierig

Erv2: Realistisch

Erv3: Duidelijk kader

Erv4: Uitdagend en soms ingewikkeld

Sterke punten ACT

Sterk1: Het team

Sterk2: Metaforen

Sterk3: Verschillende disciplines team

Ond4: *"En wat ik heel erg eruit vind springen is de creatieve hulpeloosheid."*

Ond5: *"En defusie dat is een wat moeilijkere tak vind ik van de ACT. Waarmee je een beetje aan het spelen bent met woorden. Maar dat hebben we hier ook gedaan."*

Ond6: *"En ik merk dat mensen ook het mindfulness onderdeel, dat dat heel belangrijk is, een heel groot onderdeel is."*

Ond7: *"Maar ook waardegebieden. Als je kijkt naar waardegebieden zoals contact, dingen durven delen. Ja dat is ook heel erg in muziek zegmaar."*

Erv1: *"Ja, heel plezierig. Heel plezierig en dat zijn eigenlijk de dingen die ik net noemde. Van dat ik het idee heb dat het heel erg bij mensen aansluit, het een hele menselijke manier van kijken is."*

Erv2: *"Ja ik geloof dat ie werkt omdat ie eigenlijk bij zoveel past, eigenlijk misschien wel bij iedereen. En dat maakt het ook plezierig om dat te geven. En dat je realistische dingen kunt zeggen en kunt noemen en niet mensen moet overtuigen of te bewijzen of te... je staat naast ze en je gaat samen op zoek naar andere dingen zegmaar."*

Erv3: *"Wat ik heel prettig heb ervaren is dat het kader duidelijk is. Dus als mensen... Je hebt, mensen met persoonlijkheidsproblematiek die willen alle kanten op. Nee, het kader is duidelijk dat heb ik als heel prettig ervaren."*

Erv4: *"Als uitdagend, soms ingewikkeld omdat je ook met persoonlijkheidsproblematiek uh, maar die lopen hier allemaal rond. Is soms wel ingewikkeld."*

Sterk1: *"En wat ik heel erg leuk vond of prettig vond dat je uh... het ook met het team deed en dat de patiënten groep ook bijna soms een soort team werd. Dus de parallellen die waren zichtbaar. Dat wat het team liet zien dat zag je terug in de patiënten groep. Ja."*

Sterk2: *"En wat mooi is dat het in metaforen terugkomt waar iedereen zich in herkent."*

Verschil met andere behandelingen

Versch1: Acceptorend

Versch2: Gedachten laten zijn

Versch3: Pijn integreren

Versch4: Reëel

Versch5: Respectvol

Versch6: Specifiek aandachtsgebied

Versch7: Waardegericht

Sterk3: “Ja eigenlijk wel de duur en absoluut niet de verschillende disciplines. Want het is zo luxe, of nou luxe noodzakelijk ook dat we dat erop hebben zitten. Dat we dat met z’n allen mogen doen. Want als ik dan kijk dat bijvoorbeeld muziektherapie een koor doet. En alle negatieve gedachten die er spelen die benoemd iemand en mensen zijn allemaal koorlid en die zingen door elkaar die negatieve gedachten. Geweldig dat is zo sterk. En zo veel sterker dan je in een gesprek kunt laten zien. Die verschillende disciplines vind ik het aller belangrijkste binnen de ACT.”

Versch1: “En ik vind binnen de ACT heb je respect voor de klacht, maar je zegt hey wat is er nog meer. Het is er en je hebt die pijn, daar gaan we helemaal van uit, maar wat kun je nog meer? Wat kun je ondanks die pijn toch van je leven maken, wat kun je er toch mee doen? En mensen voelen zich veel meer gerespecteerd heb ik het idee. Ze hoeven minder te vechten, ze hoeven minder tegen je te strijden.”

Versch2: “Vooral als ik het vergelijk met CGT en dan schema’s maken he is het dat je daar die gedachten heel belangrijk maakt en heel sterk die moeten we veranderen, die willen we aanpakken en die moeten we zelfs veranderen. En bij de ACT zeg je: hey, het is maar een gedachte.”

Versch3: “Plus dat ik vind binnen de CGT is het heel sterk dat je uitgaat van het zieke: het moet weg. En binnen de ACT zeg je van ja maar dit zijn dingen die horen bij het leven. Dat zit erin dat hoort erbij en integreer het maar, geef het maar een plekje binnen je bestaan.”

Versch4: “En de manier van omgaan daarmee, dat is anders. Ja ik ben heel erg blij met dit soort stromingen als ACT en mindfulness omdat ik het idee heb dat het heel erg natuurlijk is en dat het meer bij mensen past. Heel realistisch!”

Versch5: “Ja, ik vind het heel respectvol persoonlijk.”

Versch6: “Nou, wat ik een heel groot verschil vind is dat dit heel erg procesgericht is en specifiek op pijn, dus je hebt specifiek aandachtsgebied. De mensen hebben allemaal pijn, dus daarin is de verbinding al. En met een

Veranderingen

- Ver1: Andere activiteiten
- Ver2: Beter contact met gevoel
- Ver3: Bewuste keuzes maken
- Ver4: Hulpstuk gebruiken
- Ver5: Kijken naar mogelijkheden ondanks pijn
- Ver6: Kwetsbaarheid durven late zien
- Ver7: Meer bewustwording
- Ver8: Meer inzicht
- Ver9: Sociale contacten toegenomen
- Ver10: Meer waardegericht
- Ver11: Milder voor zelf
- Ver12: Minder activiteiten\minder moeten
- Ver13: Overgeven
- Ver14: Schone en vuile pijn onderscheiden
- Ver15: Stemming
- Ver16: Van overleven naar leven

andere therapie is het meer in hokjes. Het is de ene week heb je inzicht op dat patroon en de andere week komt dat meer naar voren, op de inhoud en dan komt de interactie meer... Hier zit meer een lijn in."

Versch7: "En ook wel een hele nieuwe manier, door ja echt niet meer te proberen om te controleren of positiever te denken. Het is echt een andere manier denk ik. Loslaten en meer naar de waarden toe."

Ver1: "Ja! Absoluut, ja. Dat ze even actief wel blijven maar kiezen voor ander soortige activiteiten die meer brengen. Ja, dus er zit een verschuiving van moeten dingen naar dat wil ik graag, dat vind ik belangrijk of dat vind ik leuk of daar word ik blij van."

Ver2: "En toen kon ie denk ik meer met emoties bezig. Meer dingen voelen, ook pijn voelen van ja, dat kan van alles zijn van gemis van contact van omgaan met je beperkingen. Maar juist door dat verdriet en boosheid wat meer te voelen komt er ook meer ruimte voor nieuwere dingen zegmaar."

Ver3: "Maar eigenlijk vooral de manier waarop ze hun tijd invullen, waarop ze kiezen wat ze willen gaan doen. Waar het eerder... wat je mensen vooral heel erg hoort zeggen is van ik kon nooit zoveel doen en de tijd die ik dan heb moet ik dan aan nuttige klusjes besteden. En wat je na die tijd ziet is dat mensen zeggen van nee ik moet dus ook voor mezelf zorgen, moet zorgen voor m'n ontspanning, moet zorgen dat ik dingen ga doen die ik leuk vind."

Ver4: "Dat ze of een hulpmiddel gaan gebruiken."

Ver5: "En op het eind dat ze meer kijken naar de mogelijkheden, ondanks de pijn."

Ver6: "En wat ik ook een verschil vind is dat ze meer hun kwetsbaarheid ook durven laten zien en het ook meer in hun omgeving delen, dat vind ik ook."

Ver7: "Ja ik denk dat ze zich meer bewust zijn van hun stemming. Wat interacties met ze doet. Dus wat ik merk binnen mijn gedeelte is van het

kijken naar de patronen.”

Ver8: “En ze hebben beslist niet minder pijn, misschien wel meer pijn met de schone pijn. Maar ze kunnen er meer bijilstaan, ze weten dat het niet anders wordt. Dus het is continu... ze zien ook wel dat het een levensproces is.”

Ver9: “Ik weet niet of dat voor iedereen zo is maar ik merk wel dat ze binnen hun waardegebieden he sociale contacten, dat dat wel wat uitgebreid wordt.”

Ver10: “En natuurlijk meer bezig met wat ze belangrijk vinden, wat ze waardevol vinden.”

Ver11: “Zachter, ze zijn minder veroordelend... Ja.”

Ver12: “Dus in die zin denk ik dat het ook geholpen heeft dat ze ook die verplichtingen iets losser kunnen laten en iets meer doen wat ze fijn vinden en wat ze belangrijk vinden of waardevol vinden.”

Ver13: “Ik denk in het begin dat mensen nog heel erg proberen te beredeneren, rationaliseren, vasthouden, verklaren. En op een gegeven moment, ja iedereen heeft daar een andere tijd voor, maar dan komt er zo’n proces van ook meer overgeven.”

Ver14: “Ja! Zeker het verschil tussen schone pijn en vuile pijn ja. Al is dat wel eens ingewikkeld maar wat ze doen is uit die automatische piloot stappen. Dat ze een keuze hebben. En soms maken ze de keuze ik ga gewoon mijn terras schoonmaken, ook al heb ik heel veel pijn maar ik ga dat doen. En dan is de consequentie ook voor mij.”

Ver15: “We hadden het op een gegeven moment tijdens een bespreking ook over iemand van oh ja zo moeilijk ook qua stemming. Maar toen dacht ik ja maar het is zo goed dat dat gebeurt. Ik denk dat dat ergens altijd moet gebeuren want dan kom je ook een beetje bij de schone pijn terecht. Dingen die je echt zeer hebben gedaan.”

Ver16: “Ja, het is... ze zijn meer van overleven naar leven gegaan.”

Pijnklachten

Pijn1: Echte pijn onveranderd

Pijn2: Invloed van pijn veranderd

Pijn3: Invloed van pijn verminderd

Pijn1: *"En dan zie ik nog wel dat ze last hebben van pijn. Dat is ook niet weg."*

Pijn2: *"De pijn is nog evenveel aanwezig eigenlijk, dat is niet veranderd, maar hij wordt anders ervaren en anders beleefd omdat er leuke dingen naast gekomen zijn."*

Pijn3: *"Ja die is zeker veranderd. Ze kunnen het onderscheid maken, ze zien het niet los van elkaar maar ze kunnen het onderscheid maken. Dat is dat hoofdstuk van uh, ja dan kom ik weer op die schone en vuile pijn. Die schone pijn dat is exact wat de pijn is maar die vuile pijn is alles wat erbij komt."*

Invloed van comorbiditeit

"Ik heb bij een iemand gezien daar speelde de depressie wat meer op de voorgrond. En daar zag je toch dat de depressie te veel invloed had op het proces."

Duur en tijdsindeling

Dt1: Goed zo

Dt2: Lange dagen

Dt1: *"Ja, dat is prima. Je merkt dat mensen het nodig hebben. Want we hebben natuurlijk een ander soort setting. Mensen komen nu nog twee dagen maar straks worden dat vier dagdelen en ik merk gewoon dat de hoofdstukken dat is best veel stof eigenlijk wat ze moeten doen."*

Dt2: *"Ja, volgens mij goed. Ja, nu wordt het gezet naar halve dagen volgens mij. Ik kan me wel voorstellen dat het heel intensief is voor mensen. Want iedere therapeut begint weer heel enthousiast met zijn of haar blok en hun hebben al, ze hebben al best veel gehad!"*

Verbeterpunten:

Verb1: Beginnen bij begin

Verb2: Beter implementeren

Verb3: Geen groep laten instromen

Verb4: Nazorg

Verb5: Team meer uitwisselen onderling

Verb1: *"Er wordt ACT breed gezegd dat je overal op de hexaflex in kunt stappen, en dat ben ik niet met ze eens. Ik denk de volgorde zoals Karlein die hanteert in het boek dat die goed is. Je moet eerst beginnen met wat hebben mensen allemaal al gedaan en die creatieve hulpeloosheid die moet je eerst behandelen voordat je verder kunt. En het was even dat die groep halverwege binnenkwam en we merken ook dat cliënten het niet snapt en een beetje bozig werden van waar gaat dit dan over?"*

Verb2: *"Ja, wat nog verbeterd kan worden en dat gaat nu ook gebeuren, is dat ik het nu... nu werd ik als het ware ingevlogen. Zat ik een uur en een kwartier op die groep, ik doe een*

groepstherapie, dan is er een korte overdracht en ik ben weer weg. En vanaf nu ga ik daar twee middagen zitten. Dat betekent dat ik en tijd heb om goeie intervisie met mijn collega's te doen, een goed MDO te kunnen voorbereiden maar ook om af en toe individueel nog iets met een cliënt op te kunnen pakken."

Verb3: *"Ik denk dat het meer is dat iedereen op hetzelfde punt begint en op hetzelfde punt eindigt en het liefst altijd bij elkaar is. De therapie volgt. Ja."*

Verb4: *"We zijn natuurlijk wel wat dingen aan het ontwikkelen, de nazorg we willen nog aan gaan bieden dat mensen vijf keer nog een soort knipkaart hebben en nazorg nog mogen volgen. En ja dat is natuurlijk in een logge instelling dat moet geregeld worden, dat moet nog komen. En dat moet sneller en dat moet vast liggen. Dat mensen ook weten waar ze aan toe zijn, dat ze niet het gevoel krijgen van ik sta er nu ineens alleen voor. Dat moet nog beter, maar daar zijn we mee bezig."*

Verb5: *"Uh, ja verder verbetering, poeh. Ik denk dat we onderling nog wel wat meer kunnen uitwisselen binnen het team maar dat vond ik eigenlijk ook al wel heel goed gaan."*
