

A photograph of a dirt path in a forest. The path is covered in fallen leaves and leads into the distance. The trees on either side have green and yellowing leaves, suggesting autumn. The text "Wat helpt volgens de patiënt?" is overlaid on the image in white.

Wat helpt volgens de patiënt?

Peerboom J.G.H.G.
Roijsen R.J.M.
Mei 2009

Wat helpt volgens de patiënt?

Peerboom J.G.H.G. 2052267
Roijen R.J.M. 2052268

Afstudeerbegeleidster: Dr. Y. Nelissen- de Vos
Praktijkbegeleider: Drs. A. Köke

Hogeschool Zuyd, Heerlen
Faculteit Gezondheid & Techniek
Opleiding Fysiotherapie

Mei 2009

Copyright © 2009

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

Voorwoord

Voor u ligt onze scriptie, geschreven in het kader van de afronding van onze opleiding Fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen.

Binnen de Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Techniek, opleiding Fysiotherapie te Heerlen, wordt er binnen het huidige curriculum tijdens blok 2.4 kennis gemaakt met de zogenoemde “chronische pijnpatiënten”. Deze patiëntpopulatie was bij ons tot dusver nog niet bekend evenals de diverse behandelmethoden. We hebben dit als een zeer interessant blok ervaren. Verder hebben we tijdens diverse stageperiodes gemerkt dat dit een patiëntenpopulatie is waarmee je als fysiotherapeut frequent mee te maken krijgt. Benieuwd waren wij naar welke behandelmethodes nu daadwerkelijk helpen. Er is al veel onderzoek gedaan naar verschillende behandelmethodes die toegepast worden bij deze problematiek. Weinig is er echter bekend over hoe de patiënt de behandelmethodes ervaart. De uitdaging voor ons afstudeerproject is het helder krijgen hoe deze patiëntencategorie denkt over hun behandeling en dan voornamelijk over wat volgens hun helpt.

Deze scriptie was uiteraard nooit tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal personen. Onze dank gaat als eerste uit naar de bereidwillige respondenten, die hun tijd en verhaal geheel vrijwillig ter beschikking stelden voor dit onderzoek. Speciaal danken wij ook: Dr. Y Nelissen- de Vos, onze begeleidster van de opleiding Fysiotherapie op de Hogeschool Zuyd, Drs. A. Köke, onze externe begeleider, werkzaam in Revalidatiecentrum Hoensbroeck binnen team Pijn en Dr. T. Schoot, een externe expert op het gebied van kwalitatief onderzoek, voor hun begeleiding en aanbevelingen die belangrijk geweest zijn bij het doen van ons onderzoek en het schrijven van onze scriptie. Tevens willen wij het gehele team Pijn bedanken voor de deskundige hulp en hun getoonde interesse in het uitgevoerde onderzoek.

Daarnaast ook een persoonlijk woordje naar onze familie en vrienden voor hun vertrouwen, steun en hulp tijdens de afgelopen jaren en in het bijzonder tijdens deze laatste scriptie-periode.

Mei 2009, Rianne Roijen en Jolanda Peerboom

Samenvatting

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gedragsgeoriënteerde behandeling bij chronische pijnpatiënten bewezen effectief is. Welke onderdelen of combinaties van onderdelen van de behandeling effectief zijn volgens de patiënt, is onduidelijk.

De onderzoekers zijn in het kader van de afronding van de opleiding Fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen benaderd door Hoensbroeck Revalidatiecentrum, Team Pijn om onderzoek te doen naar bovenstaande onduidelijkheid. De vraagstelling binnen dit onderzoek luidt:

“Welke factoren, bij een gedragsgeoriënteerde behandeling, van de chronische (a-specifieke) pijnpatiënt, zijn bepalend voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf?”

Deze vraagstelling is onderzocht middels een kwalitatief onderzoek gebaseerd op de Grounded Theory. Bij negen patiënten werd een semigestructureerd interview afgenomen met behulp van een topic lijst.

Het lijkt erop dat de bejegening van de patiënt, inzicht in het pijnprobleem en de behandeling, aangeleerde dagstructuur, het (geleidelijk) opbouwen van conditie en daarbij grenzen bepalen, lotgenotencontact en een op de patiënt afgestemde duur van de behandeling succesfactoren zijn. Voor behoud van resultaat is het volgens de respondenten belangrijk om activiteiten te plannen waarmee ze hun conditie trachten te onderhouden. Eigen inbreng, meebeslissen en eigen keuzes maken tijdens de behandeling zijn volgens de respondent hierbij ook van belang.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

1	Inleiding	1
1.1	Pijnprogramma Hoensbroeck Revalidatiecentrum	3
1.2	Bepalende factoren voor succes volgens team Pijn	5
1.3	Literatuuronderzoek	6
1.4	Vraagstelling	13
2	Methode	14
2.1	Design	14
2.2	Kwaliteitscriteria	17
2.3	Data verzameling	18
2.4	Data-analyse	19
3	Resultaten	21
3.1	Kenmerken responsenten	21
3.2	Resultaten interviews	23
3.2.1	Behandelinhoud	24
3.2.2	Patiëntenbejegening	31
3.2.3	Organisatie pijnrevalidatieprogramma	33
3.2.4	Tevredenheid en waardevolle elementen revalidatie	35
4	Discussie en Conclusie	38
4.1	Kenmerken respondenten vergeleken met populatie Hoensbroeck	38
4.2	Resultaten vergeleken met de literatuur	39
4.2.1	Behandelinhoud	39
4.2.2	Patiëntenbejegening	44
4.2.3	Organisatie	46
4.2.4	Tevredenheid, waardevolle elementen revalidatie, behoud resultaat	46

4.3	Reflectie op gehanteerde methode	48
4.4	Conclusie onderzoek	50
4.5	Aanbevelingen Hoensbroeck, team Pijn	51
4.6	Aanbevelingen vervolgonderzoek	52

Referenties	53
--------------------	-----------

Bijlagen

- 1 – Interview format, Topic lijst
- 2 – Interview format
- 3 – Modules behandeling
- 4 – Behandelonderdelen groepsprogramma
- 5 – Informatieve brief respondenten

1 Inleiding

Chronische pijnpatiënten is een zeer complexe patiëntencategorie die in hoge aantallen zowel in de eerste, tweede en derde lijn voorkomt (zie prevalentie). Chronische pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als: pijn zonder duidelijk somatisch substraat, die blijft bestaan na genezing van de oorspronkelijke weefselbeschadiging. Pijn wordt gewoonlijk chronisch genoemd indien het een minimaal beloop van 3 maanden heeft ²⁸.

Prevalentie

De prevalentie van chronische pijn in Nederland wordt in de gevonden bronnen anders beschreven. In de literatuur wordt beschreven ³⁶ dat ongeveer 3 miljoen mensen oftewel 19% van de Nederlandse bevolking chronische pijn treft.

Een andere bron ²⁰ beschrijft dat een niet te onderschatten deel van de Nederlandse bevolking last heeft van langdurige pijn, namelijk 20%. Als men daarbij een onderverdeling maakt in leeftijdsgroepen wordt gezien dat onder de mensen van 18-39 jaar 14% lijdt aan chronische pijnklachten, bij de leeftijdsgroep 40-59 jaar is dit een percentage van 22%. Bij 60- plussers ligt dit aandeel nog hoger, namelijk 28%.

Daarnaast wordt in een andere bron ⁶ beschreven dat ongeveer 75% van de Nederlandse bevolking in het afgelopen jaar aangegeven heeft pijn te hebben ervaren in het bewegingsapparaat. Van deze groep geeft 45% aan langer dan drie maanden deze klachten te hebben gehad. De prevalentie van chronische pijn aan het bewegingsapparaat wordt geschat op 34% ²⁰ waarbij lage rugklachten en klachten aan arm, nek, schouder (KANS) het meeste voorkomen.

Gevolgen voor patiënt

Chronische pijn heeft voor de patiënt fysieke en emotionele gevolgen.

Het blijkt ²⁰ dat meer dan de helft van de onderzochte mannen (54%), in de onderzochte populatie van 60-plussers, aangeeft zich gefrustreerd te voelen door de nooit ophoudende pijn. In dit onderzoek komt ook naar voren dat relatief meer vrouwen dan mannen aangeven zich door de pijn afhankelijk te voelen (respectievelijk 35% en 23%). Wat de omgeving betreft geven de meeste 60-plussers aan zich goed begrepen te voelen (81%).

Tevens geeft 77% van de onderzochte 60-plussers aan dat hun omgeving goed weet om te gaan met het pijnprobleem.

Maatschappelijke gevolgen

Chronische pijn is een enorm probleem voor de maatschappij. De kosten hiervan zijn zeer groot. In 1991 is er een schatting gemaakt van de totale kosten van chronische rugpijn in Nederland. Deze werden geschat op zo'n 4.5 miljard euro, wat neerkomt op 1.7% van het Bruto Nationaal Product. Deze kosten zijn voor het grootste deel het resultaat van werkverzuim, sociale verzekeringsuitkeringen enzovoort. Momenteel ontvangen bijna 1 miljoen Nederlanders een WAO-uitkering, waarvan meer dan een derde op basis van pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat.

Gedragsgeoriënteerde behandeling

Uit verschillende studies^{30, 31, 42, 43, 44, 47} is gebleken dat een gedragsgeoriënteerde behandeling bij chronische pijn wetenschappelijk bewezen effectief is. De gedragsgeoriënteerde therapie wordt ook wel behavioral rehabilitation genoemd. Deze behandeling kan uit een combinatie van diverse behandelonderdelen en of behandelmethoden bestaan.

De diverse behandelonderdelen bestaan uit bijvoorbeeld: graded activity, fysieke trainingstherapie, week/dag schema opstellen, sport en spel, ergonomie, graded exposure, tijdsbesteding, arbeidsbegeleiding, cognitieve herstructurering, aanleren copingsstrategieën, ontspanningstherapie en educatie¹⁹.

Effectiviteit van een behandeling kan vanuit meerdere perspectieven bekeken worden. Enerzijds is dat het perspectief van de patiënt, anderzijds is dat het perspectief van de behandelaar. Daarnaast bestaat er ook een economisch perspectief oftewel kosteneffectiviteit. In diverse onderzoeken^{30, 31, 42, 43, 44, 47} wordt effectiviteit van de gedragsgeoriënteerde behandeling vanuit het perspectief van de behandelaar aangetoond. Onduidelijk is tot op heden welke onderdelen of combinaties van onderdelen van de behandeling het grootste resultaat voor de patiënt opleveren en dus voor de patiënt het meest effectief zijn. Effectiviteit is belangrijk om op maat gerichte zorg te kunnen bieden, die naast effectief voor de patiënt tevens kosteneffectief is, indien dit nog niet het geval is.

Beschrijving opdracht

Studenten van de Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheid en Techniek, opleiding Fysiotherapie zijn door het Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie Hoensbroeck benaderd om onderzoek te doen naar belangrijke factoren die bepalend zijn voor het behandelresultaat bij chronische pijnpatiënten. Het onderzoek focust zich op patiënten die de gedragsgeoriënteerde behandeling (zie paragraaf 1.2) zoals deze aangeboden wordt in het Revalidatiecentrum te Hoensbroeck op de afdeling Pijn gevolgd hebben. Deze scriptie beschrijft een kwalitatief onderzoek gericht op het helder krijgen hoe deze patiëntencategorie denkt over hun behandeling en wat zij in hun revalidatie als bepalende factoren beschouwd hebben voor het behandelresultaat. Oftewel: “Wat helpt volgens de patiënt?”

1.1 Pijnprogramma Hoensbroeck Revalidatiecentrum

Het Revalidatiecentrum te Hoensbroeck richt zich op de begeleiding en behandeling van volwassenen die de gevolgen ondervinden van een lichamelijk letsel of beperking. De volgende afdelingen zijn in het revalidatiecentrum ondergebracht: Amputatie, Orthopedie, Cardiologie, Dwarslaesie, Hersenletsel en Pijnrevalidatie.

Het pijnteam van het HRC is reeds jaren gespecialiseerd in de gedragsgeoriënteerde behandeling van patiënten met chronische pijn. Daarnaast worden patiënten met reumatische artritis en spondylitis ankylopoetica, eveneens volgens gedragsgeoriënteerde principes behandeld.

Het huidig revalidatieprogramma is ontstaan uit het operant conditioneringsmodel in de jaren tachtig; later zijn daar nog cognitieve modellen en/of theorieën aan toegevoegd om de effectiviteit en kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het doel van het revalidatieprogramma voor chronische pijnpatiënten is het verbeteren van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van de patiënt, door het zelfstandig leren omgaan met pijn en de gevolgen voor het dagelijks functioneren. Onderstaande tabel (tabel 1) geeft een schematisch overzicht van de doelstellingen die binnen het programma nagestreefd worden.

Tabel 1: Doelstellingen pijnrevalidatieprogramma HRC

Het verbeteren van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van een patiënt door het zelfstandig leren omgaan met de pijn en de gevolgen voor dagelijks functioneren			
<u>Cluster 1</u> Activiteitsniveau optimaliseren	<u>Cluster 2</u> Anders leren denken en voelen	<u>Cluster 3</u> Anders doen	<u>Cluster 4</u> Stoornissen in functies
In balans brengen belasting – belastbaarheid	Inzicht vergroten in: - pijn en onderhoudende factoren	Uitvoeren "rol" binnen maatschappij, zoals werk	Verbeteren fysieke stoornissen op gebied van kracht, mobiliteit, coördinatie en uithoudingsvermogen
Structuur aanbrengen in activiteit- rust verhouding	- de functie van pijn - de gevolgen van pijn op eigen functioneren	Uitvoeren "rol" binnen eigen gezin	Verbeteren slaapstoornissen
De kwaliteit van bewegen/activiteiten uitvoeren verbeteren	Het veranderen van disfunctionele gedachten, gevoelens en verwachtingen over pijn en de gevolgen	Kunnen ontspannen	Verminderen pijn
Sociale activiteiten en participatie in balans brengen	Het verbeteren van gevoel van controle over pijn en functioneren	Probleemoplossende vaardigheden vergroten	Reguleren stemmingsstoornissen m.b.v. medicatie
	Het lichaamsbewustzijn vergroten	Het vergroten van assertiviteit	
	Het verbeteren van stemming	Het verbeteren van sociale vaardigheden	
	Het vergroten van zelfvertrouwen in eigen kunnen	Kunnen omgaan met terugval	
		Accepteren en hanteren van eigen (on)mogelijkheden	
		Kunnen omgaan met aanbod aan medische hulp	
		Adequaat gebruik (pijn) medicatie	

Het optimaliseren van de bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt is bij de start van het revalidatieprogramma een belangrijk element. Als leidraad voor het pijnrevalidatieprogramma werd voor het gedragsveranderingsmodel van Kanfer gekozen. Dit model beschrijft een 7-tal stappen in de behandelaanpak met aandacht voor het proces van gedragsveranderingsbereidheid en zelfmanagement bij de patiënt. Deze stappen zijn: aanmelden patiënt, kennismaken, gedragsveranderingsmotivatie beoordelen, functionele analyse, doelstellingen bepalen, behandelplan uitvoeren, voortgang evalueren, behandeling afronden.

De behandeling start met een observatieperiode van 3 weken. Het doel hiervan is het optimaliseren van de bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt en het analyseren van het pijnprobleem door het team. De vervolgbehandeling bestaat uit twee periodes van elk 6 weken. In de eerste 6 weken vindt er dagelijks behandeling plaats; in de tweede 6 weken is dit 2 maal per week. De inhoud van de behandeling wordt opgesteld aan de hand van de probleemanalyse die eerder gemaakt is.

De doelen worden behaald door diverse behandelmodules die terug te vinden zijn binnen het revalidatieprogramma. Een compleet overzicht van de behandelmodules is terug te vinden in de bijlagen, bijlage 3.

Naast een individueel behandelprogramma gebaseerd op bovenstaande doelstellingen en behandelmethoden wordt er ook een groepsprogramma aangeboden. De groep bestaat maximaal uit 8 patiënten. De duur van het pijnrevalidatieprogramma is 12 weken. Tijdens het programma is de patiënt 3 dagen per week in het HRC. Een overzicht van de diverse behandelonderdelen is terug te vinden in de bijlagen, bijlage 4^{18, 19}.

1.2 Bepalende factoren voor succes volgens Team Pijn

Het team Pijn van Hoensbroeck Revalidatiecentrum behandelt volgens de gedragsgeoriënteerde behandeling chronische pijnpatiënten. De werkwijze in HRC kenmerkt zich door een bio-psychosociale benadering, interdisciplinair werken, het aansluiten op individuele hulpvragen van de patiënt (patiënt- en vraaggericht) en het stimuleren van de zelfredzaamheid van de patiënt. In Hoensbroeck wordt gewerkt met een aantal behandelelementen zoals graded activity, fysieke trainingstherapie, week/dag schema opstellen, sport en spel, ergonomie, graded exposure, tijdsbesteding, arbeidsbegeleiding, cognitieve herstructurering, aanleren coping strategieën, educatie, ontspanningstherapie. Het team Pijn van HRC neemt aan dat de succesfactoren bij deze behandelelementen de volgende items zijn. De patiënt leert:

- zelfstandig zijn activiteitsniveau op te bouwen en te handhaven en balans te brengen in fysieke belasting en belastbaarheid¹⁰.
- automatiseren van het plannen van activiteiten gedurende de dag. Gelet op structuur aanbrengen in activiteit-rust verhouding.
- het herkennen en verkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden en het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen. Het vergroten van het zelfvertrouwen in eigen kunnen^{3, 15, 16, 24, 48, 49, 51, 52, 54}.
- probleemoplossende vaardigheden vergroten en het vergroten van assertiviteit, maar daarnaast ook leren om te gaan met een terugval^{11, 17, 24, 32}.
- trainen van specifieke voor dat werk vereiste fysieke en/of psychosociale vaardigheden. Sociale activiteiten en participatie in balans brengen.

- het lichaamsbewustzijn vergroten en ontspannen.

Daarnaast wordt er educatie aan de partner gegeven, zodat deze er bij betrokken wordt en daarbij ook de juiste steun kan bieden ^{7, 18}.

1.3 Literatuuronderzoek

Zoektocht

Binnen het literatuuronderzoek hebben de onderzoekers zich gericht op literatuur die in relatie staat met de vraagstelling:

“Welke factoren bij een gedragsgeoriënteerde behandeling van de chronische (a-specifieke) pijnpatiënt zijn bepalend voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf?”

Er is gezocht in verschillende databanken, zoals Vakbibliotheek, Pedro en Pubmed. In eerste instantie heeft de zoektocht zich gericht op welke factoren in een gedragsgeoriënteerde behandeling bepalend zijn voor succes volgens de literatuur. Omdat de onderzoekers wisten dat graded activity en graded exposure behandel-elementen kunnen zijn binnen een gedragsgeoriënteerde behandeling zijn ze met deze zoektermen in eerste instantie aan de slag gegaan om zich te oriënteren. Er is in de Vakbibliotheek en bij Pedro gezocht op het zoekwoord graded activity. Hieruit kwamen de onderzoekers bij de vakbibliotheek op 37 hits en bij Pedro op 27 hits. Bij het zoekwoord graded exposure kwamen de onderzoekers op 10 hits uit bij de Vakbibliotheek en 1 hit bij Pedro. Vervolgens vond er een selectie plaats op basis van titel en na het lezen van de abstracts zijn daaruit 6 geschikte artikelen naar voren gekomen. Deze 6 geschikte artikelen zijn door de onderzoekers bestudeerd en samengevat ^{6, 10, 31, 36, 47, 48}.

Vervolgens kwamen de onderzoekers tot de ontdekking dat ze moesten zoeken naar literatuur waarin de mening van de patiënt over de gedragsgeoriënteerde behandeling centraal stond. Toen zijn de onderzoekers op de zoeksite van Pubmed gaan zoeken. Er is op verschillende zoekwoorden en combinaties van zoekwoorden geselecteerd zoals chronic pain, graded activity, opinion patiënt, beliefs, graded exposure, satisfaction, expectation, perception, prognostic facts, critical succes facts, active rehabilitation. Uit al deze combinaties van zoektermen waren de resultaten van de artikelen variërend van 0 tot 3 resultaten. Hier hebben de onderzoekers op basis van de titel 2 bruikbare artikelen gevonden. Na het lezen van de

abstract hebben de onderzoekers een artikel gelezen waarbij vermeld moet worden dat in dit artikel de mening van de patiënt over de behandeling niet naar voren kwam⁵¹.

Op aanraden van de externe begeleider zijn de onderzoekers gaan zoeken naar artikelen met behulp van de zoekwoorden predictors (217 zoekresultaten) en mediators (112 zoekresultaten) in combinatie met chronic pain. In combinatie met cognitive-behavioral waren de resultaten bij predictors 191 en bij mediators 46. Uit deze resultaten hebben de onderzoekers geselecteerd op basis van de gelezen titels en abstracts. Uiteindelijk zijn er 6 artikelen overgebleven^{9, 17, 26, 27, 37, 45}.

Er is gekozen om de door de externe begeleider aangereikte literatuur te analyseren aangezien in eerste instantie gedacht werd dat deze beter zou aansluiten bij het literatuuronderzoek.

Twee artikelen verkregen door de externe begeleider A. Köke^{26, 43}, kwamen overeen met de alreeds gevonden artikelen uit PubMed. De overgebleven zeven artikelen zijn vervolgens bestudeerd^{8, 12, 13, 14, 22, 54}.

Tijdens het lezen van deze artikelen bleek dat er één artikel niet bruikbaar was aangezien het niet aansloot bij de vraagstelling. Om een goed overzicht te creëren, is de gevonden literatuur in een schema gezet. Nadat de artikelen in een schema waren verwerkt, bleek dat er geen artikelen waren gevonden die succesfactoren volgens de patiënt benoemden.

Echter in de artikelen werden wel factoren benoemd die bij de start van de behandeling voorspellers waren voor behandel succes oftewel predictoren. Daarnaast werden ook factoren genoemd die, indien ze veranderen tijdens de behandeling, positieve beïnvloedende factoren zijn voor het behandelresultaat oftewel mediators. Deze zijn bij het onderstaand samengevat.

De onderzoekers zijn daarnaast nog specifiek gaan zoeken naar effecten van de (cognitief-) gedragsmatige behandeling en/of combinaties van onderdelen. De samenstelling van zoekwoorden waren chronic pain and cognitive-behavioral and effectiveness (47 resultaten), chronic pain and operant and effectiveness (17 resultaten), chronic pain and operant-behavioral and effectiveness (2 resultaten) en chronic pain and cognitive behavioral and effectiveness (90 resultaten). Op basis van de titel en abstract zijn er vijftien artikelen geselecteerd. Na het lezen van de abstract zijn er hieruit vier bruikbare artikelen overgebleven^{43, 44, 48, 51}.

De artikelen waarin predictoren/mediatoren beschreven worden zijn toegelicht in het literatuuronderzoek. De artikelen over de effecten van behandeling zijn gebruikt als ondersteuning van de aannames van team Pijn over de werking van diverse behandelonderdelen.

Naast de beschreven artikelen hierboven zijn er nog meer artikelen doorgenomen, waar de onderzoekers door bijvoorbeeld externe begeleiders op gewezen werden. Ook werden er in diverse artikelen verwijzingen gegeven voor andere artikelen die ook doorgenomen zijn geworden.

Resultaten zoektocht

Voordat er bij een willekeurige patiënt een interventie wordt gestart, zijn er factoren aanwezig die invloed zullen hebben op het resultaat, zogenoemde predictoren. Dit zijn voorspellers van succes. Bij aanwezigheid van een predictor kun je op voorhand een inschatting maken of de behandeling succes zal hebben. Er worden in de literatuur diverse predictoren benoemd. Deze zijn onder te brengen onder verschillende categorieën, namelijk: sociodemografische predictoren, gedragsmatige en psychologische predictoren en fysieke predictoren.

Onderstaand is er een samenvatting gemaakt van de gevonden predictoren, ondergebracht in de bovenstaande categorieën.

Sociodemografische predictoren

In een literatuurstudie over de resultaten van gedragsmatige en cognitief-gedragsmatige behandeling voor chronische pijnpatiënten, is gekeken naar in de literatuur beschreven predictoren en zijn deze met elkaar vergeleken. Er kwam in meerdere onderzoeken in de literatuurstudie naar voren dat leeftijd, geslacht, opleiding, huwelijkse staat en duur van de pijn geen significant betrouwbare relatie heeft met de uitkomst²⁶. Ook in een ander artikel¹² wordt benoemd dat leeftijd, gewicht, lengte en geslacht geen voorspellende waarde hebben voor succes. Een hoge of lage intelligentie staat volgens dit artikel niet in relatie met succes.

De voorspellende waarde met betrekking tot geslacht is niet consistent. In een artikel¹⁴ is gezocht naar verschillen tussen geslacht met betrekking tot het eindresultaat bij diverse interventies (cognitieve-gedragsmatige georiënteerde fysiotherapie, cognitief-gedragsmatige therapie, een combinatie van vorige en een controle groep). Hier waren de positieve resultaten bij de diverse behandelingen beperkt tot vrouwen. Hiervoor hebben de auteurs een aantal

theorieën. In een onderzoek ⁴⁶ is naar voren gekomen dat er verschillen zijn in coping-stijlen tussen man en vrouw. Volgens een ander onderzoek ¹⁴ zouden vrouwen meer behoefte hebben aan specifieke coping-strategieën die gepresenteerd worden in de pijnmanagementprogramma's of zijn vrouwen beter bekwaamd deze op een efficiëntere wijze te gebruiken. Volgens de auteurs hebben vrouwen een hogere werkbelasting (betaald plus onbetaald werk) dan mannen, omdat ze naast werk meer tijd spenderen aan huishoudelijk werk en de verzorging van de kinderen. Daarom kan het zijn dat ze meer profiteren bij het toepassen van de coping-strategieën in de thuissituatie. Daarnaast accepteren zij mogelijk makkelijker, dat psychosociale factoren een rol kunnen spelen ¹⁴.

Omgevingspredictoren

Omgevingsfactoren kunnen ook een rol spelen. Patiënten met een controlerende, ongeorganiseerde, minder samenhangende en minder steunende familie, hadden minder voordelen van de behandeling ²⁶.

Arbeidspredictoren

Daarnaast is in een onderzoek ²⁶ gebleken dat een langer werkverzuim een predictor is op het vroegtijdig stoppen van behandeling, maar daarnaast ook resulteert in een lager percentage van werkhervatting na de interventie. Lage verwachtingen over de werkhervatting voorspelt tevens een slechte naleving van het programma en is een voorspeller van slechter resultaat. Patiënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering kregen verbeterden net zoveel als patiënten die dit niet ontvingen. Patiënten die juridisch actief waren in het regelen van deze uitkering verbeterden daarentegen niet, deze lieten zelf een afname in functie zien. In een ander onderzoek ¹² kwam naar voren dat de mogelijkheid tot werken (evt. met aanpassingen), afname van disfunctie op het werk, beschikbaarheid van het werk bij terugkeer en een langere periode in het betreffende dienstverband allemaal positieve voorspellers zijn voor het behandelresultaat.

Gedragmatige en psychologische predictoren

Een grote somatische focus, grotere pijnbeleving en disfunctioneren, problemen voorspelt in naleving van de behandeling en het vroegtijdig vertrek bij een multidisciplinair revalidatieprogramma ¹².

Een grotere pijnbeleving en disfunctioneren bij de basislijn gerelateerd was aan een beter behandelresultaat ¹². De verklaring hiervoor is dat deze mensen meer te winnen hebben tijdens de behandeling. Dit wordt in andere studies tegengesproken ²⁶. Hier wordt verklaard dat dit een voorspellende waarde is voor een slechter behandelresultaat.

Patiënten die bij de start van de behandeling in een emotionele ‘disbalans’ zitten, die hun pijn als negatief interpreteren en daarbij het gevoel hebben dat ze de controle verliezen, kan gedragsmatige- en cognitief gedragsmatige therapie een verminderd resultaat hebben. Als de negatieve gedachten over de pijn, het inzicht over de ervaren beperkingen verbeteren en het zelfmanagement echter toeneemt tijdens de behandeling, is dit een voorspeller voor een goed behandelresultaat ²⁶.

Mensen met ‘slechte’ actieve coping vaardigheden en hoge beperkingen in activiteiten bij de basismeting hebben meer kans op een beter resultaat. De verklaring die hiervoor gegeven wordt is dat mensen met een minder actieve copingstijl meer te winnen hebben dan mensen die al een goede copingstijl bezitten. Dit kan verklaard worden door het feit dat behandeling de mensen met een slechte actieve coping helpt om de zorgen te verminderen en de copingsvaardigheden te verbeteren ²⁶.

Depressie is een onbetrouwbare voorspeller ¹². Er bestaat een discrepantie tussen twee artikelen ^{12, 26}, want hierin ²⁶ wordt depressie als een mediator gezien. Er wordt beschreven dat een zware depressie leidt tot slecht resultaat en afname van depressie gedurende de behandeling leidt tot een beter behandelresultaat. Dit effect suggereert dat depressieve patiënten meer te winnen hebben bij de behandeling. Het ander artikel geeft aan dat ze geen verklaring gevonden hebben voor deze discrepantie m.b.t. depressie ¹².

Fysieke predictoren

In een artikel ¹² is gevonden dat kracht, uithoudingsvermogen en mobiliteit geen voorspellende waarden hebben. Dit wordt ondersteund door ander onderzoek ²⁶ waarmee de resultaten in dit onderzoek vergeleken worden.

Predictoren voor tevredenheid patiënt

Een voorspeller voor de tevredenheid bij chronische pijnpatiënten over hun behandeling is onder andere gebaseerd op de relatie tussen patiënt en behandelaar, de bezorgdheid bij de start van de behandeling en de hulp die geboden wordt ⁹. Dit wordt aangevuld met de tevredenheid

over de verandering van de pijn, depressie en pijngerelateerde angst²⁶. Echter er wordt ook de relatie met de zorgverstreker en het gevoel dat er naar hun geluisterd wordt genoemd^{9, 26}.

Mediatoren

Een mediator is een variabele die verantwoordelijk is voor alle delen van het effect van de behandeling op de uitkomst. Om een mediator te zijn moet de variabele veranderen tijdens de behandeling, geassocieerd zijn met de behandeling en een effect hebben op de uitkomst. Door de onderzoekers zijn de volgende mediators gevonden:

In een artikel³⁴ wordt de rol van catastrofes op het behandelresultaat bekeken. Dit wordt gedaan aan de hand van drie verschillende behandelingen (actieve fysieke therapie, cognitieve-gedragmatige therapie, een combinatie van de vorige) en een wachtlijst.

Veranderingen in pijncatastrofen tijdens de behandeling zorgden voor afname van disfunctioneren, afname van de klacht en van de pijnintensiteit. Alleen in de actieve fysieke interventiegroep had pijncatastrofen ook een effect op de afname van depressie.

De effectiviteit van actieve-therapie programma's wordt in een ander artikel²⁵ ondersteund.

Er is gevonden dat actieve-therapie programma's (zonder enige psychologische of cognitief-gedragmatige principes) ook bij psychologische variabelen zoals catastrofes, angstvermijdingsgedrag en pijncontrole een positief effect laten zien.

Mediatoren bij cognitief-gedragmatige therapie werden onderzocht⁴⁵. Hier kwam naar voren dat een toename van pijncontrole, een afname van disfunctioneren, angst-vermijdingsgedrag, en de gedachte dat pijn schade betekent, mediators zijn voor het behandelresultaat van de cognitieve-gedragmatige behandeling.

Conclusie Literatuuronderzoek

In de literatuurstudie zijn predictoren en mediators gevonden die een voorspellende waarde hadden voor succes. Deze kunnen de onderzoekers onderverdelen in negatieve voorspellers en positieve voorspellers.

Belangrijke voorspellers voor een positief behandelresultaat zijn de volgende arbeidsfactoren: de mogelijkheid tot werken (evt. met aanpassingen), afname van disfunctie op het werk, beschikbaarheid van het werk bij terugkeer en een langere periode in het betreffende dienstverband¹².

‘Slechte’ actieve copings-vaardigheden en hoge beperkingen in activiteiten bij de basismeting zijn een voorspeller van beter behandelresultaat ²⁶.

Als negatieve gedachten over de pijn, het inzicht over de ervaren beperkingen verbeteren en het zelfmanagement toeneemt tijdens de behandeling is dit een voorspeller voor een goed behandelresultaat oftewel een mediator ²⁶.

Er zijn ook mediators gevonden die een positief effect hebben op de behandeling.

Veranderingen in pijncatastrofen tijdens de behandeling zijn een mediator voor afname van: disfunctioneren, hoofdklacht en de pijnintensiteit ²⁵.

Een toename van pijncontrole, een afname van disfunctioneren, angst-vermijdingsgedrag en de gedachte dat pijn schade betekent, zijn mediators voor het behandelresultaat van de cognitieve-gedragsmatige behandeling ⁴⁵.

Negatieve voorspellers kunnen omgevingsfactoren zijn; zoals een controlerende, ongeorganiseerde, minder samenhangende en minder steunende familie ²⁶.

Een grote somatische focus, grotere pijnbeleving en disfunctioneren voorspellen problemen in naleving van de behandeling en het vroegtijdig vertrek bij een multidisciplinair revalidatieprogramma ²⁶.

Bij patiënten die bij de start van de behandeling in een emotionele ‘disbalans’ zitten, die hun pijn als negatief interpreteren en daarbij het gevoel hebben dat ze de controle verliezen, kan gedragsmatige- en cognitief gedragsmatige therapie een verminderd resultaat hebben ²⁶.

Arbeidsfactoren zoals een langer werkverzuim is een voorspeller van vroegtijdig stoppen van behandeling, maar resulteert ook in een lager percentage van werkhervatting na de interventie. Lage verwachtingen over de werkhervatting voorspellen problemen in naleving van de behandeling. Patiënten die juridisch actief waren m.b.t. arbeidsongeschiktheidsuitkering lieten een afname in functie zien ²⁶.

De onderzoekers hebben ook discrepanties gevonden tussen verschillende studies.

In studies wordt gezien dat een grotere pijnbeleving en disfunctioneren bij de basislijn gerelateerd is aan enerzijds beter behandelresultaat ¹², anderszijds een slechter behandelresultaat ²⁶.

Enerzijds wordt depressie gezien als een onbetrouwbare voorspeller ¹², anderzijds wordt het gezien als een mediator ²⁶. Er wordt beschreven dat een zware depressie leidt tot slecht

resultaat en afname van depressie gedurende de behandeling leidt tot een beter behandelresultaat.

De voorspellende waarde met betrekking tot geslacht is niet consistent. Enerzijds laat het geslacht geen voorspellende waarde zien ²⁶, anderzijds werden er in een studie alleen positieve resultaten gevonden bij het vrouwelijk geslacht ¹⁴.

Tevredenheid bij patiënten wordt gebaseerd op de relatie tussen patiënt en behandelaar, de bezorgdheid van de patiënt bij de start van de behandeling en de hulp die geboden wordt ⁹. Ook tevredenheid over de verandering van de pijn, depressie en pijngerelateerde angst, het gevoel dat er naar hun geluisterd wordt en de relatie met de zorgverstrekker komen naar voren ²⁶.

In de literatuurstudies zijn de volgende predictoren naar voren gekomen die geen voorspellende waarde bleken te hebben voor succes. Leeftijd, geslacht, opleiding, huwelijks staat, duur van de pijn ²⁶, gewicht en lengte, hoge of lage intelligentie, ¹² kracht, uithoudingsvermogen, mobiliteit en een arbeidsongeschiktheidsuitkering bleken geen voorspellende waarde te hebben voor succes ^{12, 26}.

1.4 Vraagstelling

Er is al veel onderzoek gedaan naar de effecten, predictoren en mediators van een bepaalde behandeling bij een chronische pijnpatiënt, deze zijn beschreven in paragraaf 1.3.

Er is echter nog weinig bekend over wat volgens de patiënt belangrijk en/of zelfs bepalend voor het eindresultaat in zijn behandeling is geweest. Vanwege de interesse van de onderzoekers in deze materie, hebben ze de onderstaande vraagstelling opgesteld om hier meer inzicht in te krijgen.

“Welke factoren, bij een gedragsgeoriënteerde behandeling, van de chronische (a-specifieke) pijnpatiënt, zijn bepalend voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf?”

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording en toelichting gegeven op het onderzoekstype dat is uitgevoerd en komt aan bod welke methoden hierbij gebruikt zijn. In paragraaf 1, design, wordt de aard van het onderzoek beschreven. In paragraaf 2 zullen de kwaliteitscriteria van het onderzoek aan bod komen. In paragraaf 3 wordt de methode van dataverzameling beschreven. Paragraaf 4 zal vervolgens de methode van data-analyse toelichten.

2.1 Design

Er is gebleken dat een gedragsgeoriënteerde behandeling bij chronische pijnpatiënten wetenschappelijk bewezen effectief is (zie hoofdstuk 1). Onduidelijk is tot op heden welke onderdelen of combinaties van onderdelen van de behandeling nu effectief of het meest effectief zijn volgens de patiënt. Deze vraag wordt in diverse onderzoeken wel beantwoord vanuit het oogpunt van onderzoekers. Maar over de mening van de patiënt met betrekking tot waardevolle behandelelementen en dus de bepalende factoren voor het eindresultaat is er weinig bekend.

Onderzoeksvorm

De onderzoekers zijn door Hoensbroeck Revalidatiecentrum, team Pijn, benaderd om onderzoek te doen naar de succesfactoren volgens de patiënt bij een gedragsgeoriënteerde behandeling zoals deze in Hoensbroeck aangeboden wordt. De onderzoekers hebben gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat in een kwalitatief onderzoek de vraagstelling zich richt op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er zijn onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren ².

Het kwalitatief onderzoek wordt uitgevoerd middels individuele interviews met patiënten die het pijnprogramma in Hoensbroeck gevolgd hebben. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews, omdat deze vraagvorm de onderzoekers de mogelijkheid geeft om op van te voren geïnventariseerde topics gericht door te vragen naar de beleving van de patiënt. Daarnaast is gekozen voor individuele gesprekken, omdat de onderzoekers niet willen dat respondenten elkaars mening beïnvloeden. Het interview is semi-gestructureerd met conversatie

handleiding/ topiclijst, omdat de vragen en antwoorden niet vastliggen. Diverse relevante topics zijn bekend vanuit de literatuur, maar er is nog onvoldoende inzicht in de beleving van de patiënt.

Populatie Revalidatieprogramma voor Chronische Pijn

De doelgroep die binnen Hoensbroeck Revalidatie Centrum voor het revalidatieprogramma voor chronische pijn in aanmerking komen wordt als volgt beschreven:

“Volwassenen patiënten met disfunctioneren bij pijnklachten (aspecifiek en specifiek), zich uitend in functionele beperkingen van houdings- en bewegingsapparaat, langer dan 6 weken bestaand. Sociale en psychische factoren zijn zeer complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol.”

In Hoensbroeck worden er, voor het revalidatieprogramma voor chronische pijn, dan ook een aantal inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd.

Inclusiecriteria:

- de patiënt heeft pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat
- de pijnklachten bestaan al langer dan 6 weken
- de patiënt is medisch stabiel
- de patiënt heeft beperkingen in het functioneren
- de patiënt ervaart ongewenste psychosociale consequenties gerelateerd aan het pijnprobleem, zoals dagbesteding, relaties, arbeid, sociale rol
- de patiënt's sociale en psychische factoren zijn complex en spelen de belangrijkste onderhoudende rol
- de patiënt heeft mogelijkheden om inzicht te ontwikkelen in de knelpunten van zijn functioneren en is bereid tot gedragsverandering
- de patiënt toont een actieve attitude bij het vinden van een oplossing voor zijn probleem
- het patiëntsysteem is bij de behandeling te betrekken

Exclusiecriteria:

- contra-indicaties zoals beschreven in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg

- psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie of revalidatiebelemmerend werkt
- ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de patiënt
- ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van het patiëntsysteem
- de patiënt beheerst de Nederlandse taal niet voldoende
- de patiënt is niet in staat voldoende tijd vrij te maken om de behandeling te volgen¹⁸

Specifieke inclusiecriteria onderzoek

De bestaande inclusie- en exclusiecriteria voor het volgen van de behandeling in Hoensbroeck zijn gehanteerd en onderstaand inclusiecriteria is eraan toegevoegd.

- de patiënt heeft het pijnrevalidatieprogramma in Hoensbroeck afgerond of de patiënt zit in de afrondende fase, oftewel de laatste 2 weken van de revalidatiebehandeling.

Selectie van respondenten

Door het beperkte aanbod van respondenten hebben de onderzoekers geen uitgebreide selectie toegepast. Uit de literatuur^{12, 26} is gebleken dat patiëntenkenmerken zoals leeftijd, geslacht, huwelijkse staat, intelligentie en duur van de klacht niet van invloed zijn op de uitkomst van de behandeling. Toch wilden de onderzoekers een zo divers mogelijke onderzoekspopulatie creëren en hebben zij gelet op een vertegenwoordiging van beide geslachten en op een diversiteit in leeftijd. De respondenten zijn vervolgens door het revalidatiecentrum benaderd met de vraag of er interesse was voor deelname aan het onderzoek. Bij een positieve reactie hebben de onderzoekers contact opgenomen met de desbetreffende respondent en een afspraak gepland.

Er is door de onderzoekers gekozen voor minimaal vier interviews. Na deze vier interviews zijn de data geanalyseerd en is de topiclijst aangepast. Vervolgens is er besloten nog drie interviews vooruit te plannen. Nadat deze drie interviews wederom geanalyseerd werden merkten de onderzoekers dat het punt van saturatie nog niet bereikt was en zijn er vervolgens nog twee interviews afgenomen. Dataverzameling en data-analyse wisselden elkaar af^{2, 29}.

2.2 Kwaliteitscriteria

Dit onderzoek volgt de principes van de Grounded Theory zoals beschreven door Strauss en Corbin ³⁸. Twee belangrijke indicatoren om de kwaliteit van onderzoek te waarborgen zijn betrouwbaarheid en validiteit ².

Maatregelen betreffende de betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een interview is de mate waarin onderzoekresultaten onafhankelijk zijn van toevalsfouten. Anders gezegd: als er sprake is van betrouwbare methoden van dataverzameling, zal herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst moeten leiden. De betrouwbaarheid werd binnen dit onderzoek getracht te waarborgen door neutrale-, open-, maar ook gesloten vragen te stellen aan de respondenten door een objectieve interviewer. Transcripties van alle interviews werden door zowel de onderzoekers als externe data-analisten geanalyseerd. Bij verschil in codering of categorieën, werd er onderling overleg gepleegd over de best passende code of categorie. Geluidopnames van de interviews bevorderden de betrouwbaarheid en reduceerden de kans op het vergeten of het verloren gaan van gegevens. Directe uitwerking van gegevens verkleinde de mogelijkheid van vertekening. De betrouwbaarheid werd ook vergroot door steeds zo veel mogelijk op dezelfde manier te werk te gaan. Betrouwbaarheid garandeert geen geldigheid: de mate waarin onderzoeksgegevens een juiste afspiegeling vormen van de bestaande werkelijkheid die men onderzoekt.

Om de inter-beoordelaars betrouwbaarheid na te streven werd er in het kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van onderzoekertriangulatie. Onderzoekers hebben elkaars interviews en aantekeningen becommentarieerd om de kwaliteit van de verzamelde data te vergroten. Tijdens de analyse werden de werkwijzen op elkaar afgestemd, zodat de consistentie van het gebruikte coderingssysteem kon worden vergroot ^{2, 38}.

Maatregelen betreffende de validiteit

Validiteit heeft betrekking op het feit of de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren. Dit werd in het onderzoek bevorderd doordat de interviewer tijdens de diverse interviews zo goed mogelijk luisterde naar de respondent en daar waar er verschil in interpretatie kon optreden om verheldering vroeg. Aan het einde van de interviews werd er door de onderzoekers verzocht de gemaakte mondelinge samenvatting

te controleren. Hierdoor konden de onderzoekers natrekken of de belangrijkste gegevens juist geïnterpreteerd werden.

Interne validiteit wordt ook wel opgevat als de mate waarin de methoden en technieken van onderzoek ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen⁵⁵. Manieren die gebruikt zijn om dit te waarborgen zijn: mondelinge reflectie op de rol van de onderzoeker, een vooraf uitgewerkte onderzoeksopzet en member check (controle van de respondenten op de uitgewerkte resultaten).

Externe validiteit doelt op de mate van generaliseerbaarheid of verplaatsbaarheid van onderzoeksconclusies naar andere personen, situaties, verschijnselen en tijdstippen dan die van het onderzoek. Kwalitatieve uitkomsten zijn niet te generaliseren naar de totale populatie. Bij grondig kwalitatief onderzoek, waarbij doorgedaan wordt totdat verzadiging optreedt, kunnen de verkregen inzichten gebruikt worden voor vergelijkbare groepen en situaties. De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van uitgebreide citaten en genuanceerde beschrijvingen ook wel ‘thick description’ genoemd. De data van meerdere respondenten kunnen bijdragen aan deze nuancering. Dit om de resultaten van het onderzoek voor derden inzichtelijk te maken.

2.3 Data verzameling

Hier wordt beschreven hoe de dataverzameling heeft plaatsgevonden.

De respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek werden middels een door de onderzoekers opgestelde brief, geïnformeerd over het doel en opzet van het onderzoek. Bij deze brief was ook een antwoordformulier bijgevoegd voor de respondent. Na retourneren van het antwoordformulier, werd er door de onderzoekers telefonisch contact opgenomen om een afspraak te plannen.

De data is verzameld in de periode januari- maart. De individuele interviews hebben ongeveer een uur in beslag genomen en werden door beide onderzoekers samen afgenomen. Een onderzoeker had de rol van hoofdinterviewer en de andere onderzoeker had als rol om te zorgen dat voldoende diepgang gecreëerd werd. Deze rollen zijn afgewisseld gedurende de interviewperiode.

Het interview had een semi-gestructureerd karakter, waarbij de vragen en antwoorden niet van tevoren vastliggen maar de onderwerpen wel. Er is een topiclijst van het interview gemaakt om niet te sturend te bevragen. Deze topiclijst is opgesteld aan de hand van de onderwerpen die in het interviewconcept aan bod kwamen (zie bijlage). Door tijdens het interview hetgeen de respondent verteld heeft te parafraseren (oftewel samenvatten), werd er nagegaan of het verhaal van de respondent goed begrepen was en zo werd getracht nog meer diepgang te creëren in hetgeen de respondent verteld had. Er zijn ook geluidsopnames gemaakt. In verband met de privacy is iedere respondent vooraf om toestemming gevraagd voor medewerking en daarnaast voor het opnemen van het interview, dit wordt middels een informed consent (schriftelijke verkregen toestemming van een persoon voor deelname aan het onderzoek) gedaan. Hierdoor werd de persoon in kwestie duidelijk ingelicht over het doel, de methode en de procedure.

Na de interviews zijn er onduidelijkheden verhelderd door de desbetreffende respondent telefonisch te benaderen.

2.4 Data- analyse

Bij data-analyse gaat het erom de werkelijkheid terug te brengen tot de voor de beantwoording van de vraagstelling meest relevante aspecten ⁵².

Een kwalitatieve analyse is niet alleen een serie technieken of hulpmiddelen om gegevens te verwerken, bewerken en te ordenen (analyse in engere zin). Het gaat ook om reflectie op de eerder gestelde formulering van onderzoeksvragen, waarnemingsprocedures en ordeningscategorieën (analyse in bredere zin). Het zijn dus hulpmiddelen om het reflectieproces te sturen ⁵².

De interviews zijn vastgelegd met geluidsapparatuur. Na ieder interview werden de verkregen gegevens in een tekstbestand (Microsoft Word) uitgewerkt, met andere woorden een transcript. Een transcript is een letterlijk verslag waarin in spreektaal het interview wordt uitgeschreven. Het interview werd uitgetypt aan de hand van de geluidsopnamen. Op deze manier konden de onderzoekers de antwoorden van patiënten geheel in hun eigen woorden uitwerken. Dit betekent dus dat de kwalitatieve analyse plaatsvond aan de hand van de uitgeschreven versies van de interviews ⁵².

De onderzoekers begonnen met het open coderen van het eerste interview. Er werd gestart met het creëren van zogenoemde segmenten. Dit zijn stukken tekst die hetzelfde onderwerp betreffen. Aan deze segmenten werd een code oftewel trefwoorden in de kantlijn toegekend (open coderen). Vervolgens werden binnen de segmenten de belangrijke citaten belicht. Alle citaten behorend bij dezelfde code zullen worden gegroepeerd^{2, 52}.

Vervolgens zal de kwalitatieve analyse van deze data door onafhankelijke externe data-analisten gecodeerd worden (namelijk interne begeleidster Yolande Nelissen- de Vos en externe begeleider Albère Köke). Indien het nodig is zal aan de hand van de bevindingen de interviewvragen worden aangescherpt.

Bij de complete uitwerking van het tweede interview werd er opnieuw open gecodeerd en konden de onderzoekers ook nieuwe codes toekennen waardoor de toepasbaarheid van de bestaande codes getoetst werd. Dit leidt dus tot aanscherping en herformulering van codes, ook zullen nieuwe codes ontstaan.

Toen de analyse zicht gaf op belangrijke abstracte ordeningscategorieën, werden de codes per categorie geordend. Deze categorieën vormden later het basismateriaal voor de vergelijkende analyse (axial coding)⁵². De open methodologie van kwalitatief onderzoek houdt in principe in dat men niet op de voorhand kan zeggen hoeveel mensen men gaat interviewen, omdat er dan een onnodige fixatie plaatsvindt op aantallen.

Er is in eerste instantie gekozen geworden voor negen individuele gesprekken. Indien er opgemerkt werd dat ieder interview nieuwe inzichten gaf werden er extra interviews gepland, totdat verzadiging optrad.

Het totale overzicht van de resultaten van dit onderzoek wordt in het volgende hoofdstuk weergegeven.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit de interviews ^{III}.

3.1 Kenmerken respondenten

In het revalidatiecentrum te Hoensbroek werden er door de onderzoekers negen mensen individueel geïnterviewd. Gegevens van de deze respondenten zijn hieronder overzichtelijk uiteengezet.

Tabel 2: Kenmerken respondenten bij aanvang revalidatie

Respondent	Sekse	Leeftijd	Partner	Kinderen	Arbeid	Opleiding	Klacht sinds
1 *	m	27	j	0	nee	Geen	2005
2	m	58	j	3	ja	MAVO	1999
3	m	47	nee	6	ja	HBO	1990
4	v	42	j	0	nee	MBO	1987
5	v	48	j	0	nee	MBO	1983
6	v	44	j	0	nee	MAVO	Onbekend
7	v	54	j	3	nee	MAVO	1984
8	m	55	j	2	nee	LBO	2005
9 *	v	46	j	3	nee	LBO	1993

Er werden vier mannen en vijf vrouwen geïnterviewd. Er was diversiteit ten aanzien van een aantal persoonskenmerken. De leeftijd van de respondenten varieert bijvoorbeeld tussen de 27 en de 58 jaar. De tijdsduur tussen het optreden van de klachten en het heden ligt tussen de 4 en 26 jaar. In opleidingsniveau was er ook een diversiteit zichtbaar. Enkele respondenten hebben een opleiding in het lager, middelbaar, of hoger beroepsonderwijs afgerond. Drie respondenten hebben het middelbaar algemeen voortgezet onderwijs gevolgd. Daarnaast was er één respondent die het voortgezet onderwijs niet afgerond heeft. Twee respondenten hadden ten tijde van de start van de revalidatie een betaalde baan. Met uitzondering van één respondent hadden alle respondenten een partner. Zoals genoemd waren bij de interviews de respondent en de twee onderzoekers aanwezig, waarbij de een de rol had van interviewer en de ander van observator. Gemiddeld duurde elk interview 60 minuten.

^I Letterlijke uitwerkingen van de interviews kunnen bij de auteurs opgevraagd worden.

^{II}

* Respondenten 1 en 9 hebben in tegenstelling tot de andere respondenten het groepsprogramma gevolgd.

Bij aanvang van de observatieperiode in het Hoensbroeck Revalidatiecentrum worden er vragenlijsten afgenomen, om patiëntenkenmerken in kaart te brengen. Deze worden hier weergegeven om de besproken patiëntengroep toe te lichten. De gebruikte vragenlijsten zijn:

Pijn: gemiddelde pijn in de afgelopen week, volgens de VAS schaal (0-100)

PCS: Pijn Catastrofen Schaal (0-52) ^{III}

TSK: Tampa schaal Kinesiofobie (17-68) ^{IV}

BDI: Beck Depression Inventory (0-52) ^V

HADS- A: Hospital Anxiety Depression Score (Angst) (0-21) ^{VI}

Tabel 3: Overzicht scores op VAS, PCS, TSK, BDI, HADS-A

Respondent	Pijn	PCS	TSK	BDI	HADS
1	70.0	30.0	44.0	28.0	13.0
2	75.0	41.0	44.0	31.0	13.0
3	70.0	6.0	22.0	4.0	3.0
4	70.0	15.0	26.0	4.0	5.0
5	60.0	32.0	36.0	24.0	10.0
6	50.0	25.0	38.0	24.0	11.0
7	90.0	44.0	45.0	29.0	16.0
8	70.0	35.0	52.0	6.0	9.0
9	65.0	22.0	39.0	10.0	9.0

De respondenten zijn een heterogene groep. De groep is divers op de door de vragenlijsten onderzochte gebieden (pijn, catastrofen, bewegingsvrees, depressie en angst).

Wat opvalt is dat de meeste respondenten 70 of hoger scoren aan de pijn die ze de afgelopen week hebben gehad. Dit betekent de zwaarste categorie. Toen de patiënten aan het begin van de observatieperiode moesten aangeven wat de gemiddelde pijn in de afgelopen week was, konden de meeste in de zwaarste categorie worden ingedeeld.

Wat opvalt is dat de meeste respondenten binnen de zwaarste categorie op de vragenlijst 'Pijn', 70 of hoger scoren. Dit betekent dat ze in de zwaarste categorie behoren van pijn die ze in de afgelopen week ervaren hebben.

^{III} PCS: >22 is catastrofen

^{IV} TSK: > 39 is bewegingsvrees

^V BDI: > 21 is grote kans op depressie

^{VI} HADS-A: > 9 is kans op angststoornis

Onderstaande tabel geeft de resultaten van de RAND36 (kwaliteit van leven) bij diverse subschalen. Hoe hoger de score hoe beter de kwaliteit van leven (0-100).

Tabel 4: Overzicht scores RAND36^{VII}

Respondent	FF	SF	RPF	RPE	MG	VI	Pijn	AG
1	40.0	37.5	0.0	33.3	40.0	15.0	22.4	30.0
2	45.0	37.5	0.0	0.0	24.0	15.0	34.6	35.0
3	40.0	-	50.0	100.0	80.0	50.0	22.4	-
4	40.0	50.0	0.0	100.0	72.0	30.0	22.4	45.0
5	20.0	37.5	0.0	66.6	64.0	40.0	22.4	50.0
6	20.0	50.0	0.0	100.0	80.0	10.0	44.8	30.0
7	15.0	12.5	0.0	0.0	36.0	20.0	0.0	20.0
8	50.0	87.5	25.0	33.3	68.0	45.0	44.8	35.0
9	10.0	50.0	50.0	66.6	60.0	45.0	32.6	55.0

De bovenstaande tabellen waarin de kenmerken van de respondenten beschreven worden zullen in het hoofdstuk discussie vergeleken worden met het overzicht van kenmerken van patiënten van het pijnrevalidatieprogramma in Hoensbroeck over het jaar 2007-2008.

3.2 Resultaten interviews

In deze paragraaf komen de resultaten van de interviews aan bod. Aan de uitspraken van de respondenten in de diverse interviews zijn diverse codes toegekend. Deze codes zijn onderverdeeld in de volgende clusters: behandelinhoud, patiëntenbejegening, organisatie van het pijnrevalidatieprogramma, tevredenheid en waardevolle elementen revalidatie.

^{VII} Deze vragen betreffen het ervaren van de verschillende onderwerpen gedurende de afgelopen vier weken door de respondent. FF staat voor het fysiek functioneren. SF staat voor het sociaal functioneren. RPF beschrijft de rolbeperkingen door het fysiek probleem. RPE beschrijft de rolbeperkingen door het emotionele probleem. MG staat voor mentale gezondheid en beschrijft gevoelens van depressie en nervositeit. VI beschrijft vitaliteit oftewel gevoelens van energie en vermoeidheid. Pijn gaat over de ervaren pijn. AG meet de subjectieve evaluatie van de algemene gezondheidstoestand.

3.2.1 Behandelinhoud

Deze paragraaf beschrijft diverse factoren die betrekking hebben op inhoudelijke elementen uit de behandeling volgens de respondenten. Er wordt beschreven wat de bijdrage van deze factoren aan het eindresultaat zijn. De onderwerpen die aan bod zullen komen zijn:

Inzicht, psychomotore-therapie, structuur middels dagindeling, exposure, fysieke activiteiten, lotgenotencontact, betrekken omgeving, verantwoordelijkheid en relevante behandelfactoren voor behoud succes.

Observatieperiode

Door de respondenten wordt expliciet de observatieperiode aangegeven als positieve factor in het pijnrevalidatieprogramma.

- Inzicht

De observatieperiode zorgt voor een goed gevoel, omdat men een duidelijk beeld van het behandelprogramma met betrekking tot inhoud en doelstellingen krijgt (2,3,9)^{VIII}. De respondenten geven over het algemeen aan dat door de observatieperiode er een inzicht in het pijnprobleem wordt gecreëerd.

Respondenten benoemen expliciet de pijnlessen in de observatieperiode dat daar hun probleem duidelijk werd (2,5,8). Eén respondent vertelt namelijk dat hij in de observatieperiode zag wat hij verkeerd deed in zijn leven (altijd maar doorgaan) en dat hem duidelijk werd waaraan gewerkt zou moeten gaan worden (2). Een andere respondente vertelt dat ze door de pijnlessen ontdekte dat haar functioneren te vergelijken was met een spiraal en dat ze dus op lange termijn steeds minder actief geworden was (5).

In één interview komt heel duidelijk naar voren hoe de respondent de observatieperiode ervaren heeft. De respondent geeft aan na twee weken begon in te zien dat het nut had (8).

R: "Door de gesprekken, wat je op een gegeven moment kreeg met maatschappelijk werker en psycholoog. Er zat toch een brok van pijn in je omdat je al zoveel jaren ermee loopt en dat probeer je te verbergen voor de maatschappij. Ja, 2 rug operaties, waarvan er 1 mislukt. En dan liep je maar mee rond. En na die 2 weken kwam er een lichtelijk verbetering door die therapie en de fitness wat je kreeg. En de gesprekken uiteraard.

I: Waarin merkte je die verbetering?

^{VIII} In de tekst van dit hoofdstuk wordt tussen haakjes aangegeven voor welke respondenten weergegeven resultaten gelden. Ter ondersteuning van de resultaten zijn citaten uit de interviews in de tekst opgenomen, welke soms met het oog op de leesbaarheid zijn geredigeerd. Namen en plaatsnamen zijn weggelaten om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Achter citaten wordt tussen haakjes vermeld welke respondent desbetreffende uitspraak gedaan heeft (R1 is respondent 1)

R: Ja, het is net of je een tas af doet. Een verlichting kreeg je op een gegeven moment. Je begon alles beter in te zien. Het ging veel makkelijker allemaal(...) merkte je door die gesprekken dat belangrijke pijn dingen bij je los kwamen door die maatschappelijke werker of die psycholoog met je begon te praten.

R: (...) Mijn pijnklachten gaan niet weg (...) Kijk dat hebben ze ook gezegd toen ik binnenkwam. Van de pijn helpen ze je niet af. Dat was een duidelijke afspraak. (...) Ik vond de gesprekken fijn, over pijn. Dat dat los kwam, ik liep er al jaren mee. Je ging er mee naar bed en je stond ermee op. Ik praatte er wel eens over met mijn vrouw. Maar die kan me ook niet helpen van de pijn helpen ze je niet af (...)

I: Wat waren dat voor een gesprekken?

R: Een paar gesprekken, ja hoe je met die pijn omging, hoe je dat ging oplossen. (R8)

Een aantal respondenten geeft aan dat ze al vooruitgang geboekt hebben na de observatieperiode (5,8,9). Met vooruitgang wordt een verbeterd inzicht in eigen probleem bedoeld.

R: " Ik ben hier gewoon naar toe gekomen van ik kijk wel wat ik hier tegenkom en die 3 weken hebben me al een beter inzicht gegeven in de situatie van waar mijn knelpunten zaten." (R9)

- Fysiek

Eén respondente geeft aan op welk gebied zij tijdens de observatieperiode vooruitging:

R: "Voor de observatie had ik zoiets van ja dat blijft zo totdat ik natuurlijk hier weer in aanraking kwam voor de behandeling. Maar in die 3 weken ben ik al zoveel vooruitgegaan. Toen kon ik alweer lopen, veel verder lopen, wel nog mét iemand daarbij, alleen niet want alleen durfde ik niet te lopen..." (R5)

Concluderend kan gezegd worden dat de observatieperiode een belangrijk onderdeel is voor het bereiken van het eindresultaat. Respondenten geven aan dat ze tijdens deze periode inzicht hebben gekregen in het pijnprobleem, de lange termijneffecten en waar aan gewerkt zal worden tijdens de behandelperiode. Daarnaast wordt aangegeven dat in de observatie een fysieke vooruitgang geboekt wordt.

Structuur middels dagindeling

Respondenten geven aan dat de aangeleerde structuur een belangrijk onderdeel is voor het behalen van het eindresultaat (3,4,5,6,8). Eén respondent geeft aan dat hij meteen na de observatieperiode (in de tussenliggende periode) een weekplanning is gaan maken (3).

Tijdens de observatie had deze respondent ervaren dat dit een goede manier was om bewust met zijn energieverdeling om te gaan en de structuur wilde vasthouden (3).

Eén respondent geeft aan dat hij geleerd heeft dat het fijn is om bewust rustpauzes in te lassen en met een ding tegelijk bezig te zijn (4,8). Sommige respondenten geven aan dat ze nog moeite hebben met het implementeren van hun 'nieuwe' dagstructuur, omdat ze thuis toch doorgaan en de kracht niet kunnen verdelen (5,6). Voor één respondent is de planning van de

dag de belangrijkste factor waardoor de energieverdeling staat of valt, maar doordat het een automatisme is, is het moeilijk om het aan te passen. (6)

R: "Dat indelen van de dag. De kracht heb ik wel. Maar doordat ik mijn dag niet goed indeel kan ik de kracht niet goed verdelen. Ik heb nog niet alles onder controle. Ik begrijp dat ik op al die fronten nog een stuk verder kom (...) Dat is voor mij een hele grote factor waardoor het of mis gaat of goed gaat. Maar dat heb ik nog niet helemaal hier (wijst op hoofd)." (R6)

Eén van de respondenten geeft aan dat ze meer vast blijft houden aan haar planning op het moment dat deze zou kunnen worden verstoord (4).

Samenvattend vinden de respondenten de aangeleerde structuur een belangrijke factor die op een positieve wijze voor het huidige resultaat gezorgd heeft. Daarbij moet wel vermeld worden dat meerdere respondenten aan het einde van hun behandelperiode of zelfs na afsluiten van de behandeling nog moeite hebben met het toepassen van de 'nieuwe' dagstructuur.

Graded Exposure

Twee respondenten geven tijdens hun interviews aan dat ze exposure-therapie gehad hebben (5,8). Ze geven beiden aan dat ze hierdoor heel goed zijn vooruit gegaan. Door het inzicht in het pijnprobleem, de positieve benadering en het vertrouwen die de behandelaars er iedere keer aan gaven durfde de patiënt de activiteiten weer uit te voeren, die ze normaal niet meer deed (5). Het was belangrijk voor de respondente dat ze wist dat ze door de beweging niks kapot maakte en ook niet meer zo 'voorzichtig' hoefde te zijn zoals ze dat was voor de behandeling (5).

R: "Ik had een bewegingsangst. Daar heeft de fysiotherapeut voor gezorgd. Hoe heet dat ook alweer... Exposure? Heb ik allemaal moeten doen. En na een paar weken kon ik dat allemaal tillen. Ik kon mijn handen weer in de lucht doen. Toen merkte ik dat ik vooruit was aan het gaan..." (R8)

Samenvattend kan gezegd worden dat voor deze respondenten Graded Exposure een belangrijk onderdeel was voor de behandeling. Het inzicht dat bij het bewegen niets kapot gemaakt zou worden, maar ook de positieve benadering door de behandelaars zorgde ervoor dat dit onderdeel een positief effect had op het behandelresultaat.

Fysieke activiteiten

Meerdere respondenten benoemen de sportgroep als een belangrijke factor voor het bereiken van het behandelresultaat (1,3,5,8,9). Er worden diverse redenen genoemd waarom het sporten zo goed was; je bent na zoveel tijd toch vastgeroest (1), je lichaam iets meer conditie geeft (1), gewoon lekker ontspannen, was een leuke afwisseling (3), grenzen bepalen (2,8,9)

Eén respondente geeft aan dat ze door het gezamenlijk sporten geleerd heeft aan te geven wat ze wel en niet kon en benoemde ook dat ze elkaar konden ondersteunen en dat dit kracht gaf (5,9).

I: U gaf aan sporten had wel, op het eind, na het eind toe meer mogen zijn (...). Is dat ook een specifieke factor wat voor u heeft bijgedragen aan het resultaat?

R: Sporten, bedoel ik voornamelijk het gezamenlijk sporten, niet het gewoon hier op de apparatuur, maar gewoon het gezamenlijk, het zwemmen en dingen, dat bracht veel meer.

I: Hoezo bracht dat veel meer?

R: Omdat je toch weer samen bent. Hè? Ik weet waar mijn grenzen liggen zeg maar bij het sporten. Als het mij teveel werd dan stop je effe en dat deed eigenlijk iedereen. Maar ehh, dan bouw je onbewust meer op als dat je alleen bezig bent. Het is, de gezelligheid maakt het dan ook leuker. En door middel van, als je iets doet wat leuk is dan gaat dat ook veel beter. En dat is met alle dingen zo, alles wat leuk is dat ehh, dat heb je veel minder last overal van als dat het niet leuk is. (R9)

Meerdere respondenten geven aan dat gezamenlijk sporten oftewel sportgroep meer in het programma aan bod had mogen komen (1,3,8,9)

Respondenten geven ook het fitnessprogramma (gebaseerd op Graded Activity) aan als meerwaarde in het resultaat (1,3,8). Het geleidelijk opbouwen is hierin de positieve factor (3) Samenvattend kan gezegd worden dat de fysieke activiteiten die in het behandelprogramma voorkomen, door meerdere respondenten als positieve factor voor het behalen van het eindresultaat benoemd wordt.

Lotgenotencontact

De respondenten geven aan dat het lotgenotencontact een positieve bijdrage geleverd heeft aan het resultaat (1,4,5,8,9). Eén respondent vond het fijn om zichzelf te vergelijken met andere patiënten, maar zou geen ander resultaat bereikt hebben bij ontbreken van het lotgenotencontact (2).

Er worden een aantal positieve eigenschappen van lotgenotencontact door de respondenten benoemd namelijk: hun ervaren hetzelfde (4,5) begrip van de lotgenoten onderling (4,5,8), ervaringen uitwisselen waardoor ze veel van elkaar geleerd hebben (1,5,8,9), lotgenotencontact schept een band (5,9), haalt er moed uit (8). Daarnaast geeft een respondent het volgende aan:

R: " Het feit dat ze er zijn, en dat je de mogelijkheid hebt om, erover te praten zonder dat je het gevoel hebt dat het meteen wordt vastgelegd. Kijk bij een behandelaar weet je gewoon alles wordt vastgelegd. Alles wordt gerapporteerd. Terwijl als je met een lotgenoot praat, kan je jezelf even uitspuien. En het is iets minder genuanceerd. Eens een keer gewoon ergens over praten."(R4)

Eén respondent geeft aan dat het lotgenotencontact niet heeft bijgedragen aan het resultaat. Hij zou zonder dit contact hetzelfde resultaat bereikt hebben omdat hij zich niets aantrekt van

wat anderen zeggen of vinden. Hij geeft wel aan leuke mensen te hebben ontmoet en de meerwaarde was dat de avonden minder saai waren (3).

Over het algemeen zien de onderzoekers dat meerdere respondenten het lotgenotencontact als prettig ervaren, echter door sommige wordt aangegeven dat ze blij zijn dat ze een individueel programma gevolgd hebben (7,8).

R: "Ik wilde niet in een groep zitten."

I: "Hoezo wilde u niet in een groep?"

R: "Ja dan moet je alles hetzelfde doen. En zo een persoon ben ik niet. Ik hou van zelf mijn programma afwerken zo goed mogelijk. En dan klaar. En in het groepje moet je weer met die rekening houden en met die rekening houden." (R8)

Twee respondenten hebben het zogenoemd groepsprogramma gevolgd (1,9). Hoewel beiden het groepsprogramma als positief ervaren hebben en het revalideren in groepsverband ook als positieve factor zagen voor het bereiken van het eindresultaat geven beiden aan dat er irritaties waren vanwege een persoon die niet zo goed in de groep functioneerde. Volgens een respondent (1) had dit wel invloed op het groepsproces omdat hij het idee had dat er misschien andere belangrijke zaken zijn blijven liggen doordat de 'storende factor' zoveel aandacht naar zich toe trok. Deze respondent zou achteraf wel liever een individueel programma gevolgd hebben. Dit omdat hij het idee heeft dat in een individueel programma meer aandacht besteed zou zijn aan zijn persoonlijke doelstelling (arbeid).

Samenvattend kan gezegd worden dat meerdere respondenten het lotgenotencontact als een positieve bijdrage zien in de behandeling. Ook het revalideren in een groep wordt als positief ervaren. Wel is het zo dat één respondent vindt dat doordat hij in een groep revalideerde, te weinig aandacht is besteed aan persoonlijke vraagstukken en hij dus niet zijn doelstelling bereikt heeft.

Betrekken omgeving

De respondenten geven aan dat het betrekken van de partner bij de revalidatie belangrijk was (1,5,6,8). Eén respondent uit het groepsprogramma geeft aan wat het betrekken van de partner tijdens de revalidatie voor hem betekende (1)

R: "...Dus, psycho-sociale module bevat sommige elementen (...)."

I: "Wat bijvoorbeeld uit de psycho-motore therapie?"

R: "(...) De partnermodule was toch wel vrij belangrijk. En dat je dan leert hoe iemand met een bepaalde situatie omgaat. Hoe je dat anders zou kunnen doen of wat je juist niet moet doen. En de rest, komt het zich eigenlijk allemaal wel weer neer, of hoe er anders mee omgaan, anders denken." (R1)

De gesprekken met de partner worden als prettig ervaren door de respondenten (5,6,8).

Daarnaast benoemen de respondenten de meeloopdag (5,8):

I: "Wat heeft dat voor u voor een meerwaarde gehad in het bereiken van het resultaat?"

R: "Ja, je bent toch met je partner. En die wil ook wel eens horen wat je per dag doet... een meeloopdag gehad, 2 weken geleden. En dat vond ze geweldig. Ze zei: "het is echt een zware dag... van daarheen naar daarheen"... als ik thuis kom, een uur of 5, als ik dan gegeten heb dan slaap ik een uurtje. Zo moe ben je dan....nu begreep ze het zeker...heeft er altijd al begrip voor gehad." (R8)

Ook de rest van de omgeving speelt een belangrijke rol in het bereiken van het behandelresultaat volgens de respondenten (5,6,9). De steun vanuit de omgeving werd door een respondent als zeer belangrijk ervaren (5,6).

Eén respondent geeft aan dat ze geleerd heeft zich minder aan te trekken van wat anderen denken en dat ze nu vindt dat de buitenwereld haar moet accepteren zoals ze nu is (9).

R: "Ik zit lekker in mijn vel en als ik het ergens niet mee eens ben dan zal ik het dit keer ook zeggen. Ik ben behoorlijk assertief geworden. Dus ik geef het heel duidelijk aan. Terwijl ik eerst misschien nog wel eens dacht van: ohh, zeg dat nou maar niet, dan stoot ik iemand voor het hoofd." (R9)

Er kan geconcludeerd worden dat de steun en het begrip vanuit de omgeving voor de respondenten erg belangrijk is. Het betrekken van de omgeving in de behandeling wordt door de respondenten als belangrijke factor voor het bereiken van het eindresultaat benoemd.

Verantwoordelijkheid

Meerdere respondenten geven het belang aan van eigen inbreng, meebeslissen, eigen keuzes (6,8) kortom eigen verantwoordelijkheid tijdens behandeling (2,4,5,9). Een andere respondent geeft aan het gevoel te hebben dat hij niet voldoende heeft kunnen meebeslissen (1) aangezien aan zijn vraagstukken geen aandacht is besteed, waardoor zijn eindresultaat uiteindelijk minder is dan wat hij graag gewild en of verwacht had. De respondenten is gevraagd in hoeverre zij hun eigen inbreng in het resultaat inschatten. De meeste respondenten schatten dit op 70% of hoger (1,2,3,4,6,7,8,9). Ze geven ook aan dat ze dit als positief ervaren hebben (1,2,3,4,6,7,8,9). Respondenten geven aan dat verantwoordelijkheid nemen belangrijk is, om ook na de behandeling het behaalde resultaat te behouden en niet terug te vallen in het oude patroon.

I: "Hoe groot schat u uw eigen bijdrage in, in het realiseren van het resultaat?"

R: "Groot. Zonder mijn eigen inzet was het er niet gekomen (...) 90% wel. Therapeuten kunnen je wel pushen maar jij bent degene die het moet doen..." (R4)

Samenvattend kan gezegd worden dat de respondenten een eigen verantwoordelijkheid in de behandeling als prettig ervaren en ook het belang hiervan inzien. Eigen inbreng met betrekking tot resultaat wordt door de meeste respondenten geschat op 70% of hoger. Eén respondent is niet tevreden over zijn mate van meebeslissen tijdens de behandeling.

Relevante behandelfactoren voor behoud succes

De meeste respondenten zijn bewust bezig met het behoud van resultaat. Deze respondenten spreken voornamelijk over het fysiek behaalde resultaat (1,2,3,4,5,6,8,9). Enkele respondenten benoemen specifiek ‘fitness’ als middel om hun fysieke conditie op peil te houden (2,6,8). Sporten zoals badminton (1,3,5) en hardlopen (3,5) worden door de respondenten benoemd. Er zijn respondenten die expliciet benoemen dat ze hun huidig fysiek niveau nog uit willen breiden (3,4,9)

I: Hoe denkt u over het behouden van het resultaat op de langere termijn?

R: Nou ik hoop eigenlijk dat mijn resultaat nog meer verbeterd op langere termijn. Het feit dat ik lichamelijk ook nog wat erbij moet doen en psychisch is dat die handvaten wat ik hier heb gekregen ook gebruiken hè. (R4)

Eén respondent benoemt naast het fysieke resultaat ook het positief om blijven gaan met de pijn (1).

R: "Door er positief mee om te blijven gaan. Als het een slechte dag is of dat je veel pijn hebt, je daar niet mee uit het veld te laten slaan." (R1)

Eén respondent zegt verder te willen gaan met hetgeen hij hier geleerd heeft m.b.t. zijn karakter. Het karakter van deze respondent is door de pijn veranderd, hij was opvliegend, niet te genieten, had veel slechte zin en heel veel depressies. Hij heeft geleerd meer naar zijn omgeving te luisteren en als hij merkt dat hij boos het helpt om zich even terug te trekken (2). Voor een respondente is het belangrijk voor het behoud van het huidige resultaat om onder de mensen te blijven, dit wil zij bereiken door het uitvoeren van vrijwilligerswerk of door te participeren in een vereniging (6).

Meerdere respondenten benoemen dat zij het moeilijk vinden om met alles wat ze geleerd hebben door te gaan, omdat ze het na de behandeling alleen moeten gaan doen en Hoensbroeck een ‘veilige omgeving’ voor hun is. In de ‘buitenwereld’ verwachten ze dat ze met tegenvallers te maken krijgen (4,6). Eén respondent benoemt dat terugkomdagen belangrijk zijn voor het behoud van het huidige resultaat (1).

Geconcludeerd kan worden dat behoud van resultaat een belangrijk item is waar in het programma ook aandacht aan besteed wordt aangezien in de meeste interviews naar voren is gekomen dat de respondenten er bewust mee bezig zijn. Respondenten geven, als het gaat over behoud van resultaat, vooral voorbeelden van behoud van fysiek resultaat. Daarnaast komt naar voren dat een aantal respondenten verwacht dat ze met tegenvallers te maken krijgen bij het implementeren van hetgeen ze geleerd hebben, tijdens het dagelijks leven.

3.2.2 Patiëntenbejegening

In deze paragraaf worden belangrijke factoren genoemd die betrekking hebben op de patiëntenbejegening tijdens de behandeling volgens de respondenten. Er wordt beschreven welke bijdrage de factoren aan het eindresultaat leveren. De onderwerpen die aan bod zullen komen zijn; deskundigheid, serieus genomen, klik, bejegening niet-directe behandelaars.

Deskundigheid

De deskundigheid van het team wordt door respondenten als belangrijk benoemd, zodanig dat het zorgt voor een beter eindresultaat (1,2,4,8). Eén respondent geeft zelfs aan dat de deskundigheid de grootste rol heeft gespeeld in het bereiken van het resultaat (2).

R: "... Ik heb van allen een hele hoge pet op (...) over het algemeen is het de deskundigheid die wat de grootste rol heeft gespeeld." (R2)

De onderzoekers hebben gemerkt dat de respondenten er vanuit gaan dat het team deskundig is en dat ze het lastig vinden dit onder woorden te brengen. De volgende respondenten geven bij doorvragen het volgende aan: een respondent geeft aan het gevoel te hebben gehad dat het team deskundig was, omdat ze volgens hem weten waarover ze spreken (1). Eén andere respondent geeft aan dat dingen waar je zelf geen weet van hebt, ze je daar attent op maken (4).

Deskundigheid van het team is volgens de respondenten een belangrijk, maar tevens onlosmakelijk iets. Er wordt door de respondenten aangenomen dat behandelaars deskundig zijn.

Serieus genomen

Over het algemeen geven de respondenten aan dat het belangrijk is dat ze serieus genomen worden (1,2,3,4,5,6,7).

De verschillende redenen die respondenten noemen waaraan ze merken dat ze serieus genomen worden zijn: er wordt goed naar je gekeken (5) geluisterd (5,7), actie ondernomen (7) en behandelaars denken mee en stimuleren je(5).

Als je serieus genomen wordt, dan voel je je goed (5).

Eén respondent geeft aan waarom het voor hem zo fijn was dat hij zich serieus genomen voelde (3):

R: "Ik voelde me heel erg serieus gevonden. Dat is ook een van de redenen waarom ik op een gegeven moment dacht ik van ik voel me begrepen. En dat is gewoon heel belangrijk voor een persoon die jarenlang onderzoeken heeft gehad. En waar allemaal negatieve respons op zijn gekomen (...) je hebt niks of we kunnen niks vinden. Je moet er maar mee leren leven (...). Hier waren ze gewoon duidelijk. (R3)

Eén respondent geeft aan dat het gevoel van serieus genomen worden belangrijk is, omdat ze anders dichtklapt. Dat ze in Hoensbroeck serieus genomen is maar dat dit in de buitenwereld anders is (6).

Samenvattend kan gezegd worden dat serieus genomen worden door meerdere respondenten benoemd wordt als belangrijke factor voor het behandelresultaat.

Klik

In de meeste interviews is naar voren gekomen dat de aanwezigheid van een zogenoemde 'klik' met behandelaars van invloed is op het resultaat.

Respondenten geven aan dat bij het ontbreken van de 'klik' er een minder goed resultaat bereikt zou zijn (3,4,5,7)

R: "Ik denk dat als het met een behandelaar niet echt klikt dan zou ik dat aankaarten. Ik zou niet met iemand een behandelperiode willen doormaken bij wie ik zoiets had van; mijn god wat ik daar nu tegenover mij zitten, want dan kan ik toch niet mezelf blootgeven, waar ik zelf moeite mee heb als er geen klik is." (R4)

De respondenten vinden het moeilijk om aan te geven wat het maakt dat die 'klik' aanwezig is. Eén respondent kan wel benoemen dat het een intuïtief iets is (3):

I: "Wat in de persoon maakt het dat de klik er was?..."

R: "... gewoon een intuïtief iets. Ik mag je of ik mag je niet!" (R3)

De 'klik' wordt niet in alle interviews als zodanig benoemd. Zo worden ook andere termen gebruikt die patiënten belangrijk vinden in de benadering zoals: prettig in de omgang (1), sympathie (2), goed gevoel (5,9) en vertrouwen (5).

Eén respondent geeft aan dat het ook belangrijk is dat je complimenten krijgt van andere behandelaars uit het team Pijn die niet direct betrokken zijn bij de behandeling. (4)

R: "... een van de fysiotherapeuten heeft me op een gegeven moment apart genomen, een die niet mijn behandelaar was, en ze zei ik wil je een compliment maken. Je bent zo veranderd ten opzichte van de observatie periode en ik zie gewoon wat je gegroeid bent. Dat heeft me gewoon heel goed gedaan. Dat ze buiten dat ze mijn behandelaar was mij een compliment gaf." (R4)

Door één respondent wordt er een link gelegd tussen het feit dat behandelaars naar je luisteren, en de 'klik'.

R: "... Er wordt in Hoensbroeck naar je geluisterd, dit is ook een reden waarom het klikt met mensen. Als er naar je geluisterd wordt en daarop een logische reactie volgt. Daarbij is het belangrijk dat de ander begrip toont, en eerlijkheid en openheid toont." (R3)

Volgens één respondente was er een klik met haar behandelaar, omdat deze lief en heel sociaal was, het was een soort van tweede ouder (7).

Eén respondent geeft aan dat de klik niet direct belangrijk is voor het resultaat. De respondent geeft aan dat je het toch zelf moet doen (9).

Het blijkt dat een klik voor meerdere respondenten belangrijk is voor het bereiken van het eindresultaat. Het wordt omschreven als een intuïtief iets. De klik staat echter ook in verbinding met serieus genomen worden. Op het moment dat iemand je niet serieus neemt zal er ook geen klik met de desbetreffende persoon optreden. Je serieus genomen voelen is eigenlijk een voorwaarde voor de aanwezigheid van een klik.

3.2.3 Organisatie pijnrevalidatieprogramma

In deze paragraaf worden belangrijke factoren met hun relatie tot het eindresultaat besproken die betrekking hebben op de organisatie van het pijnrevalidatieprogramma.

De volgende onderwerpen komen aan bod: tussenliggende periode, planning en duur revalidatie.

Tussenliggende periode

De tussenliggende periode (de periode tussen de observatie en de behandeling) vinden verschillende respondenten over het algemeen lang duren. (5,8,9). Volgens één respondent had het niet direct een negatief effect op het behandelresultaat. Echter als de tussenliggende periode korter geweest was, had ze beter kunnen instromen in de behandeling en waren er wellicht eerder resultaten merkbaar (9)

R: "Die tussenperiode is volgens mij ongeveer 3 maanden geweest (...) Ik kon écht niet stilzitten. Ik had zoiets van dat beetje wat ik nu gewonnen heb wilde ik vasthouden (...) Heel snel geneigd om weer in het oude patroon terug te vallen (...) Ik vond hem lang. Want op een gegeven moment als je die 3 weken gehad hebt, dat je een beetje tussenperiode hebt, om d'r aan het idee te wennen en de erkenning te krijgen oké, maar die 3 maanden vond ik veel te lang. Zeg maar als er een paar weken tussen gezeten had oké." (R9)

Concluderend kan gezegd worden dat meerdere respondenten de tussenliggende periode (tussen observatie en behandeling) te lang vinden. Het heeft niet direct een negatieve invloed

op het eindresultaat, maar om de revalidatie beter te laten verlopen is het volgens de respondenten belangrijk om deze periode zo kort mogelijk te houden.

Planning

Respondenten geven aan dat tussen de verschillende behandelonderdelen te weinig afwisseling zat. Vaak waren er teveel behandelonderdelen achter elkaar gepland waarbij gepraat werd (1,4).

R: "Praten is wel belangrijk, maar teveel achter elkaar, dan ga je alles door elkaar gooien. En weet je op een gegeven moment niet meer waar wat bij hoort en loopt alles door elkaar heen." (R1)

Daarnaast werd er aangegeven dat er vaak veel tijd tussen de diverse behandelingen zat (2,8). Wel zag een respondent er ook een voordeel bij, aangezien hij zo gedwongen werd meer rustmomenten in te lassen (8).

Samenvattend kan gezegd worden dat de planning niet altijd optimaal was tijdens het revalidatieprogramma van diverse respondenten. De respondenten hebben hier over het algemeen ook wel begrip voor. Ze geven wel aan dat er meer rekening gehouden moet worden met de volgorde van onderdelen op een dag, aangezien in de planning soms teveel gesprekken achter elkaar gepland staan, waardoor alles door elkaar gehaald wordt en respondenten soms niet geconcentreerd genoeg kunnen deelnemen aan de revalidatie.

Duur revalidatieprogramma

Meerdere respondenten geven aan dat de duur van de behandeling te kort is geweest, omdat de doelen niet, of maar gedeeltelijk, behaald zijn (1,2,5,6,7). Een respondent geeft aan dat de behandeling te kort was, omdat er geen aandacht is besteed aan een voor hem belangrijk onderwerp (1).

R: "Ik verwachtte zelf veel meer ondersteuning op het gebied van arbeid en arbeidshoudingen. Dat hadden ze ook in de observatieperiode beloofd maar daar zijn ze helemaal niet meer op teruggekomen, is ook geen aandacht meer aan besteed. Heb ik in, vanaf de eerste weken aangegeven. Is eigenlijk niks meer mee gedaan geworden. En de ondersteuning werd pas in de laatste 2 weken door maatschappelijk werk opgepakt en dat was één gesprekje en daar was het ook mee afgelopen". (R1)

Een respondente geeft aan dat ze tevreden is met het huidige resultaat en dat ze nog een paar weken te gaan heeft. Ze hoopt wel er fysiek nog wat sterker uit te komen (6). Een respondent geeft aan dat een mens niet op tijd van 3 maanden verandert (2). De respondent geeft aan door problemen in privésfeer een flinke terugval te hebben gehad in het tot dan toe bereikte resultaat, echter de onderzoekers zijn niet te weten gekomen wat het tot dan toe bereikte

resultaat was en wat daarbij de nog niet bereikte doelen waren. Eén respondente gaf aan dat het eigenlijke programma te kort voor haar was, maar door verlenging, de duur van het programma uiteindelijk goed was, aangezien ze uiteindelijk al haar doelen behaald heeft (lopen, fietsen, op kindjes passen) (5).

Een aantal respondenten hebben benoemd dat ze verlenging of aanpassing van het programma gehad hebben, omdat het team vond dat ze nog niet klaar voor de thuissituatie waren (5,7). De respondenten waren het hiermee eens en geven ook beiden aan dat de verlenging nut heeft gehad in het bereiken van hun doelen.

Er waren meerdere respondenten die tijdens de revalidatie te maken kregen met problemen in de privésfeer (2,4,7). Volgens een aantal respondenten heeft dit ervoor gezorgd dat ze zich niet optimaal op de behandeling hebben kunnen concentreren. Mede daardoor zou de behandeling voor hun te kort zijn geweest (2,7)

Eén respondent geeft aan dat de behandeling 3 à 4 weken te lang heeft geduurd (3).

R: "Nou goed in mijn geval ook weer. Ik had in januari al willen stoppen. Dus voor mij heeft het gewoon te lang geduurd (...) ik ben iemand die zelf al heel veel afweet van het sporten, van het fysieke. Dus ik zelf had het gewoon thuis kunnen doen." (R3)

Eén respondent geeft aan dat de afbouw van de behandeling over een langere tijd uitgestreken had mogen worden (6). Andere respondenten vinden de duur van de behandeling prima (4,8,9).

Samenvattend kan gezegd worden dat de duur van het programma door elke respondent anders ervaren wordt. Meerdere respondenten geven aan waarom het programma voor hun te kort is. Naar voren is gekomen dat de respondenten die verlenging hebben gekregen, hier ook voordeel bij hebben gehad voor het bereiken van hun doelen. Andere respondenten vinden de duur van het programma prima.

3.2.4 Tevredenheid en waardevolle elementen revalidatie

In deze paragraaf wordt besproken hoe tevreden de respondent zijn over het resultaat van de behandeling. Daarnaast wordt de top-3 van belangrijkste factoren voor het bereiken van het eindresultaat gepresenteerd.

Tevredenheid

Met uitzondering van één respondent (1) zijn alle respondenten tevreden over de behandeling en het daarbij behaalde resultaat (2,3,4,5,6,7,8,9). De ontevredenheid van de respondent (1) wordt verklaard door het feit dat te weinig aandacht is besteed aan zijn belangrijkste doel, arbeid.

Top 3: Waardevolle elementen

Aan alle respondenten is aan het einde van het interview de vraag gesteld: “Terugkijkend op het hele behandelproces en dit interview, wat zijn dan volgens u de drie belangrijkste factoren die hebben bijgedragen aan het resultaat van de revalidatiebehandeling tot nu toe?”

Hieruit kwamen de volgende factoren naar voren:

Twee respondenten (1,9) gaven aan dat voor hen het delen van ervaringen met anderen een positieve factor in het bereiken van het eindresultaat was. De psychomotore-therapie met ontspanningsbehandelingen en het sportgedeelte werden aangegeven als belangrijke onderdelen binnen het groepsprogramma, omdat je leert mensen dichterbij te laten komen (1). Dit werd ondersteund door de gegevens uit een interview van een andere ‘groepsprogramma-respondent’ (9). Ook door een respondent uit het individuele programma werd het sporten bij de drie belangrijkste factoren benoemd voor het bereiken van zijn behandelresultaat (8).

Respondenten (2,4) kunnen moeilijk aangeven welke factoren in de behandeling van invloed zijn geweest in het bereiken van het resultaat. Ze benoemen hier het totaalpakket (2), oftewel de combinatie van alle behandelmethodes (4).

Voor één respondent was de klik tussen de behandelaars en zichzelf heel erg belangrijk (3). Daarnaast werd ook het aanleren van ritme en structuur als belangrijke factor benoemd (3,9). Twee respondenten benoemen ‘serieus genomen’ beide als heel belangrijk (5,6). Ook het sociale contact op de afdeling werd als belangrijk ervaren (5,7,8). Er werd ook specifiek het lotgenotencontact als positieve factor benoemd (1,5,8,9).

R”...Allereerst dat ze je serieus nemen. Dat vind ik wel heel erg belangrijk. Dat ze dat gedaan hebben. Ieder op zijn eigen manier en ten tweede (...) dat je met anderen, ik noem het maar lotgenoten kunt praten. Die ook in diezelfde cirkel zitten van pijn en er niet meer uitkomen. Dat vind ik dan ook heel belangrijk. En de nummer 3: ik denk toch een team wat echt samenwerk, dat moet wel, want alles moet op elkaar afgestemd worden...”(R5)

De respondenten zijn positief over de ‘kracht’ van het team, met name de communicatie (6), de goede samenwerking van behandelaars (8) en de begeleiding en deskundigheid van het team (7). Ook de eigen inbreng wordt als een positieve factor gezien (3, 7).

Geconcludeerd kan worden dat met uitzondering van één respondent alle respondenten tevreden waren over de behandeling en het daarbij bereikte eindresultaat. In onderstaande tabel worden de factoren die volgens de respondenten de ‘drie belangrijkste factoren’ waren in het bereiken van het eindresultaat overzichtelijk gepresenteerd.

Tabel 5: Overzicht belangrijkste factoren voor eindresultaat

3- Belangrijkste factoren	Respondent
Psychomotore-therapie met ontspanningsbehandelingen	1, 9
Sporten	1, 8
Aanleren van ritme en structuur	3, 9
Totaalpakket (combinatie behandelmethodes)	2, 4
Delen van ervaringen met anderen	1, 9
Lotgenotencontact	1, 5, 8, 9
Sociale contact op afdeling	5, 7, 8
Serieus genomen worden	5, 6
Klik met behandelaars	3
Teamcommunicatie - samenwerking	6, 8
Begeleiding (deskundigheid)	7
Eigen inbreng	3, 7

4. Discussie & Conclusie

In dit onderzoek is getracht inzicht te krijgen welke factoren bij een gedragsgeoriënteerde behandeling van de chronische pijnpatiënt bepalend zijn voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf, waarbij de volgende vraagstelling centraal stond:

Welke factoren, bij een gedragsgeoriënteerde behandeling, van de chronische (a-specifieke) pijnpatiënt, zijn bepalend voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf?

In dit laatste hoofdstuk worden in paragraaf 4.1 kenmerken van de respondenten vergeleken met de populatie van Hoensbroeck 2007-2008. In paragraaf 4.2 worden resultaten besproken in het licht van de literatuur. In paragraaf 4.3 volgt een reflectie op de gehanteerde methode van het onderzoek. In paragraaf 4.4 wordt de conclusie van het onderzoek in kaart gebracht. In paragraaf 4.5 worden aanbevelingen gedaan voor Hoensbroeck en in paragraaf 4.6 voor vervolgonderzoek.

4.1 Kenmerken respondenten vergeleken met populatie Hoensbroeck 2007-2008

De kenmerken van de respondentenpopulatie in dit onderzoek zijn vergeleken met de kenmerken van de patiëntenpopulatie verwezen naar Hoensbroeck Revalidatiecentrum uit de periode van 2007-2008. Hieruit kwam naar voren dat de respondenten in dit onderzoek representatief zijn voor de patiëntenpopulatie van Hoensbroeck. Op het gebied van opleiding en partner waren er kleine verschillen waarneembaar.

Bij vergelijking van de vragenlijsten (Pijn, PCS, TSK, BDI, HADS, RAND36) kwamen geen uitschieters naar voren die de uitkomsten konden vertekenen. Dit is in het belang van het onderzoek, omdat zo de resultaten mogelijk voor meer patiënten kunnen gelden.

Bij elke vragenlijst worden afkappunten gebruikt, deze worden gebruikt om te bepalen of onderzochte factoren aanwezig zijn (en in welke mate). Als men echter de individuele scores van de respondenten vergelijkt met het afkappunt en met de gemiddelde score van de patiëntenpopulatie in HRC van 2007-2008 zijn er wel een aantal opvallendheden waarneembaar. Deze opvallendheden worden in de resultaten besproken.

4.2 Resultaten vergeleken met de literatuur

In deze paragraaf worden de resultaten besproken in het licht van de literatuur.

Omdat bij meerdere onderdelen die besproken zullen worden in deze paragraaf geen vergelijkbare literatuur is gevonden, zal getracht worden een weergave te geven van de resultaten en de interpretatie van de onderzoekers hierbij.

In onderstaande paragrafen worden waar mogelijk de door de respondenten benoemde succesfactoren beschreven en vergeleken met resultaten uit de literatuur. Deze succesfactoren voor het behandelresultaat zijn:

- inzicht in pijnprobleem en te volgen behandeling (verkregen door o.a. pijnlessen), energie beter leren verdelen (verkregen door de aangeleerde dagstructuur), lotgenotencontact, grenzen bepalen en conditie verbeteren (middels fysieke activiteiten) en geleidelijk opbouwen (bijv. middels Graded Activity), serieus genomen worden en de duur van de behandeling.

Succesfactoren voor behoud van resultaat zijn:

- door de respondent geplande activiteiten waarmee ze hun conditie trachten te onderhouden na de behandeling. Maar daarnaast zijn ook een eigen inbreng, meebeslissen en eigen keuzes maken tijdens de behandeling hiervoor van belang.

4.2.1 Behandelinhoud

Inzicht

In de observatieperiode wordt op een aantal gebieden inzicht gecreëerd. De respondenten geven aan dat ze door de observatie een duidelijk beeld hebben gekregen van zowel de inhoud als de mogelijkheden van de behandeling. Een respondent geeft aan door de observatieperiode tot het besef te zijn gekomen dat behandeling niet draait om pijnreductie. Door de pijnlessen en de individuele gesprekken met behandelaars over het pijnprobleem is er een inzicht in de volgende zaken gecreëerd.

- Een verbeterd inzicht met betrekking tot hetgeen de respondenten, zoals ze zelf benoemen, ‘verkeerd deden’ in hun leven (negatieve spiraal). Verkeerd doen is niet correct. De door de patiënt gehanteerde strategieën, voor omgaan met de klachten, bleken niet effectief of slechts beperkt effectief te zijn. Hoensbroeck biedt patiënten

andere manieren van omgaan met de pijn die wellicht wel effectief voor de patiënt zijn.

- Daarnaast kregen de respondenten ook inzicht in hoe ze hun pijnprobleem zouden kunnen gaan oplossen.

Het doel van de pijnlessen is de bereidheid om op een andere manier met pijn om te gaan te stimuleren, dit wordt gedaan aan de hand van het pijn-gevolgenmodel. Het doel van dit model is inzicht van de patiënt in zijn eigen pijnprobleem te verbreden (fysieke, emotionele en maatschappelijke gevolgen). Er wordt informatie gegeven over wat pijn is, wat de gevolgen zijn op het functioneren, onderhoudende factoren en hoe om te gaan met pijngedrag in eigen omgeving¹⁸.

De resultaten uit de interviews komen overeen met de doelstellingen van Hoensbroeck. Inzicht in factoren die van invloed zijn op pijn en inzicht in mogelijkheden om huidige situatie te veranderen (met behulp van behandeling) zijn naar de mening van cruciale factoren in het revalidatieproces.

Energieverdeling

De aangeleerde structuur met betrekking tot het plannen van activiteiten gedurende de dag, had een positief effect op hun eindresultaat volgens meerdere respondenten. De weekplanning zorgde ervoor dat de respondenten hun energie beter konden verdelen en door bewust rustpauzes in te lassen. Wel blijkt de implementatie van structuur in de dagindeling moeilijk. Respondenten gaan thuis toch weer sneller door, waardoor ze hun krachten niet verdelen. Automatiseren van het plannen van activiteiten gedurende de dag is een behandeldoel binnen het pijnrevalidatieprogramma. Dit betreft het structuur aanbrengen in activiteit-rust verhouding. Deze aanname van Team Pijn komt dus overeen met de ervaringen van de respondenten. Een gestructureerde dagindeling / weekplanning kunnen toepassen, heeft een positief effect op het behandelresultaat.

Grenzen bepalen, conditie verbeteren en geleidelijk opbouwen

Fysiek actief zijn werd door de respondent als belangrijke factor gezien voor het bereiken van het eindresultaat. Sport vonden respondenten een belangrijk onderdeel. Ze geven aan dat ze na zoveel tijd toch vastgeroest zijn en door te sporten je meer conditie krijgt en tevens je grenzen leert bepalen.

Enerzijds was het gezamenlijk sporten een belangrijke factor, dat vanwege het teamverband ook steun en kracht gaf. Dit had meer aan bod mogen komen volgens een aantal respondenten.

Anderzijds was het fitnessprogramma, volgens Graded Activity principes, een meerwaarde door het geleidelijk opbouwen.

Sport en spel ook wel sportgroep genoemd, is gericht op enerzijds het verbeteren van algemene motorische vaardigheden en uithoudingsvermogen en anderzijds het herkennen en verkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden en het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen. Middels Graded Activity wordt stapsgewijs het activiteitsniveau opgebouwd¹⁸. Dit komt overeen met de ervaringen van de respondenten. Het valt op dat de respondenten goed op de hoogte zijn van de doelen van deze behandelonderdelen. De succesfactoren bij het sporten zijn de conditie verbeteren en grenzen bepalen. Bij het gezamenlijk sporten o.a. het lotgenotencontact en bij het fitnessprogramma het geleidelijk opbouwen.

Succesfactoren binnen Graded Exposure

Graded Exposure is volgens meerdere respondenten een belangrijk onderdeel. Het eerder verworven inzicht (o.a. middels pijnlessen in observatieperiode) dat door bewegen niets 'kapot' gemaakt wordt, is een voorwaarde voor start van Graded Exposure. Binnen deze behandeling zorgde de positieve benadering en het vertrouwen van de behandelaars ervoor dat de desbetreffende respondent de activiteiten weer durfde uit te voeren.

Het herkennen en verkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden, het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen en het vergroten van het zelfvertrouwen in eigen kunnen zijn doelstellingen van team Pijn die onder andere in de vorm van Graded Exposure toegepast worden. Door de interviews bleek dat het opdoen van positieve ervaringen met betrekking tot bewegen, ervoor zorgden dat de respondenten de activiteiten weer durfden uit te voeren. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat daarbij de positieve benadering door de behandelaar naar de patiënt een cruciale rol speelt.

Als de onderzoekers de resultaten vergelijken met de scores van de vragenlijst TSK (voor bewegingsvrees) is een respondent (8) één uitschieter. Hierboven is te lezen dat deze respondent ook baat gehad heeft bij Graded Exposure. Graded Exposure wordt in de literatuur beschreven als een effectieve manier voor de behandeling van bewegingsvrees^{18,21}.

Opvallend is dat er meerdere respondenten (1,2,7) op de vragenlijsten bewegingsvrees lieten

zien en dat deze respondenten in de interviews niet gesproken hebben over bijvoorbeeld bewegingsvrees, het weer durven en Graded Exposure.

Hierboven worden ook de gedachten van één respondente (5) over de pijn duidelijk. Het blijkt op de PCS vragenlijst ook dat deze respondente net als andere respondenten (2,7,8) catastrofede. Veranderingen in catastroferen tijdens de behandeling zorgen volgens onderzoek ³⁴ voor afname van disfunctioneren, afname van de klacht en van de pijnintensiteit. Dit klopt dus met de ervaringen van de respondente, aangezien zij door het verworven inzicht (maar ook de positieve benadering) een verbetering van fysiek functioneren ervaren heeft, omdat ze fysieke activiteiten weer durfde uit te voeren. De behandeling sluit bij deze respondenten aan op specifieke factoren die een rol spelen bij het onderhouden van pijnklachten en/of fysiek disfunctioneren.

Lotgenotencontact

Lotgenotencontact zorgt volgens de respondenten voor een positieve bijdrage aan het resultaat. Voor de ene respondent betekent lotgenotencontact alleen vergelijken van het disfunctioneren met andere patiënten en daarbij opmerken dat zijn functioneren zo slecht nog niet is. Voor andere respondenten had het nog meer positieve eigenschappen. Doordat anderen hetzelfde ervaren is er begrip van de lotgenoten onderling en kunnen ervaringen uitgewisseld worden waardoor ze van elkaar leren. Dit schept een band, men haalt er moed uit. Lotgenotencontact betekent voor één respondent dat ze lekker kan ‘uitspuien’ zonder dat het in een dossier vastgelegd wordt.

Voor een andere respondent heeft lotgenotencontact niet bijgedragen aan het resultaat, omdat deze zich niets aantrekt van wat anderen zeggen of vinden.

De respondenten die het groepsprogramma gevolgd hebben zien revalideren in groepsverband ook als positieve factor. Een kanttekening die gemaakt moet worden is, dat vanwege één persoon irritaties zijn opgetreden, wat mogelijk wel invloed heeft gehad op het groepsresultaat, omdat mogelijk andere belangrijke zaken zijn blijven liggen. Eén respondent had achteraf de voorkeur voor een individueel programma omdat hij verwacht dat daar meer aandacht geweest was voor een voor hem persoonlijk belangrijke factor, arbeid.

In de literatuur blijken de volgende voor- en nadelen van lotgenotencontact:

Voordelen van lotgenotencontact kunnen zijn: het praten met iemand die ongeveer hetzelfde heeft meegemaakt en daarbij dus ervaringen, tips en praktische informatie uitwisselt. Door de gelijkwaardigheid die er ontstaat, kan men elkaar herkenning, erkenning en aandacht geven.

Hierdoor ontstaat er sociale steun en begrip, die meestal niet in andere contacten tot stand komt. Nadelen van lotgenotencontact kunnen zijn: een verergering van de onzekerheid van patiënten. Lotgenotencontact kan daarnaast ook als bedreigend ervaren worden door de confrontatie met de problematiek van anderen ⁴. Deze resultaten uit de literatuur komen overeen met de resultaten uit dit onderzoek. De beschreven nadelen van lotgenotencontact komen in het onderzoek niet naar voren.

Steun vanuit de omgeving

Meerdere respondenten vinden het erbij betrekken van de partner belangrijk. Vooral de gesprekken met partner en de meeloopdag worden als prettig ervaren. Ook de rest van de omgeving speelt vanwege de steun een belangrijke rol in het bereiken van het behandelresultaat. Eén respondent geeft aan geleerd te hebben zich minder aan te trekken van wat anderen denken, ze vindt dat de buitenwereld haar moet accepteren zoals ze nu is. Uit de literatuur is gebleken dat als de omgeving van de patiënt controlerend, ongeorganiseerd, minder samenhangend en minder steunend is, dit een negatieve voorspeller van het behandelresultaat is ²⁶. In dit onderzoek is gebleken dat respondenten ondersteuning door de omgeving als een belangrijke positieve rol voor het behandelresultaat zien. Dit is dus in overeenstemming met de literatuur. Een speerpunt van team Pijn is het betrekken van de omgeving bij de behandeling en daarbij de juiste educatie bieden zodat de omgeving de patiënt op een juiste manier kan steunen ¹⁸.

Eigen inbreng, meebeslissen en eigen keuzes maken

Eigen inbreng, meebeslissen, eigen keuzes maken, kortom een eigen verantwoordelijkheid tijdens de behandeling, wordt als belangrijk ervaren. Het valt op dat alle respondenten hun eigen inbreng hoog schatten (70% of hoger) en dat ze verantwoordelijkheid nemen ook belangrijk vinden. Eén respondent vindt dat hij niet voldoende heeft kunnen meebeslissen en aan belangrijke vraagstukken zijn geen aandacht besteed, waardoor zijn resultaat ook naar gelang is.

Het team Pijn verwacht van patiënten dat zij een actieve rol in het eigen proces vervullen, om gedragsverandering te kunnen laten plaatsvinden ¹⁸. Deze actieve rol komt deels overeen met een eigen inbreng, meebeslissen en eigen keuzes maken, dus de verantwoordelijkheid nemen over hun eigen rol binnen de behandeling, zoals respondenten dit beschrijven.

4.2.2 Patiëntenbejegening

Deskundigheid

Deskundigheid van het team speelt volgens meerdere respondenten een grote rol voor het bereiken van het eindresultaat. De meeste respondenten vinden het moeilijk onder woorden te brengen wat deskundigheid van het team voor hun inhoudt, voorbeelden die gegeven worden zijn: ze weten waarover ze spreken, waar je zelf geen weet van hebt, dat ze je daar attent op maken.

Het deskundig begeleiden van mensen is een maatschappelijk en wettelijk omschreven beroepsbezigheid. De cognitief gedragsmatige aanpak van het Pijnteam vraagt van iedere professional specifieke discipline overstijgende kennis en vaardigheden. Kennis van chronische pijnproblematiek, vaardigheden in het herkennen van en het omgaan met de fases van gedragsverandering en verliesverwerking bij de patiënt, zijn enkele voorbeelden hiervan. Dit vraagt dus meer dan vakkennis alleen¹⁸.

De onderzoekers vinden het aannemelijk dat respondenten er vanuit gaan dat hun behandelaars deskundig zijn op hun vakgebied. Het mag logisch gevonden worden dat deskundigheid van het team een grote rol speelt in het bereiken van het eindresultaat. Deskundigheid leidt tot vertrouwen bij de patiënt over de te volgen behandeling of de betrokken behandelaar. De onderzoekers verwachten dat een beter vertrouwen in de behandeling een betere naleving van het programma zal bewerkstelligen, waardoor een positiever effect van de behandeling verwacht wordt. De onderzoekers verwachten dus dat deskundigheid belangrijk is voor het vertrouwen van een patiënt in de behandeling dat mogelijk leidt tot een beter behandelresultaat, dan bij patiënten die geen vertrouwen hebben in de behandeling of behandelaar.

Serieus genomen

Meerdere respondenten geven aan dat het belangrijk is dat ze serieus genomen worden. Dit merken ze doordat er goed naar je gekeken wordt, er wordt geluisterd en actie ondernomen, behandelaars meedenken en stimuleren. Eén respondent geeft aan dat ze zich goed voelt doordat ze serieus genomen wordt. Het begrepen voelen is na jarenlang onderzoek en behandelingen met weinig of slechts beperkt resultaat, belangrijk. In de buitenwereld voelt een respondent zich niet altijd begrepen.

In de literatuur is gebleken dat patiënten met chronische rugklachten over het algemeen klagen dat ze het gevoel hebben door behandelende artsen niet serieus te worden genomen. Het feit dat hierover geklaagd wordt in het desbetreffende onderzoek laat zien dat patiënten dit graag anders zien ³⁹.

Een andere voorspeller van tevredenheid van de behandeling is volgens een studie het gevoel dat naar je geluisterd wordt ²⁶.

Professionele bejegening gaat uit van begrip en respect voor de ander: voor wie hij is, voor wat hij doet, voor wat hij wil, voor zijn cultuur en levensbeschouwing. Dit betekent dat de professional bewust moet zijn van eigen waarden, normen, aannames en opvattingen en dat ze terughoudend moeten zijn in het uiten hiervan. Ze voeren een open dialoog en zijn helder over de grenzen. De professional heeft meer de rol van een coach ¹⁸.

Het mag duidelijk zijn dat serieus genomen worden een belangrijk item is uit de bejegening van de behandelaars. De onderzoekers interpreteren het feit dat er naar de respondenten geluisterd wordt als een voorwaardenscheppende factor in het serieus genomen worden. In dit onderzoek hebben de respondenten een tevreden gevoel over de mate van serieus genomen worden door de behandelaars.

Klik

Respondenten hebben het over een zogenaamde ‘klik’. Bij het ontbreken van de ‘klik’ zou er volgens sommige respondenten een minder goed resultaat bereikt zijn. De klik is een intuïtief iets. Naast de klik worden ook andere termen genoemd die men belangrijk vindt in de benadering zoals: prettig in de omgang, sympathie, goed gevoel en vertrouwen. Ook hier wordt het feit dat naar je geluisterd wordt genoemd als voorwaarde voor een klik. Eén respondente geeft aan dat ze een klik had met een behandelaar, omdat deze lief en heel sociaal was, het was een soort van tweede ouder. Eén respondent vindt dat de klik niet direct belangrijk is voor het resultaat, omdat men het toch zelf moet doen.

Uit de literatuur is gebleken dat de relatie tussen patiënt en behandelaar en de hulp die door de behandelaar geboden wordt ⁹ beiden positieve voorspellers zijn van een tevredenheid van patiënten over de behandeling. De onderzoekers zien de benoemde ‘klik’ als een benaming voor een positieve relatie tussen patiënt en behandelaar. De klik staat echter in verbinding met serieus genomen worden. De klik zal niet aanwezig zijn op het moment dat de patiënt zich niet serieus genomen voelt.

4.2.3 Organisatie

Duur revalidatieprogramma

De duur van de behandeling is volgens meerdere respondenten te kort geweest, omdat de doelen niet, of maar gedeeltelijk, behaald zijn. Volgens één respondent was de behandeling te kort omdat er geen aandacht is besteed aan een voor hem belangrijk onderwerp (arbeid). Eén respondent is tevreden over het resultaat maar hoopt er fysiek toch uiteindelijk sterker uit te komen. Sommige respondenten hebben verlenging van het programma gekregen omdat het team en de respondent vond dat ze nog niet klaar waren voor thuissituatie. Deze verlenging heeft wel nut gehad. Problemen in privésfeer zorgden voor meerdere respondenten dat het moeilijk was om alle doelen te bereiken. Eén respondent vond de behandeling te lang duren, echter dit had geen negatief effect op het behandelresultaat. De afbouw van de behandeling had over een langere periode uitgestreken mogen worden volgens een respondente. De duur van de behandeling was voor meerdere respondenten prima.

Het is belangrijk dat er bij de afronding van de behandeling goed geëvalueerd wordt over de resultaten en de eventueel nog niet behaalde doelstellingen. Twee respondenten die nog niet klaar waren voor de thuissituatie hebben verlenging gekregen en hebben zo hun doelen alsnog behaald. Verlenging is in sommige gevallen nodig. Echter, er zal door het team wel altijd een afweging gemaakt moeten worden of voor het behalen van de nog te bereiken doelen wel de deskundigheid van het team nodig is, of dat het doelen zijn waarmee de patiënt zelf aan de slag kan gaan. De duur van de behandeling speelt een rol in het uiteindelijk behandelresultaat. Het is belangrijk dat Hoensbroeck hierbij de patiënt centraal stelt, kortom maatwerk levert.

4.2.4 Tevredenheid, waardevolle elementen revalidatie, behoud resultaat

Tevredenheid

Met uitzondering van één respondent zijn alle respondenten tevreden over de behandeling en het daarbij behaalde resultaat. De ontevredenheid van de respondent wordt verklaard door het feit dat te weinig aandacht is besteed aan zijn belangrijkste doel, arbeid.

De respondenten hebben aan het begin van de observatieperiode aangeven wat de gemiddelde pijn in de afgelopen week was. De meeste respondenten konden in de zwaarste categorie worden ingedeeld, oftewel er werd door de respondenten veel pijn ervaren. In de literatuur¹²

is gevonden dat patiënten met een hoge pijnintensiteit grotere kans hebben op slechter resultaat. De meeste respondenten geven aan tevreden te zijn over het behandelresultaat met andere woorden ze hebben in hun ogen een goed resultaat bereikt. De bovengenoemde bevinding uit de literatuur wordt in dit onderzoek dus niet ondersteund, als de onderzoekers dit vergelijken met de mening van de respondent.

Ook de mate van depressie is aan het begin van de observatieperiode bij de respondenten met behulp van de BDI bevestigd. Hieruit bleek dat de respondenten een milde tot zware vorm van depressie hadden, met uitzondering van drie respondenten. Echter deze respondenten zijn tevreden over het eindresultaat. In dit onderzoek wordt niet bevestigd dat een zware depressie leidt tot slecht resultaat zoals dat beschreven wordt in de literatuur²⁶. Er kwam ook naar voren dat een afname van depressie gedurende de behandeling leidt tot een beter behandelresultaat. Het is dus mogelijk dat de mate van depressie tijdens de behandeling bij de respondenten afgenomen is. Echter het kan ook zo zijn dat depressie inderdaad een onbetrouwbare voorspeller is zoals dat in een andere studie wordt beschreven¹².

Top 3: Waardevolle elementen

De 3-belangrijkste factoren in het pijnrevalidatieprogramma te Hoensbroeck volgens de respondenten worden in onderstaande tabel overzichtelijk weergegeven.

Tabel 6: Overzicht belangrijkste factoren voor eindresultaat

3- Belangrijkste factoren	Respondent
<i>Behandelinhoud</i>	
Psychomotore-therapie met ontspanningsbehandelingen	1, 9
Sporten	1, 8
Aanleren van ritme en structuur	3, 9
Totaalpakket (combinatie behandelmethodes)	2, 4
Teamcommunicatie - samenwerking	6, 8
Lotgenotencontact (delen ervaringen en sociale contact)	1, 5, 7, 8, 9
Eigen inbreng	3, 7
<i>Patiëntenbejegening</i>	
Serieus genomen worden	5, 6
Klik met behandelaars	3
Begeleiding (deskundigheid)	7

De onderzoekers merken dat in deze top 3, het item patiëntenbejegening redelijk onderbelicht blijft, dit in tegenstelling met de resultaten uit de interviews. In de interviews kwam naar voren dat alle respondenten deze items erg belangrijk vonden tijdens de behandeling.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat sporten een zeer belangrijke factor was, echter deze zijn in het schema van 3-belangrijkste factoren voor het gevoel van de onderzoekers ook onderbelicht, evenals het aanleren van ritme en structuur.

Relevante behandelfactoren voor behoud succes

Respondenten zijn bewust bezig met behoud resultaat en dan met name het fysiek behaalde resultaat. Fitness, badminton en hardlopen zijn voorbeelden van activiteiten waarmee de respondenten hun conditie trachten te onderhouden. Een aantal respondenten willen hun huidig fysiek niveau uitbreiden.

Ook naast het fysieke resultaat is het positief om blijven gaan met de pijn belangrijk volgens de respondenten. Een andere respondente geeft aan door middel van vrijwilligerswerk of participatie in een vereniging het resultaat te behouden.

Een aantal respondenten zijn wat onzeker over het implementeren van hetgeen ze geleerd hebben in het dagelijks leven, Hoensbroeck was een ‘veilige omgeving’.

Voor één respondent zijn de terugkomdagen belangrijk voor het behoud van resultaat.

Het is duidelijk dat de meeste respondenten bewust bezig zijn met het behoud van resultaat.

Een doelstelling binnen het pijnrevalidatieprogramma is het leren omgaan met terugval.

Enkele respondenten zijn nog onzeker over het behoud van resultaat. Het is de vraag of de respondenten niet voldoende vertrouwen in hun eigen kunnen hebben of dat het revalidatieprogramma te weinig aandacht gestoken heeft in het behoud van resultaat. Ook het vergroten van het zelfvertrouwen in eigen kunnen is een van de doelstellingen van het revalidatieprogramma ¹⁸.

4.3 Reflectie op gehanteerde methode

Om validiteit en betrouwbaarheid te kunnen waarborgen is er binnen dit onderzoek gebruikgemaakt van een aantal strategieën (Hoofdstuk 2: Methode). Deze zijn succesvol toegepast. Echter dit kwalitatieve onderzoek kent toch een aantal beperkingen in validiteit en betrouwbaarheid.

Vanwege een beperkt aanbod potentiële respondenten was het niet logisch om deze op voorhand te selecteren op basis van hun klacht. Bij kwalitatief onderzoek hoort niet willekeurig, maar gericht benaderen van respondenten op basis van alle factoren die de mening van de patiënt kunnen beïnvloeden. Deze factoren waren door de onderzoekers niet in de literatuur te vinden, waardoor gezocht is naar patiëntenkenmerken die iets zeggen over het succes van behandeling. Echter deze (leeftijd, geslacht, huwelijkse staat, intelligentie en duur van de klacht) bleken geen voorspellende waarde te hebben. De respondenten waren relatief heterogeen van aard met betrekking tot bovenstaande patiëntenkenmerken. Een meer

homogene onderzoeksgroep had ervoor gezorgd dat er saturatie van informatie had kunnen optreden². Echter een homogene onderzoeksgroep was niet de opzet van de onderzoekers, aangezien ze zo divers mogelijke factoren wilden inventariseren. Verder is er ook bekend dat saturatie van informatie in een kwalitatief onderzoek doorgaans optreedt na 10 à 15 interviews⁵². Dit kwalitatief onderzoek bestaat uit 9 interviews, wenselijk was geweest een groter aantal respondenten te betrekken bij het onderzoek om saturatie te bereiken, echter door de beperkte tijd is hier niet voor gekozen.

Tijdens het onderzoek werd al snel duidelijk dat de onderzoekers te weinig kennis hadden over kwalitatief onderzoek. Daarom is er door de externe begeleiders een workshop georganiseerd met betrekking tot het interview binnen een kwalitatief onderzoek. Deze workshop was echter gepland nadat de onderzoekers de eerste vier interviews hadden afgenomen. Tijdens deze workshop werd de onderzoekers duidelijk dat het interview in plaats van semi-gestructureerd, gestructureerd was. Hierdoor werden de eerste vier interviews minder bruikbaar. De volgende interviews zijn vervolgens gedaan aan de hand van een topiclijst, waardoor het interview semi-gestructureerd werd en de onderwerpen door de respondenten bepaald werden. Door het semi-gestructureerde karakter was er voor respondenten meer ruimte om zelf onderwerpen aan bod te brengen. Echter na de laatste vijf interviews werd duidelijk dat de benoemde factoren met de eerste vier interviews overeen kwamen. De onderzoekers hebben daarom gekozen om de eerste vier interviews ook bij de data-analyse te betrekken.

Na de interviews was er met betrekking tot een aantal factoren niet genoeg diepgang bereikt. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de respondenten telefonisch te benaderen en hun de onduidelijkheden te bevragen.

Het coderen van de interviews zou gebeuren door zowel de onderzoekers als de externe data-analisten. Omdat dit voor de data-analisten niet haalbaar was (tijd) is ervoor gekozen dat de onderzoekers beiden individueel codeerden. Deze individuele versies werden vervolgens vergeleken en verwerkt in een definitieve codering. Hierna werd het naar de data-analisten opgestuurd om te controleren en eventuele andere codes eraan toe te kennen. Vanwege de beperkte variatie aan codes of categorieën is mogelijk de betrouwbaarheid onvoldoende gewaarborgd.

De laatste beperking van dit onderzoek is mogelijk, dat een van de twee onderzoekers tijdens het onderzoek stage liep op de afdeling waar het onderzoek plaatsvond, waardoor een van de onderzoekers bekend was bij de respondenten. Dit kan invloed hebben gehad op de resultaten

aangezien respondenten wellicht een andere mening over bepaalde zaken hebben laten zien, omdat ze in het bijzijn van deze onderzoeker mogelijk het gevoel hadden niet openlijk te kunnen communiceren. Echter dit is de onderzoekers niet opgevallen.

4.4 Conclusie onderzoek

In de inleiding is de volgende vraagstelling beschreven:

“Welke factoren bij een gedragsgeoriënteerde behandeling van de chronische (a-specifieke) pijnpatiënt zijn bepalend voor het behandelresultaat volgens de patiënt zelf?”

Middels interviews is er door de onderzoekers getracht een antwoord te vinden op bovenstaande vraagstelling. De factoren die door de respondenten aangegeven zijn geworden kunnen onder een aantal items verdeeld worden namelijk: behandelinhoud, patiëntbejegening, organisatie van het revalidatieprogramma. Om een beeld te krijgen van de algemene tevredenheid is er naast deze items ook het onderdeel tevredenheid toegevoegd. De succesfactoren voor het behandelresultaat met betrekking tot de inhoud zijn volgens de respondenten:

- Er inzicht gecreëerd wordt in het pijnprobleem en de te volgen behandeling. Door de respondenten wordt aangegeven dat dit inzicht verkregen is door voornamelijk de pijnlessen tijdens de observatieperiode.
- Door de aangeleerde dagstructuur geven de respondenten aan dat ze de energie beter kunnen verdelen over de dag.
- Volgens de respondenten waren het verbeteren van de conditie en het daarbij grenzen bepalen succesfactoren voor behandelresultaat. Deze werden behaald door fysieke activiteiten zoals sportgroep, maar ook het fitnessprogramma speelt hierbij een rol. Een specifieke succesfactor binnen het fitnessprogramma (dat uitgevoerd wordt aan de hand van graded-activity principes) is het geleidelijk opbouwen volgens de respondenten.
- Lotgenotencontact is een succesfactor voor meerdere respondenten geweest, vanwege het feit dat anderen hetzelfde ervaren en er dus begrip is van de lotgenoten onderling. Ook kunnen ze ervaringen uitwisselen. Dit schept een band, men haalt er moed uit.

De patiëntenbejegening is een belangrijk onderdeel op het gebied van succesfactoren.

- Serieus genomen worden is de succesfactor binnen de patiëntenbejegening. Respondenten voelen zich serieus genomen als er goed naar hun geluisterd wordt. Daarnaast speelt het begrepen voelen ook een belangrijke rol. Patiënten spreken over een zogenoemde ‘klik’ met behandelaars. Deze klik zou ook een succesfactor zijn voor beter resultaat. Echter de klik is niet los te denken van het serieus genomen worden.

Op het gebied van de organisatie van het revalidatieprogramma speelt de volgende factor een rol:

- De duur van de behandeling. Een juiste duur van de behandeling is belangrijk voor het behalen van de doelstellingen van een ieder. Het is dus belangrijk dat de duur van de behandeling op elke patiënt afgestemd wordt en hier dus maatwerk geleverd wordt.

Succesfactoren voor behoud van resultaat zijn volgens de respondenten:

De geplande activiteiten waarmee ze hun conditie trachten te onderhouden na de behandeling. Maar daarnaast zijn ook een eigen inbreng, meebeslissen en eigen keuzes maken tijdens de behandeling hiervoor van belang.

4.5 Aanbevelingen Hoensbroeck, Team Pijn

Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan. Met deze gegevens kan het team Pijn haar behandeling in de toekomst nog beter afstemmen op de wensen en behoeften van de individuele patiënt.

Er wordt aangegeven dat de tussenliggende periode (observatie - behandeling) te lang is. Om de revalidatie beter te laten verlopen is het belangrijk om deze periode zo kort mogelijk te houden.

Daarnaast is naar voren gekomen dat de planning niet altijd optimaal was. Er zat soms veel tijd tussen de diverse behandelingen. Er kan ook meer rekening gehouden worden met de volgorde van onderdelen op een dag, aangezien er aangegeven werd dat op het rooster soms teveel gesprekken achter elkaar gepland staan, wat de concentratie niet ten goede komt.

Er werd tijdens de interviews ook aangegeven dat voor mensen die intern verblijven 's avonds weinig vermaak is, terwijl dit voor meerdere patiënten wel wenselijk is.

Er kwam naar voren dat bij arbeidstherapie wat beter ingespeeld mag worden op de wensen van de patiënt. Dus dat patiënten ook kunnen kiezen voor een andere vorm van creatieve uiting en hun eigen hobby's hierin kunnen integreren.

Wat er tot slot nog naar voren kwam tijdens het onderzoek, was dat er meer gezamenlijk gesport mag worden. Gezamenlijk sporten heeft veel voordelen. Het in teamverband sporten geeft kracht en steun. In groepsverband sporten kan uitnodigen om over grenzen heen te gaan, waardoor het bewaken van grenzen getraind wordt en men bewust wordt van huidig functioneren en mogelijkheden in eigen kunnen.

4.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Het zou interessant zijn om dezelfde respondenten een bepaalde tijd na hun behandeling te interviewen. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek waren de respondenten net klaar of zelfs nog bezig met de afrondingsfase. De behandeling zat op dit moment dus nog fris in het geheugen. Het zou interessant zijn om te weten wat respondenten als belangrijk hebben ervaren uit de behandeling na bijv. een half jaar en wat ze wellicht nog steeds toepassen. Dit zijn volgens de onderzoekers dan ook echt belangrijke factoren die de patiënt hebben geholpen tijdens de behandeling, maar ook voor behoud van resultaat.

Referenties

1. Berkley KJ, Holdcroft; A. Sex and gender differences in pain. *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1999, Pages 951–965.
2. Boeije H; Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen; Hoofddorp, Boom onderwijs, 2006
3. Boersma K, Linton SJ, Overmeer T, Jansson M, Vlaeyen JWS, de Jong J; Lowering fear avoidance and enhancing function through exposure in vivo a multiple baseline study across six patients with back pain. *Pain*, Volume 108, Issue 2, Pages 8-16 2004
4. Bosch C.A.J. Hagen L.G.R; Lotgenotencontact; kenmerken, motivatie en ervaringen van de deelnemers, een onderzoek naar de kenmerken, de motivatie en ervaringen van patiënten met chronische pijn die deelnemen aan het lotgenotencontact bij de Stichting Pijn-Hoop in Nederland. Heerlen, Hogeschool Zuyd, 2007
5. Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (Eds); Evidence based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en implementatie. Utrecht: Lemma, 2004
6. Engers AJ, Geilen MJ, Köke AJA, van Wilgen CP; Graded Activity, een gedragsmatige methode voor paramedici. Houten Bohn Stafleu van Loghum; 2007
7. Geilen M, Leeuw M, Hodiament-Joosten M; Graded activity volgens gedragsgeoriënteerde principes. *Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie*, 2004
8. Hicks G, Fritz J, Delitto A, McGill S; Preliminary Development of a Clinical Prediction Rule for Determining Which Patients With Low Back Pain Will Respond to a Stabilization Exercise Program *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Volume 86, Issue 9, Pages 1753-1762
9. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcourn BB, Robinson ME; Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *The Clinical Journal of Pain*, Volume 21, Issue 4, Pages 302-310 2005
10. Hlobil H, Staal JB, Twisk J; The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial; *Journal of Occupation Rehabilitation*, Springer, Volume 15, Issue 4, Pages 569-580, 2005

11. Hout JH van den, Vlaeyen JW, Heuts PH, Zijlema JH, Wijnen JA; Secondary prevention of work-related disability in non-specific low back pain: does problem solving therapy help? A randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, Volume 19, Issue 2, Pages 87-96, 2003
12. Hulst van der M, Vollenbroek-Hutten M, IJzerman M, Maarten J. IJzerman, A Systematic Review of Sociodemographic, Physical, and Psychological Predictors of Multidisciplinary Rehabilitation— or, Back School Treatment Outcome in Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine*, Volume 30, Issue 7, Pages 813-825, 2005
13. Jellema P, van der Horst H, Vlaeyen J, Stalman W, Bouter L, Windt van der D, Predictors of outcome in patients with (sub)acute low back pain differ across treatment groups, *Spine*, Volume 31, Issue 15, Pages 1699-1705, 2006
14. Jensen Irene B, Bergström G, Ljungquist T, Bodin L, Nygren A; A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *Pain*, Volume 91, Issue 1-2, Pages 65-78, 2001
15. Jong JR de, Vlaeyen JW, Onghena P, Cuypers C, Hollander MD, Ruijgrok J. Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type 1: the application of graded exposure in vivo. *Pain*, Volume 116, Issue 3, Pages 264-275 2005
16. de Jong JR, Vlaeyen JW, Onghena P, Goossens MEJB, Geilen M, Mulder H. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain: education of exposure in vivo as mediator to fear reduction?. *The Clinical Journal of Pain*, Volume 21, Issue 1, Pages 9-17, 2005
17. Kerns RD, Rosenberg R, Otis JD. Behav A; Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Med*. 2002
18. Köke A, Revalidatieprogramma voor Chronische Pijn, Team Pijn, Hoensbroek Revalidatiecentrum
19. Köke A, e.a. Consensus rapport Pijnrevalidatie in Nederland. Pijn Kennis Centrum Maastricht 2005
20. Lammerts van Bueren W; Rapport: Als de pijn nooit ophoudt, een onderzoek naar chronische pijn bij 60-plussers, Rapport Zorg (2000) Pijnpolikliniek Academisch Ziekenhuis VU, Stichting Pijn-Hoop

21. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, de Jong JR, Heuts PH, Smeets RJ, Köke AJ, Vlaeyen JW Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 2008
22. Lillefjell M, Krokstad S, Espnes G, Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain; a prospective study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2007
23. Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M; The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 2005
24. Linton SJ, Overmeer T, Janson M, Vlaeyen JWS, de Jong JR. Graded- in vivo exposure treatment for fear avoidant pain patients with functional disability, a case study; *Cognitive Behaviour Therapy*, Volume 31, Issue 2, Pages 49-58, 2002
25. Mannion A, Junge A, Taimela S, Muntener M, Lorenzo K, Dvorak J, Active Therapy for Chronic Low Back Pain. Part 3. Factors Influencing Self-Rated Disability and Its Change Following Therapy. *Spine*, Volume 26, Issue 8, Pages 920–929 2001
26. McCracken LM, Turk DC; Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*. 2002
27. McCracken LM, Evon D, Karapas ET. Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: preliminary prospective results. *Eur J Pain*. 2002
28. Merskey H, Bogduk N, Sloan PA; Classification of chronic pain, IASP press Seattle 1994
29. Miles MB Huberman AM; Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook.1994
30. Morley S, Eccleston C, Williams A; A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. 1999
31. Ostelo RWJG, van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ; Behavioural treatment for chronic low-back pain, Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients--when pills, scalpels, and needles are not enough.2005
32. Philips HC, Grant L, Berkowitz J; The prevention of chronic pain and disability: a preliminary investigation, 1991

-
33. Riley J, Hirsh A, George S, Robinson M; An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *European Journal of Pain*, Volume 11, Issue 1, Pages 75-81
 34. Scholten-Peters GGM, Dijkstra PU, Vaes P.; Chronische pijn: een kwestie van sensitisatie? *Jaarboek Fysiotherapie Kinesithérapie*, Hoofdstuk 11, 2004
 35. Smeets R, Vlaeyen J, Kester A, Knottnerus J; Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain *The Journal of Pain*, Volume 7, Issue 4, Pages 261-271
 36. Snijders TJ, Ramsey NF, van Gijn J; Geen pijn zonder brein, “chronische, onverklaarde pijn nader bekeken. *Pijnperiodiek*, 4^e jaargang, augustus 2007
 37. Spinhoven P, Ter Kuile M, Kole-Snijders AM, Hutten Mansfeld M, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW; Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. *Pain*, 2004
 38. Strauss & Corbin; Grounded Theory Methodology; 1998
 39. Taaluniversum; <http://taaladvies.net/taal/advies/vraag/477/>, 2000-2009
 40. Thesaurus zorg en welzijn; <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/> movisie / NJi / Vilans, 2008
 41. Van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJJ, Bouter LM; The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. 1999
 42. Tulder MW van, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ; Behavior treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. 2001
 43. Turk DC; Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically significant change. *Pain Med.* 2003
 44. Turk DC, Swanson KS, Tunks ER; Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. 2008
 45. Turner JA, Holtzman S, Mancl L; Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 2007
 46. Unruh AM; Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996. 123–167
 47. Vlaeyen J, Crombez G; Cognitief-gedragmatige behandeling van chronische pijn: een associatief leerperspectief. *Pijn Info*, 2007

48. Vlaeyen JW, Jong J de, Geilen M, Heuts PH, Breukelen G van; The treatment of fear of movement (re)injury in chronic low back pain; further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. 2002
49. Vlaeyen JW, de Jong JR, Onghena P, Goossens MEJB, Geilen M, Mulder H. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain: education of exposure in vivo as mediator to fear reduction? *Clin J Pain*, 2005
50. Vlaeyen JW, de Jong JR, Geilen M, Heuts PHTG, van Breukelen G.; Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. Volume 39, 2001
51. Vlaeyen JW, de Jong JR, Onghena P, Kerckhoffs-Hanssen M, Koe-Snijder AM; Can pain-related fear be reduced? The application of cognitive-behavioural exposure in vivo. 2002
52. Wester. F; Analyse van kwalitatief onderzoek; Huisarts en Wetenschap; November 2004
53. Woods MP, Asmundson GJ.; Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain, a randomized controlled clinical trial. *Pain*, Volume 24, Issue 5, 2008
54. Wunderlin, B.W., Ferster, M., Schneider;W; International Journal of Rehabilitation Research, Is global outcome predictable in the rehabilitation of patients with musculoskeletal disorders? A pilot study. Volume 25, Issue 2, Pages 103-117, 2002
55. Zwieten van M, Willems D; Waardering van kwalitatief onderzoek; Huisarts en wetenschap; december 2004

Bijlage 1: Interview-format, topiclijstInleiding/ algemeen

“Wij zijn Jolanda Peerboom en Rianne Roijen. We zijn beiden 4^e jaars studenten van de opleiding Fysiotherapie in Heerlen. Op dit moment zijn we bezig met een onderzoek, onder de patiënten op de afdeling Chronische pijn, over belangrijke factoren die het resultaat van de behandeling hebben beïnvloedt. Het gaat voornamelijk om uw mening, over de behandeling en het daarbij behaalde resultaat. Wij gaan **niet** in op uw pijnprobleem.

Wij willen benadrukken dat iedere vraag die wij stellen geen foute antwoorden heeft, het gaat hierbij alleen om uw mening!! En dit is heel belangrijk want het onderzoek draait om uw mening. Het interview zal ongeveer 45 min in beslag nemen. En u heeft achteraf de mogelijkheid tot het stellen van vragen...”

Persoonlijke gegevens**Revalidatieprogramma****Resultaat algemeen****Huidige situatie****Tevredenheid****Verwachtingen****Beïnvloedende factoren****Behandelonderdelen****Duur van de behandeling****Team****Verantwoordelijkheid****Eigen bijdrage****Lotgenotencontact****3-belangrijkste factoren in revalidatiebehandeling?****Vasthouden resultaat**

Bedanken voor deelname!

Bijlage 2: Interview-format

Inleiding/ algemeen

Voorstellen interviewer, doel onderzoek/ interview

Persoonlijke gegevens:

Kunt u zichzelf even kort voorstellen?

Revalidatieprogramma

Resultaat algemeen

Kunt u iets vertellen over uw revalidatieprogramma?

Wat is het resultaat voor u persoonlijk van het revalidatieprogramma tot nu toe?

Huidige situatie

Wat vindt u van het resultaat tot nu toe?

Tevredenheid

Hoe tevreden bent u over dit resultaat?

Verwachtingen

Welke verwachtingen ten aanzien van een resultaat van de behandeling had u vooraf bij de start van het programma?

Kwamen de verwachtingen overeen met het nu bereikte resultaat? Wat betekent dat voor u ?

Op welk moment werd voor u duidelijk dat uw verwachtingen vooraf niet overeen kwamen.

Op welke wijze heeft dat uw motivatie en/of inzet beïnvloedt?

Is het eindresultaat meer/minder dan u had verwacht? Als u van tevoren had geweten dat dit het eindresultaat zou zijn, was u dan begonnen aan de behandeling?

Beïnvloedende factoren

Welke factoren hebben volgens u een positieve rol gespeeld bij het bereiken van dit resultaat?

Kunt u een voorbeeld geven van wat heel positief voor u werkte?

Welke factoren zijn negatief geweest in het bereiken van uw doelen/ resultaat of hebben mogelijk ervoor gezorgd dat het eindresultaat minder is dan mogelijk had kunnen zijn?

Kunt u een voorbeeld geven van wat heel negatief voor u werkte?

Behandelonderdelen

Hoe was de samenhang/afstemming tussen de behandelonderdelen?

Hoe heeft de combinatie van behandelonderdelen bijgedragen aan het resultaat?

Zijn alle behandelonderdelen nuttig geweest of zegt u dat kan men weglaten of minder aanbieden?

Welke behandelonderdelen of gebieden hadden van u toegevoegd moeten worden en/of daar had meer aandacht aan besteedt moeten worden?

Duur van de behandeling

Hoe is de duur van het revalidatieprogramma van invloed geweest op het resultaat?

Als de periode korter geweest zou zijn, zou u dan hetzelfde resultaat bereikt hebben, waarom?

Als de periode langer geduurd zou hebben verwacht u dan dat u een beter resultaat bereikt zou hebben, waarom?

Oftewel is het maximale uit de behandelperiode gehaald, verklaar?

Team

Hoe heeft de deskundigheid van het team een rol gespeeld?

Hoe serieus genomen voelde u zich door het gehele team (gehele team/enkelen)?

Had u het gevoel dat de teamleden (alle teamleden/enkelen) uw pijnklachten serieus namen, verklaar?

Welke disciplines hadden een meerwaarde voor u (welke niet)?

Waarom had deze discipline een meerwaarde voor u (was het de inhoud of de persoon)?

Persoon, wat aan die persoon heeft u zo geholpen, of wat juist niet?

Verantwoordelijkheid

Team pijn gaat uit van een eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Heeft u, voor uw gevoel ook zelf verantwoordelijkheid in het gehele proces gekregen?

Op welke manier of bij welke onderdelen heeft u zelf de verantwoordelijkheid gekregen?

Mocht u meebeslissen in het proces (inhoud, doelen, duur etc)?

Hoe hebt u dit ervaren?

Heeft dit volgens u bijgedragen aan het resultaat, verklaar?

Heeft u uiteindelijk het gevoel dat uw eigen verantwoordelijkheidsgevoel hierdoor gegroeid is? Waaraan heeft u dit gemerkt?

Hoe groot schat u uw eigen bijdrage in, in het realiseren van het resultaat?

Lotgenotencontact

Tijdens de behandeling bent u in contact gekomen met andere patiënten.

Heeft dit contact bijgedragen aan het resultaat?

Op welke wijze draagt dit bij aan het resultaat?

Zou u zonder dit lotgenotencontact een beter/slechter/hetzelfde resultaat bereikt hebben?

3-belangrijkste factoren in revalidatiebehandeling?

Kunt u zich herinneren wanneer het moment kwam dat het resultaat of uitzicht op resultaat merkbaar was? In welke fase van de behandeling werd het resultaat merkbaar?

Als u terugkijkt op het gehele proces is er dan een moment aan te wijzen waarop u zegt ‘vanaf toen ging het een stuk beter’ of vanaf toen werd me de bedoeling van het behandelprogramma duidelijk’. Indien er zo’n moment is geweest, waardoor of wat heeft dit moment “veroorzaakt”?

Als u terugkijkt op het gehele proces is er dan een moment aan te wijzen waarop u zegt ‘vanaf toen ging het een stuk slechter’. Indien er zo’n moment is geweest, waardoor of wat heeft dit moment “veroorzaakt”? Wat gebeurde er, welke fase, welk moment, bij wie?

Hoe denkt u over het behouden van het resultaat op de langere termijn, als u stopt met de behandeling?

Wat is er volgens u nodig om het resultaat minimaal vast te houden? Wat gaat u hieraan doen in de toekomst?

Is dat wat u zegt nodig te hebben momenteel volgens u voldoende aanwezig/getraind/aan bod gekomen in het revalidatieprogramma, verklaar?

Terugkijkend op het hele behandelproces en dit interview, wat zijn dan volgens u de drie belangrijkste factoren die hebben bijgedragen aan het resultaat van de revalidatiebehandeling tot nu toe?

Bedanken voor deelname!

Bijlage 3: Modules behandeling*Observatiefase*

De volgende modules komen in de observatiefase aan bod:

- COPM: met behulp van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) worden de individuele problemen geïnventariseerd.
- Introductie: een bijeenkomst ter kennismaking voor patiënten en partners.
- Valueing: de patiënt wordt aangezet na te denken over de richting waarin hij of zij wil veranderen; wat is belangrijk in het leven.
- Pijnlessen: inzicht van de patiënt in eigen probleem verbreden vanuit een bio-psycho-sociaal perspectief om de bereidheid te stimuleren, met behulp van het pijn-gevolgenmodel.
- Bewegen: de patiënt oefent pijncontingent en kiest zijn of haar relevante oefeningen gedurende de eerste twee weken. In de derde week oefent de patiënt tijdcontingent. Middels sport- en spelvormen wordt plezier in bewegen gestimuleerd.
- Activiteiten: de patiënt kiest activiteiten (bv. fietsen, lopen) die de eerste twee weken pijncontingent en de derde week tijdcontingent uitgevoerd worden.
- Gezonde leefstijl: de onderwerpen slapen, medicatie en algemene gezondheid worden besproken met de arts.
- Probleemanalyse: iedere discipline van het behandelteam verzamelt specifieke informatie om het pijnprobleem te analyseren aan de hand van individuele gesprekken.

Behandelfase

De volgende modules komen in de behandelfase aan bod:

- Cognitieve herstructurering: Deze behandeling is gericht op het veranderen van gedrag, emoties en stemming, door het ‘uitdagen’ van disfunctionele gedachten over pijn, lichamelijk functioneren, gevoelens en verwachtingen. Gebruikmakend van onder andere rationele emotieve therapie (RET) en cognitieve therapie volgens Beck.
- Problem solving: Probleemoplossende vaardigheidstraining die de patiënten leert om systematisch en effectief met de gevolgen van pijn en eventuele andere problemen om te gaan.
- Psychomotoriek: Een ervaringsgerichte therapie die gebruikmaakt van gedragsalternatieven. De aangrijpingspunten in de behandeling zijn onder andere

bewegingsgedrag, lichaamstaal, lichamelijke spanningen, lichaamssensaties en lichaamsbeweging.

- Activiteiten: Deze module bestaat uit verschillende onderdelen die ook in combinatie gegeven kunnen worden:
 - Graded Activity: stapsgewijs activiteitsniveau opbouwen.
 - Graded Exposure: verminderen van belemmerende pijngerelateerde vrees en het veranderen van catastroferende cognities.
 - Pacing: plannen van activiteiten om zo goed mogelijk om te gaan met de energie.
 - Sport en spel: een bewegingsprogramma gericht op verbeteren van algemeen motorische vaardigheden, uithoudingsvermogen, herkennen en verkennen van eigen lichamelijke (on)mogelijkheden en het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen.
 - Fysieke training: oefenprogramma gericht op verbetering van locale en algemene componenten van fysieke conditie.
- Arbeid: Deze module bestaat uit verstrekken van informatie en advies over de regelgeving omtrent betaalde arbeid en daarnaast wordt waar nodig een stappenplan opgesteld als onderdeel van een reïntegratieplan.
- Partner: De partner kan op verschillende manieren betrokken worden bij de behandeling middels kennismaking, meeloopdagen en individuele begeleiding.
- Sociale vaardigheidstraining: Het doel is om door middel van deze training het zelfvertrouwen te vergroten. Hierbij wordt gewerkt met een aangepaste vorm van de door Goldstein ontwikkelde sociale vaardigheidstraining.

Bijlage 4: Behandelonderdelen groepsprogramma

Het groepsprogramma bestaat uit de volgende onderdelen:

- **Ontspanning:** Patiënten leren bewust te worden van spanning- en of ontspanningssignalen in het lichaam.
- **Beweging:** Patiënten leren (beter) hun grenzen herkennen en inspanning doseren. Er wordt een start gemaakt met het opbouwen van de conditie middels fietsen, sporten, wandelen en oefenen in water.
- **Praktische vaardigheden:** Het trainen van verschillende activiteiten zoals huishoudelijke bezigheden of activiteiten die te maken hebben met het werk/hobby van de patiënt. Er wordt de patiënt aangeleerd hoe inspanning het best afgewisseld kan worden met rust en dus hoe activiteiten efficiënter uitgevoerd kunnen worden, zodat ze minder energie kosten.
- **Psychosociale begeleiding:** Er is aandacht voor de relatie tussen denken, voelen en gedrag. Er wordt besproken hoe de patiënt de pijn ervaart, welke gedachten en gevoelens erbij horen en hoe er met de pijn omgegaan wordt. Vervolgens wordt bekeken of vanuit een veranderd inzicht een andere leefstijl ontdekt kan worden die beter in het leven van de patiënt past. Aandachtspunten zijn onder andere de communicatie met de omgeving en het leren aangeven van grenzen.
- **Betrekken omgeving:** Een bijeenkomst alleen voor partners (of familielid/vriend) en een bijeenkomst voor patiënten en partners (of familielid/vriend).
- **Terugkomdagen:** Na afloop van revalidatie volgt een gesprek met de revalidatiearts. Na drie en zes maanden komt de groep bij elkaar terug om te kijken in hoeverre het geleerde in praktijk wordt toegepast.

Bijlage 5: Informatieve brief respondenten

Hoensbroek, 22 januari 2009

Betreft: Onderzoek: “Welke factoren in de revalidatiebehandeling van de patiënt met chronische pijn, zijn bepalend voor het eindresultaat, volgens de patiënt zelf?”

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief willen we informeren naar uw bereidheid om mee te werken aan het onderzoek met als onderwerp: “Welke factoren in de revalidatiebehandeling zijn volgens de patiënt zelf bepalend voor het eindresultaat?”.

Het onderzoek is een initiatief van Team Pijn van Hoensbroeck Revalidatie Centrum in samenwerking met de opleiding Fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen.

Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in factoren die volgens de patiënt hebben bijgedragen aan het eindresultaat (zowel in positieve als negatieve zin). Met deze gegevens wil het team Pijn haar behandeling in de toekomst nog beter afstemmen op de wensen en behoeften van de individuele patiënt.

Het onderzoek zal in het Hoensbroeck revalidatiecentrum plaatsvinden in de periode tussen januari-maart 2009.

Deze brief informeert u over het doel, de aard en de duur van het onderzoek. Na het lezen van de brief kunt u beoordelen of u interesse en tijd heeft om aan het onderzoek deel te nemen. In de bijlage vindt u meer details over het onderzoek.

Meewerken aan het onderzoek houdt in dat er een interview zal plaatsvinden, over factoren in uw behandeling die volgens u bepalend zijn geweest voor het eindresultaat. Dit interview wordt gehouden op afdeling 2 van het HRC. Eventueel kan dit ook op een andere locatie plaatsvinden die u beter uitkomt.

Wanneer u belangstelling heeft voor deelname aan het onderzoek, kunt u bijgevoegde antwoordstrook retourneren in de bijgevoegde envelop en/of afgeven aan mevr. Corry Westerhof. Wij willen u vragen het antwoordformulier binnen 1 week te retourneren. Na het ontvangen van uw antwoordstrook zal er contact met u worden opgenomen om een afspraak te maken voor afname van het interview.

Met vriendelijke groet,

Drs. R. Pol
Revalidatiearts

Drs. A. Köke
Onderzoeker

Bijlage 1: Antwoordstrook

Ja, ik heb interesse voor deelname aan het onderzoek: “Welke factoren in de revalidatiebehandeling van de patiënt met chronische pijn, zijn bepalend voor het eindresultaat, volgens de patiënt zelf?”

Naam:

Adres:

.....

Telefoon:

Geboortedatum:

E-mail:

Geslacht: O Man O Vrouw

Bijlage 2: Extra informatie over onderzoek

Doel:

- Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in factoren die volgens de patiënt hebben bijgedragen aan het eindresultaat (zowel in positieve als negatieve zin). Met deze gegevens wil het team Pijn haar behandeling in de toekomst nog beter afstemmen op de wensen en behoeften van de individuele patiënt.

Algemeen:

- Deelname aan onderzoek geschiedt op vrijwillige basis. Een eventuele beslissing om niet deel te nemen zal geen enkele invloed hebben op eventuele (para)medische behandeling, nu en/of in de toekomst. Daarbij komt dat u zich altijd kunt terugtrekken door dit telefonisch of schriftelijk, met of zonder opgaaf van redenen, aan ons door te geven. Indien u mee wilt doen aan het onderzoek zullen we u vragen een toestemmingsformulier in te vullen. Dit gebeurt voor de start van het interview. Deze interviews worden afgenomen door twee onderzoekerstagiaires van de Hogeschool Zuyd (studierichting Fysiotherapie).

Interview:

- Het interview zal ongeveer een uur in beslag nemen. Indien u hiertegen geen bezwaar heeft zal het interview op een geluidsband worden opgenomen. Het interview zal gepland worden op een datum en tijdstip waarop het u schikt.
- De door u gegeven antwoorden tijdens het interview worden verwerkt en geanalyseerd. Er zal een uitwerking van het interview naar u worden toegezonden. Aan u wordt gevraagd te beoordelen of de uitwerking van het interview overeenkomt met dat wat door u in het interview is bedoeld. Wanneer dit niet het geval is, verzoeken wij u om ons ervan op de hoogte te stellen.

Privacy:

- Om uw privacy volledig te garanderen zullen alle gegevens, verkregen door het interview, anoniem worden verwerkt. Na afloop van het onderzoek zullen uw persoonlijke gegevens en de audio opnames vernietigd worden.

Vragen/Klachten:

- Heeft u vragen over deze brief, dan kunt u contact opnemen met A. Köke, Hoensbroeck Revalidatie Centrum, telefoonnummer: 045-5282756, email a.koke@srl.nl

Bijlage 3: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier voor deelnemers aan het onderzoek met de titel: ‘Welke factoren in de revalidatiebehandeling zijn volgens de patiënt zelf bepalend voor het eindresultaat?’.

Ik, ondergetekende _____, verklaar kennis genomen te hebben van de informatie over de inhoud, uitvoering en strekking van het onderzoek met de titel: “Welke factoren in de revalidatiebehandeling zijn volgens de patiënt zelf bepalend voor het eindresultaat?”.

Deze informatie heb ik ontvangen door middel van een informatiebrief en mondelinge informatie. Ik begrijp de opzet en het doel van het onderzoek en ik weet wat van mij verwacht wordt.

Ik ben tevens op de hoogte van de volgende punten:

- Het onderzoek wordt uitgevoerd door twee onderzoekerstagiaires van de Hogeschool Zuyd (studierichting fysiotherapie).
- Het onderzoek richt zich op mensen met chronische pijn.
- Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in factoren die volgens de patiënt hebben bijgedragen aan het eindresultaat (zowel in positieve als negatieve zin). Met deze gegevens wil het team Pijn haar behandeling in de toekomst nog beter afstemmen op de wensen en behoeften van de individuele patiënt.
- Ik ben ervan op de hoogte dat van het interview geluidsopnames gemaakt worden.
- Ik weet dat ik een uitwerking van het interview krijg toegestuurd en dat ik kan aangeven of ik het eens ben met de uitgewerkte tekst.
- Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Ik verplicht mij tot niets. Terugtrekken uit het onderzoek is altijd mogelijk zonder opgaaf van reden en zonder dat het gevolgen heeft voor mijn (eventuele) behandeling. Indien ik besluit niet verder aan het onderzoek deel te nemen, zullen alle tot dan toe verzamelde onderzoeksgegevens van mij worden vernietigd.
- Ik kan op elk tijdstip voor, tijdens en na het onderzoek vragen stellen ten aanzien van het onderzoek.
- De resultaten van het onderzoek zullen anoniem en vertrouwelijk behandeld worden. Na afloop van het onderzoek (juli 2009) zullen uw persoonlijke gegevens en de audio opname vernietigd worden.
- De bij het onderzoek betrokken projectmedewerker drs. A. Köke (HRC) zal ervoor zorgen dat het onderzoek uitgevoerd wordt volgens de verstrekte gegevens met inachtneming van privacy van de deelnemers.

Bijlage 4: Antwoordstrook

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening deelnemer: _____

Handtekening projectuitvoerder: _____

N.B. Dit formulier is in tweevoud verstrekt. Eén exemplaar is voor de projectuitvoerder, het andere exemplaar is voor u bestemd.