

Pijn – en nu?

Een educatieprogramma
ter preventie van chronische pijn



26 mei 2010

Begeleiders: Alberé Köke, Anita Stevens

Britta Mierau (0630985)

Tijmen Coemans (0648752)

Afstudeerscriptie

Pijn – en nu?

Een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn

Hogeschool Zuyd

Faculteit Gezondheid & Techniek

Studierichting Fysiotherapie

Studiejaar 2009-2010

Inleverdatum 26. Mei 2010

Studenten:

Afstudeergroep 331

Britta Mierau (0630985)

Tijmen Coemans (0648752)

Copyright

©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 op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd

Voorwoord

Voor U ligt het afstudeerproject “*Pijn – en nu? Een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn*”. Dit afstudeerproject is het eindproduct van het afstudeeronderwerp “Pijneducatie in de eerste lijn”. Naar aanleiding van de afstudeermarkt op de Hogeschool Zuyd in mei 2009 hebben wij dit afstudeeronderwerp als eerste keuze toegewezen gekregen.

De reden voor de keuze van dit afstudeeronderwerp is in eerste instantie het thema pijn. In blok 2.4 van de opleiding Fysiotherapie hebben wij al kennisgemaakt met het thema pijn en de belangrijke rol die fysiotherapie hierin kan spelen. Hierdoor is onze interesse voor het thema pijn toegenomen. Het afstudeeronderwerp “Pijneducatie in de eerste lijn” biedt ons beide een uitgelezen mogelijkheid om vanuit deze interesse op zoek te gaan naar meer diepgang. Al voorafgaande aan de afstudeermarkt is in samenspraak besloten om, indien mogelijk, een project als vorm voor de afstudeerscriptie te kiezen. De reden hiervoor is dat onze voorkeur niet alleen uitgaat naar een theoretische uitwerking van de afstudeerscriptie, maar dat wij tevens streven naar een praktische ontwikkeling. Indien specifiek wordt ingegaan op het afstudeeronderwerp dan is de ontwikkeling van een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn van grote relevantie. Deze relevantie vindt zijn oorsprong in het gezegde “voorkomen is beter dan genezen”.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat het afstudeeronderwerp “Pijneducatie in de eerste lijn” voor ons verschillende punten bevat die wij belangrijk vinden voor een afstudeerscriptie. Deze punten vormen de basis van onze motivatie.

Wij wensen U nu veel plezier bij het lezen.

Britta Mierau en Tijmen Coemans
Heerlen, Mei 2010

Dankwoord

Graag willen wij iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van dit afstudeerproject.

In het bijzonder bedanken wij onze begeleiders Dhr. A. Köke en Mevr. A. Stevens, en alle patiënten en fysiotherapeuten die hebben meegewerkt bij de realisering van het afstudeerproject. Deze scriptie was niet zo ver gekomen zonder een goede medewerking van derden.

Tot slot bedanken wij onze familie en vrienden die ons gedurende de gehele opleiding hebben ondersteund.

Wij zijn trots op onze samenwerking en het eindproduct.

Britta Mierau en Tijmen Coemans

Heerlen, Mei 2010

Pijn – en nu?

Een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn

Samenvatting

Inleiding

Ruim achthonderdduizend mensen in Nederland hebben chronische pijn. In de eerste lijn constateert men een steeds sterkere toename van het aantal patiënten die chronische pijn ontwikkelen. De omvang van deze pijnproblematiek leidt tot hoge kosten voor de samenleving. De kosten van chronische pijn zijn echter niet uitsluitend in geld uit te drukken, de levensstijl en het sociale leven van een patiënt ondergaan ook ingrijpende wijzigingen. Hieruit volgt de noodzaak van preventie voor chronische pijn. In deze scriptie is een specifiek programma hiervoor opgezet.

Doel

Het doel is het ontwikkelen van een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn in de eerste lijn.

Methode

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar aanleiding van de volgende vragen: Welke factoren spelen een rol bij het in stand houden van acute/subacute pijnklachten? Wat is bekend over de mate van effectiviteit van educatie bij patiënten met pijnklachten? Wat zijn bewezen effectieve leermiddelen met betrekking tot het geven van educatie en/of het aanleren van vaardigheden in het algemeen? Om een antwoord te krijgen op de vraag hoe men vanuit de praktijk aankijkt tegen educatie, zijn bij zowel patiënten als fysiotherapeuten interviews afgenomen.

Resultaten

Aan de hand van het literatuuronderzoek en de interviews is een vergelijking gemaakt tussen evidence-based en practice-based. Dit heeft de basis gevormd bij de ontwikkeling van het educatieprogramma. Het educatieprogramma is een leidraad voor fysiotherapeuten in de eerste lijn. Het maakt gebruik van de combinatie van een folder en gaat een interactieve dialoog met de patiënt aan. In de folder komen de volgende onderwerpen aan bod: fases van pijn, fases van herstel, belasting-belastbaarheid, invloed van emoties op pijn en het advies “actief blijven”. De educatiegesprekken worden gevoerd aan de hand van het pijn-gevolgen-model.

Conclusie

Momenteel bestaat er nog weinig specifiek onderzoek over educatie ter preventie van chronische pijn. Daarom is het educatieprogramma een eerste opzet, welke in de toekomst kan worden geperfectioneerd.

Abstract

Introduction

More than eight hundred thousand people in the Netherlands are diagnosed with chronic pain. In primary care one can establish a progressive increase of the number of patients who develop chronic pain. The magnitude of this pain issue leads to high costs for society. These costs are not exclusively financially related. A patient's lifestyle and social life are affected as well and are going through radical changes. From this the necessity emerges to help preventing chronic pain. In this thesis a specific program is developed.

Purpose

The purpose of this project is to develop an education program to help preventing chronic pain in primary care.

Method

A literature research ('evidence-based') has been performed based on the following questions: Which factors play a role as regards preservation of acute/subacute pain disorders? What is known about the level of effectiveness of education of patients with pain disorders? What are proven effective educational aids as to the provision of education and/or acquiring abilities in general? Both patients and physiotherapists have been interviewed ('practice-based') to get an answer on the question how practice views education.

Results

After having carried out literature research and interviews, evidence-based and practice-based were compared. Founded on the conclusions the education program was developed. The education program is a manual for physiotherapists in primary care. It uses the combination of a folder and educational dialogues. The folder addresses the following topics: phases of pain, phases of recovery, the influence of emotions on pain and the advice "stay active". The educational dialogues are given with the use of pain-consequence-model as a standard.

Conclusion

Currently there is still less specific evidence with respect to prevent chronic pain. Therefore the education program should be considered a first design, which preferably should be improved by further research in the future.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
1.1 De doelstelling	4
1.2 De vraagstelling	4
1.3 De subvragen	4
2 Methode	5
2.1 Literatuuronderzoek	5
2.1.1 Zoektermen	5
2.1.2 Subvragen	6
2.2 Interviews	7
2.2.1 Inclusiecriteria voor patiënten	7
2.2.2 Inclusiecriteria voor fysiotherapeuten	7
2.2.3 Het interview	8
2.3 Conclusie en aandachtspunten voor het educatieprogramma	8
3 Resultaten: literatuuronderzoek en interviews	9
3.1 Subvraag I Factoren bij het in stand houden van pijnklachten	9
3.2 Subvraag II Effectiviteit van educatie	10
3.3 Subvraag III Bewezen effectieve leermiddelen	14
3.3.1 Leerpiramide van Bales	14
3.3.2 Modellen	14
3.3.3 Folder	15
3.3.4 Poster	16
3.3.5 DVD	16
3.3.6 Lotgenotencontact	17
3.4 Subvraag IV Visie van praktijk op educatie	17
3.4.1 Resultaten interviews met patiënten in de acute/subacute fase	17
3.4.2 Resultaten van de interviews met patiënten in de chronische fase	18
3.4.3 Resultaten van de interviews fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn	19
3.5 Conclusie en aandachtspunten voor het educatieprogramma	20
3.5.1 Factoren	20
3.5.2 Educatie moet van een korte duur zijn	21
3.5.3 Het advies 'actief blijven'	21
3.5.4 Gebruik van folder	21
3.5.5 De patiënt actief betrekken bij de educatie	21
3.5.6 Het gebruik van het pijn-gevolgen-model als 'verklaringsmodel'	22
3.5.7 Uitleg moet begrijpelijk zijn	22
3.5.8 Biopsychosociale insteek	22
3.5.9 Het gebruik van afbeeldingen, schema's en grafieken tijdens de educatie	22
3.5.10 Letten op de hoeveelheid informatie	22
3.5.11 Educatieprogramma dat een stappenplan aangeeft	22
4 Pijn – en nu ? Het educatieprogramma	23
4.1 Doelstelling	23
4.2 Doelgroep	23
4.3 Potentiële gebruiker	23
4.4 De folder	23
4.5 Het Educatieprogramma	24
4.5.1 Anamnese – Gesprek I	25
4.5.2 Folder bespreken – Gesprek II	26
4.5.3 Het herstel evalueren – Gesprek III	26
4.5.4 Evaluatie pijn-gevolgen-model – Gesprek IV	31
4.6 Afsluiting	33
5 Discussie	34
5.1 Nederlandse gezondheidssysteem	34
5.2 Gegevensverzameling	34
5.3 Literatuuronderzoek	35
5.4 Het educatiemiddel	35
5.5 Het educatieprogramma	36
5.6 Stappen voor de toekomst	37
5.7 Samenvatting	37
Geraadpleegde literatuur	38
Bijlagen	I

Tabeloverzicht

Tabel I	Geselecteerde effectieve studies	23
---------	----------------------------------	----

Figuuroverzicht

Figuur I	Leerpiramide van Bales	14
Figuur II	Overzicht van het educatieprogramma	24
Figuur III	Korte termijn – functioneel; Lange termijn – afwijkend herstel	28
Figuur IV	Nor maal herstel	28
Figuur V	Pijn-gevolgen-model	30

Gebruikte afkortingen

ASE	Attitude, Sociale invloeden en Eigen effectiviteit
IASP	International Association for the Study of Pain
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
LBP	Low Back Pain
PGM	Pijn-Gevolgen-Model
PSK	Patiënt Specifieke Klachten
VAS	Visual Analogue Scale
4 – DKL	Vier Dimensionaal Klachten Lijst

Voor de leesbaarheid van de tekst geven we alleen de mannelijke vorm aan zonder daarmee de vrouwelijke fysiotherapeut uit te sluiten. Dit geldt ook voor de patiënt: er staat “hij” maar we bedoelen uiteraard ook de vrouwelijke patiënt. Overigens leest U overal “patiënt”, daarmee bedoelen we ook de cliënt en de wettelijke vertegenwoordiger. Dit onderscheid is voor het leesgemak weggelaten.

1 Inleiding

Iedereen heeft wel eens pijn. Maar als die pijn niet meer overgaat, wat dan? “Pijn is een onaangename sensorische en emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo’n beschadiging”. Dit is de definitie van pijn volgens de International Association for the Study of Pain (IASP). De IASP voegt hieraan toe: “Pijn is altijd subjectief”. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen acute en chronische pijn. Bij acute pijn is er sprake van weefselschade, de pijn heeft dan de functie van een waarschuwing. Chronische pijn heeft vaak geen signaalfunctie meer, de pijngewaarwording staat dan niet meer in verband met een sensatie[1]. Op basis van de duur van de pijn kan worden gesproken van een acuut (0-6 weken), subacuut (7-12 weken) of chronisch (>12 weken) stadium[2-4].

Ruim achthonderdduizend mensen in Nederland hebben chronische pijn[5]. Sinds de Tweede Wereldoorlog constateert men in de Westerse landen een sterke toename in de omvang van de pijnproblematiek[6]. Een onderzoek naar de kosten van rugpijn voor de Nederlandse samenleving heeft uitgewezen dat rugpijn de duurste ziekte is wat betreft ziekteverzuim en handicap[7]. De kosten van chronische pijn zijn echter niet uitsluitend in geld uit te drukken. Indien, om welke reden dan ook, de pijn blijft bestaan, ondergaan ook de levensstijl en het sociale leven van een patiënt ingrijpende wijzigingen[6]. Ten gevolge hiervan nemen psychologische mechanismen de kans hun invloed uit te oefenen. Dit houdt in dat de gedachten en gewoonten van een patiënt veranderen. Er kan daarom ook wel gesproken worden van een gedragsverandering. Een gedragsverandering verloopt in fases en is een ingewikkeld proces.

Er bestaan verschillende modellen die de fases van gedragsverandering beschrijven. In de fysiotherapie wordt vaak gebruik gemaakt van “de stappenreeks” van Balm[8]: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen. Welk model er ook gebruikt wordt of hoe de fases ook benoemd zijn, belangrijk is dat men fasespecifieke interventies toepast. Dit betekent dat de informatie c.q. interventie die we de patiënt geven afgestemd moet zijn op de fase waarin deze zich bevindt.[9] Educatie richt zich met name op de fase “begrijpen” uit “de stappenreeks” van Balm[8]. In diverse KNGF-richtlijnen (Lage-rugpijn, Whiplash, Artrose) krijgt de fysiotherapeut het advies om tijdens deze fase gedragsmatige principes toe te passen op patiënten met (chronische) aspecifieke klachten[2-4].

Een gedragfysiotherapeutische benadering van chronische pijnklachten stamt uit de jaren zestig en zeventig en was destijds gebaseerd op de operante leertheorie. Vervolgens werd het belang van opvattingen en verwachtingen van de patiënt over pijn in de jaren tachtig en negentig aangetoond. Het aanvankelijk sterk op operante leerfactoren gebaseerde model is de afgelopen jaren aangevuld met aandacht voor cognities van de patiënt. Men spreekt tegenwoordig dan ook van een cognitief- gedragsmatige of gedragsgeoriënteerde aanpak.[9] Deze aanpak is ontwikkeld op basis van de bevindingen dat er door patiënten vaak chronische pijn gerapporteerd wordt zonder dat er enige vorm van weefselbeschadiging wordt aangetroffen. Hier wordt pijn dus als gedrag gezien.[6]

Educatie is een belangrijk aspect binnen de behandeling van chronisch-pijnpatiënten volgens de principes van de gedragsgeoriënteerde aanpak. Het doel van educatie is patiënten inzicht te geven in een andere benaderingswijze van de pijn, dan ze tot nu toe gewend zijn. Patiënten krijgen uitleg dat er winst te behalen is op andere domeinen dan pijnvermindering, zoals het oefenen/sturen van functies en activiteiten.[9] In het beroepscompetentieprofiel van de fysiotherapeut van de KNGF staan de volgende verrichtingen beschreven: bevragen (anamnese), testen meten en analyseren, informeren en adviseren, oefenen en sturen, fysische verrichtingen en manuele handelingen[10]. Als dit beroepscompetentieprofiel wordt toegepast op het geven van educatie, dan zijn volgens de diverse KNGF-richtlijnen (Lage-rugpijn, Whiplash, Artrose) informeren/adviseren en oefenen/sturen van functies en activiteiten de belangrijkste verrichtingen. De subdoelen hierbij zijn: vergroting van kennis en inzicht van de patiënt, opbouw van activiteiten en participatie, verbetering van relevante functies, bevordering van een adequate wijze van omgaan met de klachten en beïnvloeding van andere biopsychosociale factoren die geassocieerd zijn met het voortbestaan van de klachten en die binnen het bereik van de fysiotherapie liggen (bijvoorbeeld lichamelijke conditie, bespreekbaar maken van de werkdruk of rol van de partner).[2-4]

Maar waarom is educatie nu zo belangrijk? In de samenleving bestaan veel misvattingen over pijn. Vanouds worden we opgevoed met het idee dat pijn altijd een teken is van weefselschade. Pijn vormt een waarschuwingssignaal. Bij (chronische) specifieke pijnklachten is deze gedachte echter niet altijd terecht. Pijn heeft hier namelijk vaak geen functie meer als waarschuwingssignaal.[9] Indien patiënten, in combinatie met dit feit, ook nog eens onvoldoende informatie krijgen met betrekking tot hun klachten, dan neemt hun onzekerheid toe en wordt geprobeerd zelfstandig een oplossing of verklaring te vinden. In een populatie van

patiënten met chronische rugpijn denkt zevenenzeventig procent bijvoorbeeld dat het maken van een foute beweging tijdens de rugpijn tot een serieus probleem kan leiden. Vijfendertig procent denkt dat strikte bedrust het belangrijkste therapieonderdeel is. Belangrijk is dat patiënten mede op basis van deze misvattingen een “eigen beeld” over de oorzaak van hun klachten gaan vormen. Ook hebben ze bepaalde verwachtingen of ideeën hoe hun klachten het beste behandeld kunnen worden.[11] Dit leidt ertoe dat pijnvermindering meestal de primaire hulpvraag van een patiënt is. Een pijngerichte aanpak is echter niet of slechts tijdelijk succesvol. Patiënten zullen echter niet meteen openstaan voor een benadering die niet (direct) gericht is op het wegnemen van de pijn. De patiënt moet een alternatief verklaringsmodel aangeboden krijgen om zijn opvatting dat pijn altijd een teken is van weefselschade, te kunnen loslaten.[9] Het idee is, door middel van educatie de patiënt inzicht te geven in de factoren die de klachten onderhouden en de mogelijke manieren om deze factoren te kunnen beïnvloeden.

In de tweede lijn (gespecialiseerde pijnklinieken, revalidatiecentra) wordt al geruime tijd gewerkt met verschillende vormen van educatie. Het grote verschil in vergelijking met de eerste lijn is dat de patiënten in de tweede lijn meestal het chronische stadium al bereikt hebben. Tijdens de chronische fase wordt educatie aan patiënten gegeven met als doel het inzicht in de achtergronden van chronische pijn te vergroten. Een verdere doelstelling is het vergroten van het zelfmanagement van een patiënt. Er wordt getracht deze doelstellingen te bereiken door bijvoorbeeld het geven van educatie in een ‘één-op-één’ situatie met een fysiotherapeut/arts of via het volgen van pijnlessen in groepsverband met andere patiënten. Waar in de tweede lijn dus vooral geprobeerd wordt om mensen te laten omgaan met hun pijnklachten, zal in de eerste lijn de nadruk op preventie liggen, het voorkomen dat een patiënt in het chronische stadium terechtkomt. Preventie van chronische pijn kan zowel voor de patiënt als voor de samenleving grote winsten opleveren. De patiënt hoeft namelijk niet meer door alle ellende heen die chronische pijn met zich meebrengt en de samenleving kan veel kosten besparen.

De educatie in de chronische fase is qua vorm, inhoud en duur meestal niet één op één over te nemen naar de acute/subacute fase. Wel kan de bestaande evidence over educatie in de chronische fase gebruikt worden bij de ontwikkeling van een educatieprogramma in de acute/subacute fase. Omdat de indruk bestaat dat er vooralsnog onvoldoende educatie bestaat gericht op preventie van chronische pijn in de acute/subacute fase, is het belangrijk hier onderzoek naar te

doen. Knelpunten in de huidige educatie liggen met name op het gebied van de praktische toepasbaarheid. In de alledaagse fysiotherapiepraktijk speelt het tijdsaspect een belangrijke rol. Een fysiotherapeut heeft normaal gesproken maar een half uur de tijd voor de behandeling van een patiënt. In de meeste gevallen wordt zowel vanuit het perspectief van de fysiotherapeut als van de patiënt meer waarde gehecht aan het feit lichamelijk bezig te zijn. De tijd die dan nog overblijft om een patiënt goed in te lichten over chronische pijn is erg kort. Voor ons afstudeerproject ligt op dit gebied dan ook de uitdaging om de educatie dusdanig vorm te geven dat het praktisch toepasbaar wordt in de eerste lijn. Vanuit dit uitgangspunt hebben wij onze doelstelling en vraagstelling geformuleerd.

1.1 De doelstelling

De doelstelling van dit afstudeerproject is het ontwikkelen van een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn in de eerste lijn.

1.2 De vraagstelling

De vraagstelling van dit afstudeerproject is aan welke eisen qua inhoud, vorm en duur een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn in de eerste lijn moet voldoen.

1.3 De subvragen

- I. Welke factoren spelen een rol bij het in stand houden van acute/subacute pijnklachten van het bewegingsapparaat?
- II. Wat is bekend over de mate van effectiviteit van educatie bij patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat?
- III. Wat zijn bewezen effectieve leermiddelen met betrekking tot educatie geven en /of het aanleren van vaardigheden in het algemeen?
- IV. Hoe kijkt men vanuit de praktijk (patiënten en fysiotherapeuten) aan tegen educatie over pijn?

2 Methode

In de Methode wordt beschreven hoe het afstudeerproject is opgesteld. Aan de hand van de doel- en vraagstelling zijn er subvragen geformuleerd. Subvraag I t/m III zijn met behulp van literatuuronderzoek beantwoordt. Voor Subvraag IV is gebruik gemaakt van interviews. De antwoorden op de subvragen hebben de basis gevormd voor het maken van keuzes tijdens het ontwikkelen van het educatieprogramma.

2.1 Literatuuronderzoek

Door middel van een literatuuronderzoek is nagegaan welke evidence er momenteel aanwezig is met betrekking tot educatie. Om Subvraag I t/m III te kunnen beantwoorden is met behulp van de databases Pubmed, PEDro en Cochrane naar wetenschappelijke artikelen gezocht. Het literatuuronderzoek is beperkt gebleven tot het zoeken naar systematic reviews, omdat het doel was een algemeen overzicht te krijgen van de stand van zaken tot nu toe.

Er is niet alleen naar literatuur gezocht via de verschillende databases, tevens is een bezoek gebracht aan de bibliotheek van de Universiteit Maastricht (gevestigd te Randwyck). Ten gevolge van dit bezoek hebben wij het volgende boek uitgeleend: Burgt, v.d.M., Verhulst, FJCM., Doen en blijven doen: Patiëntenvoorlichting in de paramedische praktijk.

Door de stage van Britta in het revalidatiecentrum “Adelante - Volwassenen revalidatie” in Hoensbroek was het ook mogelijk artikelen en boeken te kunnen uitlenen. Tevens kon gebruik worden gemaakt van het educatieprogramma van Team Pijn van het revalidatiecentrum “Adelante - Volwassenen revalidatie”. Dit educatieprogramma wordt ingezet voor de behandeling van complexe chronische pijnpatiënten. Wellicht kunnen onderdelen vanuit dit educatieprogramma overgenomen worden en/of vertaald worden naar de situatie in de eerste lijn.

2.1.1 Zoektermen

In combinatie met de zoekterm ‘systematic review’ of ‘review’ zijn de volgende zoektermen gebruikt: acute, subacute of chronic pain, folder, video, booklet, education, information, behaviour, primary care, self care, beliefs, predictors, prognosis, risk factor, selfmanagement, prevention, chronicity, development.

2.1.2 Subvragen

Subvraag I: Welke factoren spelen een rol bij het in stand houden van acute/subacute pijnklachten van het bewegingsapparaat?

Het doel van deze subvraag is een algemeen beeld te krijgen welke factoren een rol spelen bij het in stand houden van acute/subacute pijnklachten. Op deze factoren kan worden ingespeeld in het educatieprogramma.

In het literatuuronderzoek zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt: Er is alleen gezocht naar systematic reviews. Verder moest de literatuur wat betreft inhoud gericht zijn op pijnklachten van het bewegingsapparaat. Specifiek moest er onderzoek gedaan zijn naar de prognostische en/of predictieve factoren die een rol spelen bij het ontwikkelen van chronische pijn.

Subvraag II: Wat is bekend over de mate van effectiviteit van educatie bij patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat?

Bij deze subvraag wordt geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag wat de effectiviteit van educatie is en welke vorm van educatie het meest effectief is. Van de effectieve studies worden de volgende variabelen beschreven en verwerkt in een tabel: deelnemers, interventie, inhoud educatie, frequentie, duur en effectiviteit.

In het literatuuronderzoek zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt: Er is alleen gezocht naar systematic reviews. Verder moest de literatuur wat betreft inhoud gericht zijn op pijnklachten van het bewegingsapparaat. Specifiek moest er onderzoek gedaan zijn naar educatie in de acute/subacute fase.

Subvraag III: Wat zijn de bewezen effectieve leermiddelen met betrekking tot educatie geven en/of het aanleren van vaardigheden in het algemeen?

Ten eerste wordt in deze subvraag uitleg gegeven over wat er bekend is over de effectiviteit van verschillende leervormen: uitleg docent, lezen, audiovisueel materiaal, demonstratie, discussiegroep, praktijkoefening en zelf uitleg geven aan elkaar. Ten tweede wordt beschreven welke leermodellen er bestaan: ASE-model, pijn-gevolgen-model en vrees-vermijdingsmodel. Als laatste wordt gekeken naar de functie en effectiviteit van verschillende leermiddelen: folder, poster, DVD, lotgenotencontact.

In het literatuuronderzoek zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt: Er is alleen gezocht naar systematic reviews en boeken. Verder moest de literatuur wat betreft inhoud gericht zijn op leervormen, leermodellen of leermiddelen.

2.2 Interviews

Subvraag IV geeft antwoord op de vraag hoe men vanuit de praktijk aankijkt tegen educatie over pijn. Dit wordt gedaan door het afnemen van interviews met patiënten in de acute/subacute, patiënten in de chronische fase en fysiotherapeuten. Door het aangaan van een dialoog met de uiteindelijke “potentiële gebruikers” wordt verwacht een indruk te krijgen over de wensen wat betreft de inhoud, vorm, frequentie, duur en effectiviteit van educatie. Bij de ontwikkeling van het educatieprogramma moet immers rekening worden gehouden met waar op dit moment vraag naar is vanuit de praktijk.

Er is gekozen voor het afnemen van zes interviews bij patiënten in de acute/subacute fase, zes interviews bij patiënten in de chronische fase en zes interviews met fysiotherapeuten uit de eerste lijn. Aangezien het tijdsbestek is het doel van de interviews een oriënterend beeld te krijgen. Er is niet gekozen voor een kwantitatief onderzoek en daarom zijn de interviews beperkt tot zes interviews per categorie.

2.2.1 Inclusiecriteria voor patiënten

Bij de interviews met de patiënten zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt: De patiënten in de chronische fase moesten allen een revalidatieprogramma hebben doorlopen met daarin pijneducatie. De reden om te kiezen voor patiënten in de chronische fase is omdat bij deze patiënten de kans het grootst is dat ze al met verschillende vormen van educatie in aanraking zijn geweest. Besloten is om patiënten te interviewen die onder behandeling staan in het revalidatiecentrum “Adelante - Volwassenen revalidatie”. Patiënten in de acute/subacute fase zullen nog niet vaak in aanraking zijn geweest met verschillende vormen van educatie. Patiënten in de acute/subacute fase kunnen echter wel aangeven wat voor een soort informatie ze zouden willen krijgen. Alle patiënten hadden pijnklachten aan het bewegingsapparaat. Bij de interviews zijn alleen patiënten van Nederlandse afkomst geselecteerd.

2.2.2 Inclusiecriteria voor fysiotherapeuten

Bij de interviews met de fysiotherapeuten zijn de volgende inclusiecriteria gebruikt: Alle fysiotherapeuten moesten werkzaam zijn in de eerste lijn. Voor de werving van

fysiotherapeuten is gebruik gemaakt van fysiotherapeuten uit eerdere en actuele stageplekken.

2.2.3 Het interview

De vragen in de interviews zijn door middel van een brainstorm opgesteld.

Uiteindelijk zijn de beste vragen uit deze brainstorm geselecteerd. Zo zijn er twee interviewschema's (zie bijlage 1,3) ontstaan, één voor de patiënten en één voor de fysiotherapeuten.

Om te evalueren of de interviewschema's goed opgebouwd waren, is een "proefinterview" uitgevoerd met onze begeleider, Albère Köke. Aansluitend aan dit proefinterview zijn de vragen nogmaals besproken en eventuele correcties zijn aangebracht. De interviews met de patiënten bestonden uit een één-op-één-gesprek met een duur van dertig minuten. De interviews met de fysiotherapeuten zijn schriftelijk afgenomen. Als laatste stap zijn de interviews uitgewerkt. Er is een samenvatting geschreven en de antwoorden zijn schematisch weergegeven in een tabel (zie bijlage 2,4,5).

2.3 Conclusie en aandachtspunten voor het educatieprogramma

Aan de hand van de resultaten uit het literatuuronderzoek en de interviews zijn aandachtspunten geformuleerd die als basis dienen bij de ontwikkeling van het educatieprogramma ter preventie van chronische pijn.

3 Resultaten: literatuuronderzoek en interviews

Aan de hand van de doel- en vraagstelling van het project zijn vier subvragen geformuleerd. Door middel van het literatuuronderzoek en de interviews is getracht een antwoord te vinden op deze subvragen. In dit Hoofdstuk worden de antwoorden op de subvragen uitgewerkt.

- 3.1 Welke factoren spelen een rol bij het in stand houden van acute/subacute pijnklachten van het bewegingsapparaat?
- 3.2 Wat is bekend over de mate van effectiviteit van educatie bij patiënten met pijnklachten van het bewegingsapparaat?
- 3.3 Wat zijn de bewezen effectieve leermiddelen met betrekking tot educatie geven en/of het aanleren van vaardigheden in het algemeen?
- 3.4 Hoe kijkt men vanuit de praktijk (patiënten en fysiotherapeuten) aan tegen educatie over pijn?

3.1 Subvraag I Factoren bij het in stand houden van pijnklachten

In totaal zijn drie systematic reviews gevonden over factoren die mogelijk een rol kunnen spelen bij het in stand houden van pijnklachten. In deze systematic reviews is onderzoek gedaan naar de volgende factoren: depressieve gevoelens, catastroferen, somatiserende gedachten, pijngerelateerde cognities, vermijdingsgedrag, chronische stress in het dagelijkse leven, ontevredenheid over werk, negeren van de pijn, niet in staat zijn om te ontspannen, onzekerheid, aandacht voor de pijn en persoonlijke factoren.

In de systematic review van Pincus[12] is sterk bewijs gevonden voor het in stand houden van pijnklachten door depressieve gevoelens en somatiserende gedachten. Geen bewijs is gevonden voor andere psychologische factoren, alhoewel er zwak bewijs is voor de rol van catastroferen als coping strategie.

Een andere systematic review van Pincus[13] geeft aan dat de rol van specifieke psychologische variabelen bij de overgang van acute naar chronische pijnklachten vooralsnog onduidelijk zijn. Deze systematic review concludeerde dan ook dat meer onderzoek nodig is voor de identificatie van specifieke psychologische in stand houdende factoren.

In de systematic review van Hasenbring[14] is sterk bewijs gevonden voor een duidelijke associatie van depressieve gevoelens, pijngerelateerde cognities,

chronische stress in het dagelijkse leven, ontevredenheid over werk en coping gedrag bij de ontwikkeling van chronische pijn. Met betrekking tot pijngerelateerde cognities worden catastroferen en vermijdingsgedrag ondersteund met het meeste empirische bewijs. Wat betreft coping gedrag spelen passieve coping strategieën zoals vermijdingsgedrag de belangrijkste rol. Zwak bewijs is gevonden voor patiënten die hun pijn negeren en niet in staat zijn om te ontspannen. Tegenstrijdig bewijs is er gevonden voor de rol van persoonlijke factoren.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat voor de factor depressieve gevoelens in twee systematic reviews sterk bewijs is gevonden. De volgende factoren worden ondersteund met sterk bewijs uit één systematic review: somatiserende gedachten, pijngerelateerde cognities, vermijdingsgedrag, chronische stress in het dagelijkse leven en ontevredenheid over werk. Voor de factor catastroferen is in één systematic review sterk bewijs gevonden en in één andere systematic review zwak bewijs. Het negeren van pijn en het niet in staat zijn om te ontspannen is ondersteund met zwak bewijs uit één systematic review. Tegenstrijdig bewijs is gevonden voor de rol van persoonlijke factoren. Van de overige factoren onzekerheid en aandacht voor de pijn is geen evidence bekend.

3.2 Subvraag II Effectiviteit van educatie

In totaal zijn zeven systematic reviews gebruikt om een antwoord te krijgen op de mate van effectiviteit van educatie.

In de systematic review van Engers[15] is sterk bewijs gevonden dat individuele educatie in de vorm van een gesprek van 2,5 uur meer effectief is voor een snellere terugkeer naar werk dan geen interventie. Tevens is sterk bewijs gevonden dat individuele educatie bij patiënten in de acute/subacute fase even effectief is als interventies zonder educatie op de pijnintensiteit en globale vooruitgang. Het vergelijken van verschillende vormen van individuele educatie hebben geen significante verschillen laten zien.

De systematic review van Farmer[16] legt de nadruk op de effectiviteit van geschreven educatiemateriaal. Uit de systematic review is met sterk bewijs gebleken dat vergeleken met geen interventie, geprint educatiemateriaal (wanneer alleen gebruikt) geen voordelig effect heeft op terugkeer naar werk, stoppen met roken en depressie. Er is te weinig informatie bekend over hoe educatiemateriaal geoptimaliseerd kan worden, ten gevolge van inadequate details over het educatiemateriaal en zeer gevarieerde vormen van geschreven educatiemateriaal. Alhoewel de voordelen van geschreven educatiemateriaal dus klein blijken, kunnen ze toch waarde hebben vanwege hun lage kosten en makkelijke verspreidbaarheid.

In de systematic review van Riemsma[17] is de educatie gericht op volwassenen met reumatoïde arthritis. Sterk bewijs ten gunste van educatie is gevonden voor de items: actief blijven, angst en depressie. Geen significante effecten van educatie zijn te zien voor positief effect op de ziekteactiviteit. Zwak bewijs is gevonden voor een positief effect van educatie op de pijnscores. Op de lange termijn (3-14 maanden) zijn geen significante resultaten voor educatie meer gevonden. Indien alleen informatie (niet gericht op gedragsverandering) wordt gegeven dan zijn geen significante effecten waarneembaar voor pijnscores, angst, depressie en ziekteactiviteit.

De systematic review van Haines[18] heeft patiënten met nekpijn met of zonder radiculopathie als doelgroep. Sterk bewijs is gevonden voor geen verschil in pijn wanneer advisering met de nadruk op activatie vergeleken wordt met geen behandeling of andere behandelingen (oefentherapie, manuele therapie, gedragstherapie). Indien advisering met de nadruk op activatie wordt vergeleken met rust is redelijk bewijs te zien voor geen verschil in pijn.

In de systematic review van Foster[19] is zwak bewijs gevonden voor een positief effect van een zelfmanagementprogramma op de reductie in pijn, beperkingen in het dagelijkse leven, depressie en zelf beoordeelde algemene gezondheidstoestand. Er is momenteel geen evidence dat dergelijke programma's leiden tot een verbetering van de psychologische gezondheidstoestand, kwaliteit van leven of een significant minder gebruik van gezondheidszorg.

De systematic review van Waddell[20] concludeerde dat interventieprogramma's waar aandacht werd geschonken aan het actief blijven leidden tot een snellere terugkeer naar werk en minder kans op. Resultaten uit deze review laten zien dat er geen verschil is tussen de effecten van verschillende typen van individuele educatie. Welke vorm van educatie de voorkeur heeft en welke inhoud, intensiteit en frequentie de beste is blijft onduidelijk.

In de systematic review van Hilde[21] is gebleken dat het advies actief te blijven als enige interventie niet effectief was. Vanuit de KNGF-richtlijn Lage-rugpijn wordt aanbevolen patiënten met acute/subacute lage-rugpijn te adviseren om actief te blijven. Bedrust is niet zinvol bij patiënten met acute/subacute lage-rugpijn. Indien bedrust noodzakelijk is, wordt geadviseerd om deze zo kort mogelijk te houden.

Uit de systematic reviews is gebleken dat er nog veel onduidelijk is over welke vorm, inhoud, intensiteit en frequentie van educatie nu het effectiefst is. Daarom is besloten om uit de zeven reviews de effectieve studies te selecteren en voor deze studies een vergelijking te maken wat betreft de variabelen deelnemers, interventie,

inhoud educatie, frequentie, duur en effectiviteit. De uitwerking van deze variabelen zijn beschreven in tabel I. Uit de studies van tabel I blijkt dat de volgende inhoud van educatie effectief is: advisering gericht op 'actief blijven', uitleg van pijnmechanismen, omgang met nieuwe episodes van klachten, uitleg over anatomie/fysiologie/biomechanica en het uitdoven van negatieve gedachten en gedrag . De frequentie waarmee de educatie wordt gegeven varieert van één keer per week tot drie keer per week. Als gekeken wordt naar de duur van de educatie dan is te zien dat deze één á twee uur duurt.

Tabel I Geselecteerde effectieve studies

Studie	Deelnemers	Interventie	Inhoud educatie	Frequentie	Duur	Effectiviteit
Hagen 2003[22]	Werkenden met LBP, ziek voor 8-12 weken	Mondelinge educatie/onderzoek rugkliniek vs. eerste lijn: ten minste één bezoek/geen onderzoek rugkliniek	Informatie en advisering gericht op 'actief blijven'	1x	2 uur	Snellere terugkeer naar werk na 12 maanden
Indahl 1995[23]	Werkenden met LBP, ziek voor 8-12 weken	Mondelinge educatie/onderzoek rugkliniek vs. normale zorg	Informatie en advisering gericht op 'actief blijven'	1x	2 uur	Snellere terugkeer naar werk na 200 en 400 dagen Ziekteverzuim
Storheim 2003[24]	Ziek voor 8-12 weken met subacute lage-rugpijn	Cognitieve interventie vs. intensieve groepstraining vs. normale zorg huisarts	Cognitieve interventie: uitleg van pijnmechanismen, hoe om te gaan met nieuwe episodes van klachten, verzekeren dat het veilig is te bewegen en de rug te gebruiken zonder restricties	Cognitieve interventie: 2x	Cognitieve interventie ½-1 uur	Functioneren met LBP ↑ Algeheel functioneren ↑
Lønn 1999[25]	LBP	Active Back School programma	De theorielessen bestaan uit: anatomie, fysiologie, ergonomie, biomechanica, recentelijke onderzoeken naar LBP	20 lessen in 13 weken	Th: 20 min.	Kans op nieuwe LBP episodes ↓ Ziekteverzuim ↓ Ernstigheid nieuwe LBP episodes ↓ na 36 maanden
Symonds 1995[26]	LBP	Psychosociaal pamflet vs. geen specifiek pamflet of geen interventie	Pamflet: uitdoven negatieve gedachten en gedrag	-	-	Ziekteverzuim ↓ Locus of control pijn ↑

3.3 Subvraag III Bewezen effectieve leermiddelen

Bij deze subvraag is gebruik gemaakt van de leerpiramide van Bales en van het boek v.d. Burgt/Verhulst waarin de toepassing van verschillende leermiddelen (folder, poster, video, lotgenoten) wordt uitgelegd.

3.3.1 Leerpiramide van Bales

In de leerpiramide van Bales (figuur I) wordt weergegeven hoeveel procent van de leerstof blijft hangen na een leeractiviteit. Uit de leerpiramide van Bales blijkt dat het grootste leereffect (80%) optreedt bij het zelf doen en uitleg geven aan elkaar. Daarna komen achtereenvolgens de praktijkoefening (75%), discussiegroep (50%), demonstratie (30%), audiovisueel materiaal (20%), lezen (10%) en bij alleen uitleg van een docent (10%) blijkt het kleinste leereffect op te treden. De leerpiramide staat in figuur I weer gegeven.

Figuur I Leerpiramide van Bales



Omdat de leerpiramide van Bales als enige bron is gevonden met betrekking tot de effectiviteit van leermiddelen, wordt deze gebruikt als basis. Vanuit de leerpiramide worden de verschillende leermiddelen (folder, poster, video, lotgenotencontact) beoordeeld op effectiviteit. Vanuit verschillende systematic reviews[13, 15] is geconcludeerd dat het werken vanuit een model erg belangrijk is voor de effectiviteit van educatie. Daarom zullen in eerste instantie enkele modellen besproken worden welke bij educatie toegepast kunnen worden. Daarna zal worden ingegaan op de functie en effectiviteit van verschillende leermiddelen: folder, poster, video en lotgenotencontact.

3.3.2 Modellen

Vanuit de literatuur valt op dat het ASE-model[27] vaak wordt toegepast bij gedragsverandering. Het ASE-model is ontwikkeld voor de publieksvoorlichting, maar is ook bruikbaar in de individuele voorlichting. De letters A, S en E verwijzen

naar de drie factoren die van invloed zijn op de intentie tot verandering van gedrag. Die factoren zijn respectievelijk attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. De bereidheid om gedrag te veranderen komt tot stand door een samenspel van attitude (hoe kijkt een persoon aan tegen...), sociale invloed (hoe kijken anderen daartegen aan...) en vertrouwen in eigen kunnen (zal het wel of niet lukken om...). Educatie is gericht op de stap begrijpen uit het ASE-model. Naast het ASE-model kunnen er natuurlijk ook andere modellen gebruikt worden. Modellen die specifiek gericht zijn op educatie bij pijn zijn het pijn-gevolgen-model[28] en het vrees-vermijdingsmodel[28]. Een theoretisch model geeft richting aan de inhoud van de interventie waardoor de effectiviteit vergroot wordt.

Het pijn-gevolgen-model kan individueel of in groepsverband toegepast worden. Het model wordt stap voor stap opgebouwd. Er wordt begonnen bij de oorzaak van pijn en werken vervolgens door naar de gevolgen voor activiteiten in het dagelijkse leven. Daarna wordt gekeken naar de gevolgen op lange termijn, zowel lichamelijk, emotioneel als sociaal. Uiteindelijk wordt de link gelegd met de invloed van deze gevolgen op de pijn. Het eindproduct van de uitleg over pijn is een gezamenlijk 'verklaringsmodel' inclusief in stand houdende factoren waar patiënt en fysiotherapeut achter staan. Uit een dergelijk verklaringsmodel komen logischerwijs aangrijpingspunten voor een eventuele behandeling naar voren, zoals beter fysiek functioneren of beter leren omgaan met emoties. De patiënt vult het model in op basis van zijn eigen ervaringen en opvattingen.

Het vrees-vermijdingsmodel omvat reeds bekende in stand houdende factoren voor chronische pijn. Het vrees-vermijdingsmodel veronderstelt twee tegengestelde gedragsresponsen: confrontatie en vermijding. Het geeft een mogelijke vicieuze cirkel weer waardoor patiënten gevangen kunnen raken in een neerwaartse spiraal van toenemend vermijdingsgedrag, beperkingen en pijn. Deze neerwaartse spiraal kan plaatsvinden wanneer de patiënt negatieve verwachtingen heeft over de schade die pijn kan toebrengen. De patiënt gaat hierdoor zijn pijn catastroferen en wordt daardoor angstig. Deze angst voor pijn kan leiden tot verhoogde aandacht voor pijn en vermijdingsgedrag, dat over een langere periode bijdraagt tot een slechtere conditie. Dit versterkt weer nieuwe pijnervaringen, negatieve verwachtingen en vermijdingsgedrag. Ook dit model kan stapsgewijs met de patiënt worden ingevuld zodat deze meer inzicht krijgt in zijn eigen pijnprobleem.

3.3.3 Folder

Een folder is voornamelijk een passieve leeractiviteit. Een folder zorgt met name voor informatieoverdracht. Zolang informatie ontbreekt om de zin van de

behandeling of het nut van bepaalde oefeningen te begrijpen, is het een ‘ongelijke’ strijd tussen voor- en nadelen. Informatie kan ertoe bijdragen dat de afweging anders zal uitvallen. Het is dus belangrijk welke ideeën iemand heeft over wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden (lekenverklaring), wat iemand al weet en wat de dokter of een andere behandelaar al verteld heeft. Een verzuchting over ‘hoe dat nou toch zit’ of ‘hoe dat nou toch zo gekomen is’ is op te vatten als een vraag om uitleg of emotionele ondersteuning. De vraag (verzuchting) verdient dus nadere exploratie. Niet iedereen heeft behoefte aan technische informatie. En de aard van de informatie waar de patiënt mee uit de voeten kan, verschilt van persoon tot persoon: de een wil meer gedetailleerde, technische informatie, de ander heeft meer behoefte aan een pakkende vergelijking of een globale schets. De informatiebehoefte staat los van het opleidingsniveau en de leeftijd.

Opleidingsniveau en leeftijd kunnen wel een rol spelen bij de (wijze van) informatieoverdracht. Folders hebben dus vrijwel alleen invloed op het kennisniveau van de patiënt.[27] Vanuit de leerpiramide van Bales wordt een folder op zichzelf niet als effectief leermiddel gezien, omdat maar tien tot twintig procent (lezen, audiovisueel materiaal) van de informatieoverdracht onthouden wordt. Een folder kan dus meer worden gezien als een ondersteunend leermiddel in de behandeling. Vanuit een folder krijgt een patiënt in het kort de belangrijkste informatie. Aan de hand van een folder kan gecheckt worden of alles begrepen is of dat er misschien nog onduidelijkheden zijn waarop verder kan worden ingegaan.

3.3.4 Poster

Een poster heeft als voornaamste functie het verduidelijken of schematiseren van de uitleg. In een poster ligt de nadruk op visuele informatieoverdracht. Hierin ligt dan ook het verschil met een folder. Een poster kan er voor zorgen dat de uitleg, gegeven door een fysiotherapeut, op een makkelijkere wijze begrepen kan worden. Een poster heeft tevens een attenderingsfunctie[27]. Dan wordt de poster bijvoorbeeld gebruikt in een wachtruimte. Als de leerpiramide van Bales toegepast wordt dan valt een poster onder audiovisueel materiaal, waarvan gemiddeld twintig procent wordt onthouden.

3.3.5 DVD

Door gebruik te maken van een DVD als educatiemateriaal wordt het principe van sociaal leren gevolgd. Dit wil zeggen dat een mens in staat is te leren door middel van het observeren van anderen uit zijn omgeving. Door aan de patiënt te laten zien dat andere patiënten toch allerlei activiteiten ondernemen waaraan zij een positief gevoel overhouden, zal de patiënt zijn gedachte wellicht bijstellen en zelf tot

activiteiten overgaan.[27] In een DVD wordt vanuit de leerpiramide van Bales gebruik gemaakt van audiovisueel materiaal en demonstratie, hiervan wordt twintig tot dertig procent onthouden.

3.3.6 Lotgenotencontact

Bij lotgenotencontact wordt ook gebruik gemaakt van het principe van sociaal leren. Alleen kan bij lotgenotencontact, anders dan bij een DVD, ook gediscussieerd worden en de patiënten kunnen zelf aan elkaar uitleg geven. Veel gedrag wordt aangeleerd door het imiteren van andere mensen. Met betrekking tot acute/subacute pijn kan het nemen van rust ontstaan zijn via sociaal leren. Bijvoorbeeld iemand die opgroeit in een gezin met een vader die vaak thuis zit vanwege aspecifieke lage rugklachten, zal waarschijnlijk zelf ook geneigd zijn meer rust te nemen. In de behandeling van acute/subacute pijn kan gebruik worden gemaakt van sociaal leren door in groepen patiënten de succesvolle onder hen als voorbeeld te laten dienen voor patiënten die net beginnen en onzeker zijn over hun mogelijkheden. Medepatiënten zijn veel krachtiger dan hulpverleners.[28] Vanuit de leerpiramide van Bales blijkt dat een discussiegroep en het zelf uitleg geven aan elkaar de effectiefste leermiddelen zijn, hier wordt respectievelijk vijftig tot tachtig procent van onthouden.

3.4 Subvraag IV Visie van praktijk op educatie

Om deze subvraag te kunnen beantwoorden hebben wij zowel met patiënten in de acute/subacute fase, patiënten in de chronische fase als fysiotherapeuten uit de eerste lijn gesproken en gevraagd naar hun ervaringen met educatie.

3.4.1 Resultaten interviews met patiënten in de acute/subacute fase

Er zijn in totaal zes patiënten geïnterviewd. De leeftijden van deze patiënten waren 22, 32, 33, 54, 58 en 70. Onder de zes patiënten waren drie mannen en drie vrouwen. De diagnose van elke patiënt liep uiteen van tenniselleboog, achillespeesklachten, impingement en drie patiënten met lage rugklachten.

Uit de interviews kan gelezen worden dat educatie in de acute/subacute fase voornamelijk gericht is op 'actief blijven' en informatie over het beloop van de klachten. Het aantal keren dat educatie wordt gegeven varieert van eenmalig tot meerdere sessies (> tien). Daar waar tijd wordt vrijgemaakt voor educatie is deze van korte duur, namelijk vijf tot tien minuten. Patiënten geven ook aan dat de duur niet langer dan vijf tot tien minuten moet zijn, omdat dit ten koste gaat van de duidelijkheid en daardoor de informatie weer snel vergeten wordt.

De kritiek die er op de educatie gegeven wordt is dat de informatie over belasting-belastbaarheid moeilijk begrijpbaar is. Patiënten vertelden dat het onduidelijk was wanneer er nou gas teruggenomen moest worden en wanneer nou gewoon moest worden doorgegaan zonder aandacht voor de pijn te hebben. Een ander punt was dat niet duidelijk werd uitgelegd waarom 'actief blijven' nu zo belangrijk was. Patiënten gaven aan toch in eerste instantie geneigd te zijn om rust te nemen en bepaalde activiteiten te vermijden. Dit laat zien dat de meeste patiënten pijn toch nog steeds zien als een waarschuwingssignaal.

De (hulp)middelen die in de acute/subacute fase ingezet worden zijn een model van de wervelkolom, een grafiek met fases van herstel en een poster over de anatomie van de schouder. (Hulp)middelen in de acute/subacute fase ondersteunen dus vooral de uitleg van de anatomie en fysiologie en richtten zich weinig op psychosociale factoren. De (hulp)middelen zorgden ervoor dat de uitleg duidelijker werd en dus makkelijker begrijpbaar. De patiënten konden zich een beter beeld vormen van wat er aan de hand was. Patiënten in de acute/subacute fase hebben behoefte aan een middel wat ze naar huis kunnen meenemen en wat ze op hun gemak kunnen nalezen/nakijken.

De verwachtingen met betrekking tot het krijgen van informatie zijn afgestemd op uitleg over het klachtenbeeld, de mogelijke behandeling hiervan en hoe weer zo snel mogelijk van de klachten af te zijn. Op de vraag 'Als U zou kunnen kiezen uit verschillende hulpmiddelen om informatie te krijgen, welke zou U dan kiezen?' kreeg een folder de meerderheid van de stemmen, gevolgd door een DVD, tekening en poster.

3.4.2 Resultaten van de interviews met patiënten in de chronische fase

Er zijn in totaal zes patiënten geïnterviewd. De leeftijden van deze patiënten waren 28, 35, 38, 40, 45, 52. Onder de zes patiënten waren één man en vijf vrouwen. De diagnose van elke patiënt was chronische pijn aan het bewegingsapparaat en alle patiënten waren onder behandeling in het revalidatiecentrum "Adelante Volwassenen revalidatie".

De informatie die deze patiëntengroep heeft gekregen met betrekking tot chronische pijn bestond uit educatiegesprekken, educatielessen, een presentatie en een boek. Patiënten in de chronische fase hebben ieder al meerdere sessies (> tien) educatie gehad.

De meningen zijn verdeeld als wordt gevraagd naar de effectiviteit van de gekregen informatie in de acute/subacute fase. Drie patiënten gaven aan de

informatie goed te vinden, terwijl evenveel patiënten vertelden de informatie slecht te vinden. Als goed werd beoordeeld dat de uitleg over de lichamelijke klachten duidelijk werd uitgelegd. Als knelpunt werd aangegeven dat er tijdens de gesprekken een te sterke focus lag op de lichamelijke kant en dat de psychische kant daarbij onderbelicht werd, er werd geen relatie met gedachten en gevoelens gelegd.

Wat betreft de gebruikte (hulp)middelen (presentatie, vragenlijsten, poster, folder, model van de wervelkolom, DVD) gaf elke patiënt aan dat deze de theorie deden ondersteunen en zorgden voor meer duidelijkheid. Als knelpunten bij de (hulp)middelen werd door twee patiënten aangegeven dat het geen informatie voor thuis was. De wens was dus iets tastbaars mee naar huis te krijgen, zodat alles thuis is alle rust nog een keer kon worden nagelezen. Één patiënt was van mening dat gelet moest worden op de hoeveelheid aan informatie, omdat dit te veel zou zijn.

De informatie die gemist werd in de acute/subacute was: waardoor gaat de pijn niet weg, hoe ga je met de pijn om, acceptatie van de pijn, hoe verder in de toekomst. Patiënten in de chronische fase konden duidelijk hun verwachtingen uitspreken: waardoor ontstaat chronische pijn? hoe kan ik chronische pijn ontwikkelen? hoe kan ik voorkomen dat ik in de chronische fase terechtkomen? wat voor soort factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van chronische pijn? hoe met chronische pijn om te gaan? Uit alle (hulp)middelen is het meest gekozen voor de combinatie van een DVD/werkboek. De DVD zorgt voor de theoretische overdracht, terwijl het werkboek meer nadruk legt op de uitwerking van de theorie en het schematisch volgen van het behandeltraject.

3.4.3 Resultaten van de interviews fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn

Er zijn in totaal zes fysiotherapeuten geïnterviewd. De leeftijden van deze fysiotherapeuten waren 23, 26, 30, 35, 39 en 43. Onder de fysiotherapeuten waren twee mannen en vier vrouwen. Allen waren werkzaam in een particuliere praktijk.

Voor de educatie in de eerste lijn wordt momenteel gebruik gemaakt van: pijn-gevolgen-model, sensibilisatiemodel, atlassen met afbeeldingen over anatomie, informeren/adviseren met de nadruk op actief blijven en vragenlijsten (Patiënt Specifieke Klachten, Visual Analogue Scale). Vijf van de zes fysiotherapeuten geven aan educatie standaard in hun behandeling op te nemen. De gemiddelde duur van educatie is tien minuten, maar uit de interviews komt ook naar voren de duur van de educatie met name afhankelijk is van de patiënt.

Als voornaamste knelpunt wordt aangegeven een bepaalde 'standaard' te missen om adequaat educatie te kunnen geven. Ook het tijdsaspect wordt als knelpunt ervaren.

Verder valt op dat in de eerste lijn veel verschillende (hulp)middelen worden gebruikt ter ondersteuning van de educatie: modellen (pijn-gevolgen-model), vragenlijsten (PSK, VAS) en atlassen (anatomische afbeeldingen). Alle zes de fysiotherapeuten vinden educatie zinvol. Hierbij wordt belangrijk gevonden dat de duur van de educatie vijf tot tien minuten blijft en niet langer. Tevens is het van belang dat de educatie het snel toepasbaar is. Bijvoorbeeld geen presentatie maar iets wat de patiënt naar huis kan meenemen. Ook geeft één fysiotherapeut aan dat de educatie niet te veel informatie moet bevatten.

Bij de vraag 'Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke zou U dan kiezen?' hebben drie fysiotherapeuten gekozen voor de combinatie folder + tekening, twee fysiotherapeuten voor de combinatie folder + boek en één fysiotherapeut voor een Dagboek. Als men gaat kijken naar het aantal fysiotherapeuten die een folder willen, dan ziet men dat vijf van de zes een folder als educatiemiddel kiezen. Alle fysiotherapeuten zijn ervan overtuigd dat het door hun gekozen toepasbaar zal zijn in de eerste lijn en zij zullen het daarom, indien beschikbaar, ook allen gaan gebruiken.

3.5 Conclusie en aandachtspunten voor het educatieprogramma

Vanuit de antwoorden op de subvragen zijn de volgende aandachtspunten opgesteld die worden gebruikt tijdens het ontwikkelen van een nieuw educatieprogramma:

3.5.1 Factoren

De volgende factoren zijn belangrijk: depressieve gevoelens, somatiserende gedachten, pijngerelateerde cognities, vermijdingsgedrag, chronische stress in het dagelijkse leven, ontevredenheid over werk en catastrofeën. Deze factoren hebben in de acute/subacute fase een hoge prognostische waarde voor het voortduren van de pijnklachten en een zeer duidelijk negatief effect op het succes van een behandeling die gericht is op het verminderen van de gevolgen van de pijnklachten. Daarom is het aan te bevelen om in de diagnostische fase (en in het verloop van de begeleiding) alert te zijn op de aanwezigheid van deze factoren en indien aanwezig hier concreet iets mee te doen.

3.5.2 Educatie moet van een korte duur zijn

Vanuit de interviews met patiënten en fysiotherapeuten is besloten dat de educatie kortdurend moet zijn (vijf tot tien minuten). De eis van praktische toepasbaarheid weegt hier voor ons zwaarder dan de evidence vanuit de literatuur.

3.5.3 Het advies ‘actief blijven’

Het is zinvol patiënten met acute/subacute lage-rugpijn te adviseren om actief te blijven. Het is belangrijk om de patiënt goed uit te leggen waarom actief blijven een belangrijke factor voor herstel is. Dit kan aan de hand van de fases van weefselherstel en het belasting-belastbaarheidsmodel. Tijdens het gesprek wordt de patiënt ingelicht hoe een “normaal” en “afwijkend” herstel van het lichaam er uit ziet. De patiënt krijgt dus inzicht in wat het lichaam in verloop van tijd weer aan kan en waarom belasten bijdraagt aan het herstel.

3.5.4 Gebruik van folder

Vanuit de literatuur is de effectiviteit van geschreven educatiemateriaal zwak, indien geschreven educatiemateriaal alleen gebruikt wordt. Daarom gaan wij de folder ook niet op zichzelf gebruiken, maar als basis voor de uitleg tijdens het verdere educatieprogramma. Wat betreft praktische toepasbaarheid zijn folders ook makkelijk, vanwege hun lage kosten en makkelijke verspreidbaarheid. Als men naar de praktijk kijkt ziet men, dat zowel fysiotherapeuten als ook patiënten een folder als een goed educatiemiddel zien. We hebben de onderwerpen in onze folder laten afhangen van de resultaten uit de interviews.

3.5.5 De patiënt actief betrekken bij de educatie

Vanuit de leerpiramide van Bales blijkt dat de patiënt vooral actief betrokken moet worden bij een bepaalde leeractiviteit om een zo groot mogelijk leereffect te bereiken. We zijn ons ervan bewust dat de folder die we gaan gebruiken voornamelijk een passieve leeractiviteit, ook vanuit de leerpiramide van Bales wordt een folder op zichzelf niet als effectief leermiddel gezien. De folder zal dan ook meer gebruikt worden als ondersteunend leermiddel. De fysiotherapeut vraagt in de vervolgbehandeling terug naar de info uit de folder om op deze manier de patiënt actief erbij te betrekken en zelf uitleg te laten. Dit gebeurt door als fysiotherapeut open vragen te stellen, zodat kan worden gecontroleerd of de patiënt de informatie begrepen heeft. Ook door het toevoegen van opdrachten die de patiënt meekrijgt, wordt er meer beroep gedaan op de actieve participatie waardoor het leereffect toeneemt.

3.5.6 Het gebruik van het pijn-gevolgen-model als ‘verklaringsmodel’

Door middel van een model heeft de fysiotherapeut een soort leidraad voor het aangaan van een dialoog met de patiënt. Verder kan de patiënt het model op zijn eigen manier invullen en hierdoor zijn eigen individualiteit in het gesprek integreren. Wij hebben voor het pijn-gevolgen-model gekozen, omdat dit een specifiek model is bij de educatie van pijn en de praktijk hiermee al bekend is. Vanuit de interviews met chronische patiënten werd duidelijk dat vooral de psychosociale insteek tijdens de gesprekken in de acute/subacute fase gemist werden. Hier grijpt het pijn-gevolgen-model al in een vroege fase op aan, doordat het kijkt naar de gevolgen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied.

3.5.7 Uitleg moet begrijpelijk zijn

Uit de interviews met patiënten is gebleken dat makkelijke verstaanbare taal (dus geen vakterminologie) voor een patiënt de basis is voor een effectief gesprek. Belangrijk is dat de fysiotherapeut tijdens het gesprek duidelijk, langzaam en in makkelijke woorden dingen uitlegt. Verder wordt ook het pijn-gevolgen-model door middel van de eigen woorden van de patiënt ingevuld. Dat maakt het voor de patiënt persoonlijk toepasbaar.

3.5.8 Biopsychosociale insteek

De patiënt als geheel zien is een belangrijk basis voor een effectieve behandeling en een wens vanuit de praktijk. Het is dus van essentieel belang al vanaf het eerste contact tijdens de anamnese de patiënt in te lichten dat verschillende psychische factoren en gedachten mogelijk de klachten in stand kunnen houden.

3.5.9 Het gebruik van afbeeldingen, schema's en grafieken tijdens de educatie

Uit de interviews is geconcludeerd dat het gebruik van afbeeldingen, schema's en grafieken zorgden voor een verduidelijking van de uitleg. De patiënten konden zich een beter beeld vormen van wat er aan de hand was.

3.5.10 Letten op de hoeveelheid informatie

Vanuit de praktijk bestaat de wens dat educatie op een korte en krachtige manier moet worden gegeven. Wij proberen dan ook voornamelijk noodzakelijke informatie aan bod te laten komen in de folder en de interactieve dialogen met de patiënt.

3.5.11 Educatieprogramma dat een stappenplan aangeeft

Een duidelijk stappenplan zorgt ervoor dat er op een adequate en gestructureerde manier educatie wordt gegeven.

4 Pijn – en nu ? Het educatieprogramma

In de volgende tekst wordt op basis van de boven beschreven aandachtspunten het educatieprogramma beschreven. Er wordt aangegeven aan welke eisen wat betreft inhoud, vorm en duur het educatieprogramma moet voldoen. De fysiotherapeut kan dit programma gebruiken als stappenplan voor de behandeling van patiënten in de acute/subacute fase.

4.1 Doelstelling

De doelstelling van dit educatieprogramma is dat de patiënt door middel van een bredere kijk op het pijnprobleem, inzicht krijgt in zijn eigen herstelproces en hierin actief betrokken wordt. Het vroegtijdig inzicht geven dat factoren zoals negatieve gevoelens (stress, angst, onzekerheid, depressie) invloed kunnen hebben op het verdere herstelproces, is de preventieve basis van dit programma.

4.2 Doelgroep

Het programma richt zich op patiënten die zich in de acute/subacute fase bevinden en waar aanleiding of risico bestaat dat er mogelijk chronische klachten kunnen ontstaan. Door middel van de aanwezigheid van in stand houdende factoren herkent de fysiotherapeut dreigende chroniciteit. Neemt bij een patiënt de pijn dus niet af en het functieniveau niet toe, dan bestaat er een duidelijke indicatie voor het educatieprogramma.

4.3 Potentiële gebruiker

Het educatieprogramma is ontwikkeld voor fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerste lijn. Het programma kan ook door huisartsen worden toegepast. Omdat wij de folder voor Duitse en Nederlandse fysiotherapeuten toegankelijk willen maken, hebben wij ervoor gekozen zowel een Nederlandstalige als een Duitstalige vorm te ontwikkelen.

4.4 De folder

Het educatieprogramma bestaat uit een folder in combinatie met een interactieve dialoog met de patiënt. De folder wordt tijdens het educatieprogramma gebruikt, zodat de fysiotherapeut door middel van tekeningen/schema's de verschillende onderwerpen tijdens het gesprek kan verduidelijken. Verder kan de patiënt deze folder mee naar huis nemen en nog een keer rustig doorlezen wat de inhoud van het gesprek was en door de tekeningen en schema's makkelijker reflecteren.

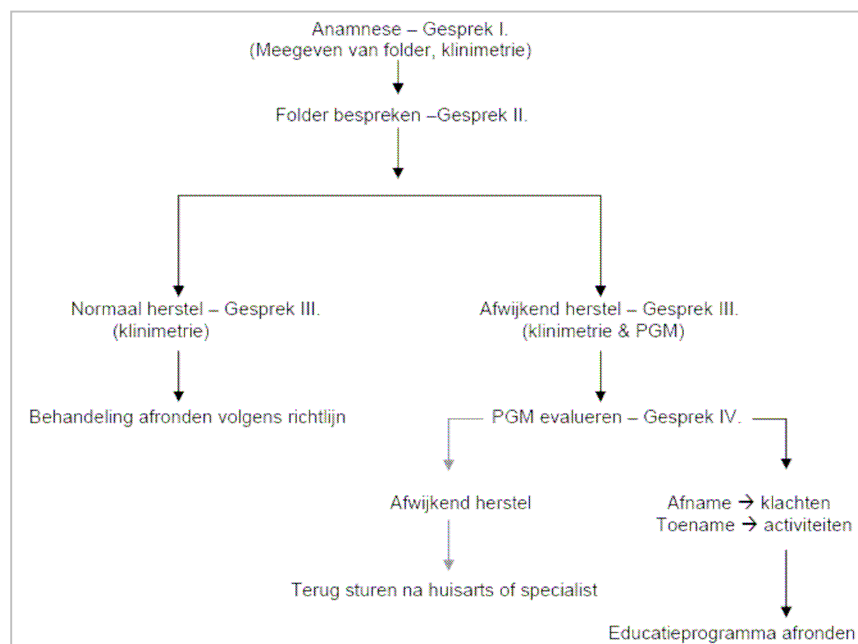
Inhoud van de folder is (zie bijlage 6,7):

- Korte stukjes tekst over pijn, het herstelproces van de lichaam, de invloed van emoties (depressie, stress, angst enz.) op het lichaam en het onderwerp “actief blijven”.
- Schema's/tekeningen van de fases van weefselherstel.
- Op een makkelijk leesbare manier de informatie presenteren. Belangrijk is dat er geen vakterminologie wordt toegepast en dat moeilijke woorden kort aan de lezer worden uitgelegd.

4.5 Het Educatieprogramma

Het educatieprogramma (figuur II) begint bij iedere patiënt standaard tijdens de eerste bijeenkomst. De reden hiervoor is dat het een preventief programma is, dus alle patiënten die klachten ervaren krijgen een soort basisinformatie om chroniciteit te voorkomen. Wordt door een fysiotherapeut de indicatie voor dreigende chroniciteit gesteld, gaat men het educatieprogramma verder toepassen. Aandacht van de fysiotherapeut gaat hierbij niet alleen uit naar de lichamelijke klachten, maar ook de psychosociale kant wordt vanaf het begin erbij betrokken. Hierdoor is de patiënt vanaf het begin geïnformeerd wat het herstel positief kan beïnvloeden of juist kan belemmeren. Alleen als men meteen met het geven van de juiste informatie begint kan preventie effectief plaatsvinden.

Figuur II Overzicht van het educatieprogramma



Wij combineren de interactieve dialoog met de folder. Aan de hand van de folder wordt uitleg gegeven over het onderwerp emoties en de invloed op pijn en het

onderwerp “actief blijven”. De folder wordt na de eerste bijeenkomst aan de patiënt meegegeven waardoor hij in staat is de besproken onderwerpen nog eens thuis op het gemak na te lezen. Zo heeft men in het verloop van de behandeling een basis waarop men samen met de patiënt kan terugkomen.

4.5.1 Anamnese – Gesprek I

De inhoud van dit gesprek is op verschillende thema's gericht: de klachten die een patiënt ervaart (functieniveau, activiteitsniveau, participatieniveau) in het verleden en nu (status praesens) en het verloop hiervan. Verder worden nog onderwerpen zoals; leeftijd, beroep, allergieën, andere ziektes, het gebruik van medicatie en de hulpvraag van de patiënt geïnterviewd.

Aan het einde van de “standaard anamnese” gaat de fysiotherapeut kort eventuele psychosociale factoren van de patiënt inventariseren. Dit betekent dat de fysiotherapeut de in stand houdende factoren doorloopt en een indruk krijgt in hoeverre de patiënt hiermee bekend is. Dit geeft de fysiotherapeut al een eerste overzicht of het individuele herstelproces van de patiënt mogelijk door negatieve emoties kan worden beïnvloed. Tijdens de dialoog wordt de folder “*Pijn – en nu ?*” (zie bijlage 6,7) als leidraad gebruikt.

De toepassing van klinimetrie vormt een belangrijk punt in het evaluatieproces van de behandeling. Als evaluatie in dit educatieprogramma worden de VAS en de PSK (zie bijlage 9,10) afgenomen. Zo kan men op een betrouwbare manier de pijn (VAS) en het activiteitsniveau (PSK) inventariseren en later in de behandeling evalueren.

Na het anamnesegebesprek volgt het onderzoek. Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van het stoornissen- en activiteitsniveau van de patiënt. Zoals in de KNGF-richtlijnen beschreven volgt na het onderzoek een korte toelichting van de uitkomsten van het onderzoek en het verdere behandelplan. Belangrijk is dat vanaf het begin het advies wordt gegeven dat actief zijn en blijven een belangrijk onderdeel is van de behandeling. Door middel van huiswerk oefeningen (fysiek) wordt de patiënt gestimuleerd om ook thuis zijn individuele herstelproces te beïnvloeden.

Na het geven van uitleg over de inhoud van de volgende behandeling geeft de fysiotherapeut de folder “*Pijn en nu?*” aan de patiënt mee naar huis. Het doel van deze folder wordt aan de patiënt uitgelegd. Verder wordt aangegeven hoe de folder gebruikt zal worden. De opdracht is dat de patiënt de folder mee naar huis neemt en

deze rustig gaat doorlezen. Tijdens de volgende behandeling wordt de inhoud samen met de fysiotherapeut besproken en eventuele vragen beantwoord.

“Ik wil U graag deze folder meegeven. Deze folder geeft informatie over pijn en verduidelijkt hoe uw lichaam op schade kan reageren en het lichaam zich zelf helpt om te herstellen. U kunt de folder mee naar huis nemen en rustig door lezen. Als wij ons de volgende keer zien, ga ik de inhoud met U samen nog eens bespreken en bij vragen hierop antwoord geven.”

4.5.2 Folder bespreken – Gesprek II

Zoals met de patiënt afgesproken komt U tijdens deze behandeling nog eens terug op de inhoud van de folder. Het is belangrijk om de patiënt zelf actief aan het woord te laten en zelf uitleg te laten geven. U inventariseert of de volgende onderwerpen duidelijk zijn: Heeft de patiënt een beeld over de stadia van pijn? Kent hij het herstel van het lichaam en is de relatie duidelijk van de werking van emoties op het herstelproces? Heeft de patiënt weet van zijn individuele belasting-belastbaarheid en kan hij deze toepassen in zijn ADL?

Situatie I: De patiënt heeft naar aanleiding van de boven beschreven vragen een goed inzicht en een duidelijk beeld gekregen over de onderwerpen uit de folder. Hierna kunt U de behandeling beginnen zonder nog eens expliciet de folder te bespreken.

Situatie II: De patiënt heeft moeite met het begrijpen van de inhoud van de folder of deze is niet gelezen. Hier is het dus van belang dat U zich de tijd neemt om samen met de patiënt de folder te bespreken en indien nodig de verschillende onderwerpen (bijv. de relatie van emoties op pijn) nogmaals uit te leggen. Tijdens de volgende behandeling moet dan gecheckt worden of de inhoud voor de patiënt nu wel duidelijk is.

4.5.3 Het herstel evalueren – Gesprek III

Normaal herstel:

De patiënt wordt nu vier tot acht weken behandeld. Men ziet een duidelijke afname van de klachten en een toename van het activiteitsniveau. De patiënt is zelfstandig bezig met het positief beïnvloeden van zijn eigen herstelproces (huiswerk oefeningen worden uitgevoerd, hobby's weer opgepakt). Bij dit herstel is er geen indicatie voor de toepassing van het educatieprogramma en kan dit worden afgerond.

Om het behandelproces professioneel te evalueren wordt ook bij een duidelijk zichtbaar positief herstel de vragenlijsten voor de tweede keer afgenomen. Door

middel van het herhaald afnemen van de vragenlijsten kan het positieve herstel worden onderbouwd en kan de patiënt ook zelf zijn vooruitgang zien.

(Voorbeeld: VAS-pijn: zes nu twee; PSK: bukken zeven nu twee, langdurig zitten vijf nu nul)

Afwijkend herstel:

Is er sprake van een afwijkend herstel (geen afname van de pijn en ook nog steeds geen toename van het activiteitsniveau), dan bestaat er een indicatie om met het educatieprogramma te starten en een tweede gesprek met de patiënt te voeren. Het is hierbij belangrijk dat de fysiotherapeut en de patiënt zich gaan afvragen wat de oorzaak van het afwijkende herstel kan zijn. Waarom is er geen vooruitgang? Waarom nemen de klachten niet af of is er geen toename van activiteiten? Om het vermoeden van een afwijkend herstel te onderbouwen is het zinvol om een tweede keer de vragenlijsten (VAS, PSK) af te nemen.

Door middel van het herhaald afnemen van de vragenlijsten krijgt de patiënt de kans om zelf (door een objectief middel) te zien dat er geen vooruitgang is. Dit betekent, dat de patiënt zelf gaat zien dat de pijn tot nu toe niet echt minder is geworden (of zelfs slechter) en dat de activiteiten niet zijn toegenomen (of zelfs afgenomen). Dit geeft de patiënt aanleiding erover na te denken wat er op dit moment aan de hand is, zowel lichamelijk, emotioneel als sociaal.

(Voorbeeld: VAS-pijn: vijf nu vier; PSK: wandelen zes nu zes, tennissen vijf nu vier)

Er bestaat hier dus een indicatie voor het toepassen van het educatieprogramma, omdat de patiënt een beginnend afwijkend herstel laat zien. Nu is het moment gekomen voor de fysiotherapeut om door middel van een kort gesprek (vijf tot tien minuten) nogmaals terug te komen op het anamnesege gesprek. Voor dit gesprek wordt de folder gebruikt.

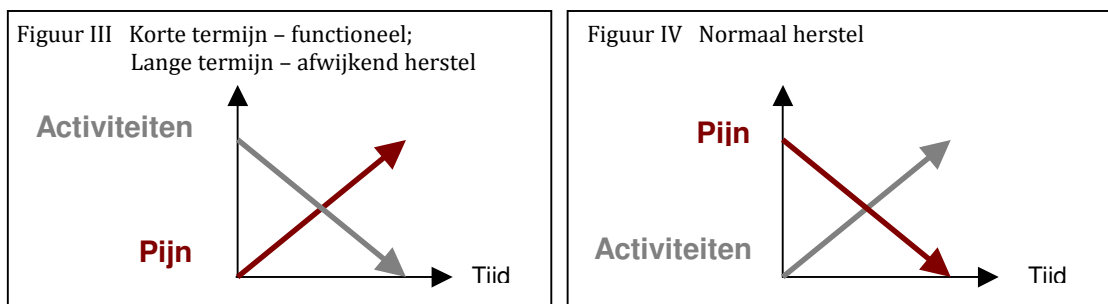
Overzicht inhoud van het gesprek:

- Uitkomsten klinimetrie bespreken en schematiseren
- Pijn-gevolgen-model laten invullen (huiswerkopdracht)
- Gesprek afronden

Uitkomsten vragenlijsten bespreken:

Het bespreken van de uitkomsten van de vragenlijsten met de patiënt is een optimale insteek voor het gesprek. Aan de hand van deze resultaten ziet de patiënt

wat er mis gaat, zodat niet alleen de fysiotherapeut het vermoeden heeft dat er een afwijkend herstel is. Ten eerste wordt door middel van twee schema's uitgelegd (figuur III, IV) wat er in de beginfase voor een pijn en activiteitsniveau was en wat er momenteel voor een niveau is. Dan gebruikt men de score van de patiënt zelf om het schema individueel te maken en voor de patiënt makkelijker toepasbaar. Het eerste model (figuur III) helpt uit te leggen wat met de pijn en het activiteitsniveau gebeurt kort na het oplopen van een letsel en dagen/weken erna. Het tweede model (figuur IV) laat zien hoe deze niveaus veranderen als het lichaam herstelt (De afbeeldingen zijn ook in de folder terug te vinden).



Eerst wordt uitgelegd dat na een beschadiging van het lichaam (bijv. een wondje ten gevolge van het snijden van een mes in de duim) pijn ontstaat. Deze neemt binnen de eerste minuten na de beschadiging toe. Het lichaam beschermt zichzelf nu en zorgt ervoor dat het beschadigde deel van het lichaam minder wordt bewogen en niet wordt aangeraakt (de duim wordt dikker, minder beweeglijk en pijnlijk). De afname van het activiteitsniveau is dus op dit moment functioneel (de duim krijgt een pleister ter bescherming en rust).

Enkele dagen later is de wond van de duim dicht. Men ziet nog heel lichtjes dat er een snede was. De zwelling van de duim is minder en hij kan ook al een stukje beter worden bewogen. De pijn is veel minder dan in eerste instantie direct na de beschadiging. Bewegen zonder pleister lukt en de duim kan weer langzaam normaal worden gebruikt. Bij sommige bewegingen voelt men nog dat er een wond was, maar men ziet dat het goed geneest en men kan de activiteiten, ondanks soms een kleine steek te voelen, uitvoeren.

Nu kunt U de score van de patiënt op het schema toepassen. Hierdoor wordt het schema individueel en voor de patiënt makkelijker te begrijpen.

“Als wij nu na uw score van de vragenlijsten kijken, wat heeft U dan aan het begin van de behandeling gescoord?” Patiënt: “Aan het begin van de behandeling heb ik een vijf gescoord dus ongeveer hier. En als ik kijk waar ik nu zit zie ik niet echt een verbetering.” Fysiotherapeut: “En hoe is het met de score van uw activiteiten? Heeft zich hierin iets veranderd?” Patiënt: “Aan het begin heb ik voor activiteiten zoals wandelen een vijf gescoord en nu scoor ik een vier. Als ik dit toepas op het eerste schema, dan zie ik dat mijn herstel niet meer functioneel is.”

Pjn-gevolgen-model:

Er wordt nog eens gekeken met welke klacht de patiënt naar de praktijk is toe gekomen en geëvalueerd hoe zich de klachten in de loop van de tijd hebben veranderd. Omdat met het educatieprogramma al tijdens de eerste bijeenkomst is gestart heeft men nu de optimale basis om hier verder op in te gaan. De patiënt heeft de folder gelezen waar ook het onderwerp, de rol van emoties, wordt beschreven. Hierop kunt U nu aangrijpen om een insteek in het pijn-gevolgen-model te creëren. Het pijn-gevolgen-model maakt niet alleen gebruik van de rol van emoties maar gaat ook in op de lichamelijke en sociale gevolgen van pijn.

“Ik wil graag nog eens terug komen op ons allereerste gesprek dat ik met U gehad heb. U heeft een folder over pijn van mij meegekregen en deze thuis doorgelezen. Een onderwerp was in de folder was de invloed die emoties op het lichaam kunnen hebben. Weet U dat nog?” Op dit moment wordt de folder er nog een keer bij gepakt. “Gevoelens hebben dus negatieve invloed op het herstelproces van het lichaam. Vindt U zich hierin terug? Wat voor invloed hebben emoties op uw pijn? Wat is uw ervaring met gevoelens zoals angst of vrees? Wat zijn de lichamelijke en sociale gevolgen? Wat voor een invloed hebben de lichamelijke en sociale gevolgen op uw pijn?”

De patiënt geeft bijv. aan: “Als ik kijk waar ik nu na vier weken behandeling sta schrik ik van het resultaat. Ik merk niet echt een verbetering van mijn klachten, ik heb nog steeds regelmatig pijn. Als ik de pijn voel ben ik snel weer bang dat er iets kapot gaat of dat ik alweer een foute beweging heb gemaakt, waardoor weer iets in mijn spier of zo gescheurd is.”

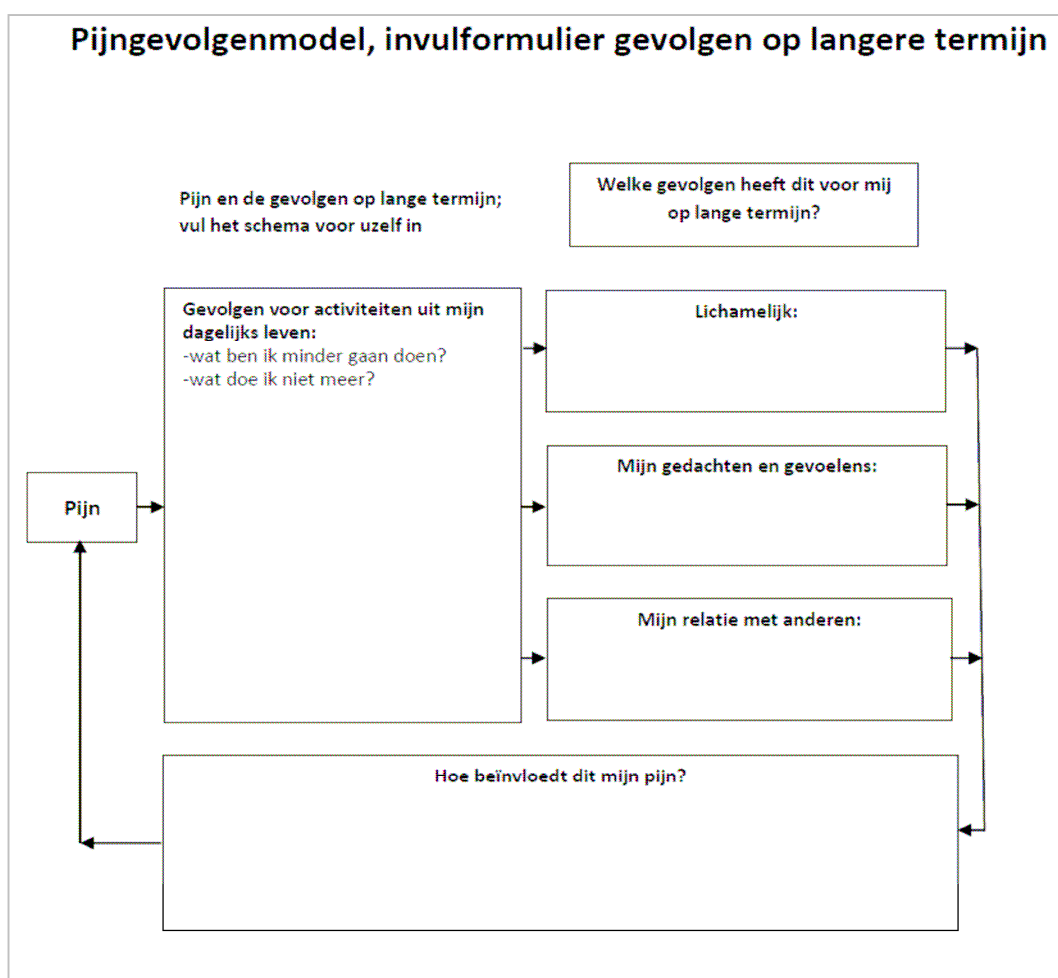
Belangrijk is dat U open vragen gaat stellen. Hierdoor kan de patiënt zelf aangeven wat hij denkt of voelt. Door dit gesprek prikkelt men het nadenken over de psychosociale factoren (in stand houdende factoren) en heeft men een insteek om uitleg te geven over het pijn-gevolgen-model en vervolgens mee naar huis te geven om het door de patiënt te laten invullen. Het doel van het laten invullen van het

model is de patiënt inzicht te geven in de invloed van lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen op de pijn.

Huiswerkopdracht – Het pijn-gevolgen-model

De tijd voor dit gesprek is tien tot vijftien minuten. U gaat dus de patiënt kort uitleggen hoe het model ingevuld moet worden. De huiswerkopdracht voor de patiënt is dit model (figuur V) thuis volledig in te vullen en de volgende behandeling mee te nemen. De volgende behandeling wordt het model dan besproken en geëvalueerd.

Figuur V Pijn-gevolgen-model



(grotere versie zie bijlage 8)

“Wij hebben het net over de invloed van uw emoties op pijn gehad. Ook de lichamelijke en sociale gevolgen zijn aan de orde gekomen. Het pijn-gevolgen-model is een soort schema waarin U uw activiteiten en emoties kunt schrijven. Het schema zal onder andere helpen een structuur te geven aan de gevolgen op lichamelijk, emotioneel en sociaal gebied. De bedoeling is, dat U het model thuis in

gaat vullen en de volgende behandeling meeneemt naar de praktijk. Wij gaan het dan samen nog eens doorspreken.“

Het gesprek afronden:

Als laatste stap is het heel belangrijk om te controleren of er nog vragen of onduidelijkheden zijn. Het gesprek is afgerond als de patiënt geen vragen meer heeft.

4.5.4 Evaluatie pijn-gevolgen-model – Gesprek IV

U gaat tijdens deze behandeling het pijn-gevolgen-model met de patiënt evalueren.

Er bestaan echter meerdere mogelijkheden of situaties hoe het gesprek kan verlopen. De hieronder beschreven mogelijkheden of situaties dienen als voorbeeld.

Mogelijkheid I: De patiënt heeft het schema niet ingevuld.

Mogelijkheid II: De patiënt heeft het model ingevuld.

Mogelijkheid I:

Bij deze situatie kunt U navragen waarom het model niet is ingevuld? Vond U het moeilijk om het schema in te vullen? Nu kunt U de punten met de patiënt bespreken en proberen hiervoor een oplossing te vinden. Geef nogmaals de opdracht om het model in te vullen en het de volgende keer mee te nemen. Komt de patiënt de volgende keer met een ingevuld schema naar de behandeling, dan worden de stappen zoals in situatie twee beschreven, gevolgd.

Mogelijkheid II:

De patiënt komt met een volledig ingevulde versie van het model de behandeling binnen. Nu wordt geïnventariseerd hoe het is gegaan met invullen. Wat was moeilijk, wat ging goed? Welke conclusies kan de patiënt uit het model trekken? U gaat vervolgens met de patiënt het model stapsgewijs doorspreken en als nodig nog aanpassen of afronden. Het doel van dit doorspreken is dat de patiënt zelf uit kan leggen wat hij bij de verschillende onderwerpen heeft opgeschreven en waarom. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de patiënt weet wat de invloed van de lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen op de pijn zijn en hoe hij dit kan toepassen op zijn eigen functioneren.

Situatie I: Matig risico op depressieve gevoelens

Situatie II: Verhoogd risico op depressieve gevoelens

Situatie I:

De inhoud van het model is duidelijk beschreven, en de patiënt erkent en herkent de lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen die de klachten beïnvloeden. Tijdens het bespreken van het pijn-gevolgen-model krijgt U al een indruk in welke mate de patiënt negatieve gevoelens ervaart en zich tijdens het gesprek emotioneel gedraagt. Dat betekent dat U na of tijdens het bespreken van het model een inschatting maakt of de genoemde emoties van de patiënt een aangrijpingspunt vormen voor verdere behandeling. Als het toch moeilijk blijkt te zijn om een uitspraak of een inschatting te maken hoe ernstig de emoties zijn wordt gebruik gemaakt van de 4-DKL vragenlijst (zie bijlage 11). De 4-DKL meet vier dimensies van psychopathologie: disstress, depressie, angst en somatisatie. Door middel van deze vragenlijst worden mogelijk psychische klachten bij eerstelijns patiënten in kaart gebracht.

De patiënt kan duidelijk de lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen aan de beïnvloeding van de pijn koppelen. U kunt samen met de patiënt uit het ingevulde model conclusies trekken en aansluitend samen een individuele behandelstrategie opstellen. Ook hierbij kan gebruik worden gemaakt van de folder.

Situatie II:

De patiënt heeft het PGM ingevuld en er blijken psychische factoren zoals bewegingsvrees of depressie een rol te spelen. U maakt nu zelf tijdens het gesprek de inschatting in welke mate de emoties en de gevolgen hiervan in de toekomst een rol kunnen spelen bij het in stand houden van klachten. Is de patiënt tijdens het gesprek bijv. heel emotioneel, dan wordt door U de inschatting gemaakt dat er een verhoogd risico is voor pijngerelateerde negatieve emoties.

Om uw vermoeding nog te onderbouwen of bij twijfel, wordt de 4-DKL vragenlijst gebruikt. Door de uitkomsten van de afgenomen vragenlijst krijgt men een indruk over hoe groot de invloed van de beschreven psychische klachten op het leven van de patiënt zijn. De vragenlijst kan samen met de patiënt worden ingevuld. Het resultaat uit de vragenlijst zal een opvallend hoge score laten zien. Op dit moment moet U de afweging maken of de patiënt, met deze psychische factoren, nog in het behandelspectrum van de fysiotherapie thuis hoort. U moet dus de overweging maken of het noodzakelijk is contact op te nemen met een specialist (huisarts of psycholoog). Deze inschatting laten wij aan uw eigen expertise over.

4.6 Afsluiting

Het educatieprogramma geeft geen garantie dat bij elke patiënt de preventie succesvol zal verlopen. Het programma is een leidraad om patiënten optimaal te begeleiden. Mocht er desondanks de toepassing van deze preventieve aanpak geen verbetering waarneembaar zijn, is het aan de fysiotherapeut om de juiste inschattingen en keuzes te maken wat betreft het doorverwijzen van de patiënt. Een preventieve aanpak blijft echter in de eerste lijn essentieel om de omvang van deze pijnproblematiek te doen afnemen.

5 Discussie

In dit hoofdstuk worden de sterke en zwakke punten van het afstudeerproject uiteengezet. Tot slot worden implicaties gegeven voor toekomstig onderzoek.

5.1 Nederlandse gezondheidssysteem

Ten eerste wordt een kritische blik geworpen op het Nederlandse gezondheidssysteem. Wij vragen ons namelijk af of het huidige gezondheidssysteem in Nederland wel een positieve invloed heeft op de fysiotherapeut en de patiënt als wordt gekeken naar preventie van chronische pijn. Momenteel heeft de patiënt een bepaald budget per jaar wat uitgegeven kan worden aan fysiotherapie. Bij patiënten met psychosociale problematiek kan dit averechts werken. Blijkt het herstelproces vanwege psychosociale factoren namelijk afwijkend te zijn en weet de patiënt dat hij nog maar een bepaald budget heeft voor fysiotherapie, kan dit voor nog meer stress zorgen en het behandelproces tegenwerken. Als gekeken wordt naar de Oosterse geneeskunde ziet men het tegenovergestelde. Hier krijgt een fysiotherapeut meer vergoeding naarmate een patiënt minder vaak behandeld wordt. Een dergelijk systeem stimuleert het toepassen van preventie door een fysiotherapeut meer en creëert tegelijkertijd ook meer rust bij een patiënt.

5.2 Gegevensverzameling

Een sterk punt van het project is dat er bij de verzameling van de gegevens gekeken is vanuit drie oogpunten: de literatuur, de patiënt en de fysiotherapeut. De evidence uit de literatuur is vergeleken met hoe men vanuit de praktijk (de patiënt, de fysiotherapeut) aankijkt tegen educatie in de eerste lijn. We hebben vanuit de interviews niet altijd eenduidige conclusies kunnen trekken. Doordat maar op kleine schaal interviews zijn afgenomen, zullen de conclusies die getrokken zijn uit deze interviews nooit volledig generaliseerbaar zijn. Echter voor het doel (een algemene indruk krijgen hoe men vanuit de praktijk aankijkt tegen educatie in de eerste lijn) dat wij gesteld hebben zijn de conclusies uit de interviews toch van grote waarde. Bij het afnemen van de interviews is geen gebruik gemaakt van audio- of videomateriaal. Om te voorkomen dat er hierdoor onjuiste conclusies zijn getrokken, hebben we de methode van member checking toegepast. Dit houdt in dat we de samengevatte interviews hebben voorgelegd aan de patiënten en fysiotherapeuten, om hun in de gelegenheid te stellen commentaar te kunnen geven indien de samenvatting geen goede weergave was van het interview zelf. Op deze manier

blijft de validiteit gewaarborgd en weten we zeker dat de conclusies die we hebben getrokken uit de interviews de juiste zijn. In de werving van de patiënten en fysiotherapeuten kan selectiebias zijn opgetreden. De patiënten en fysiotherapeuten zijn geselecteerd uit eerdere en actuele stageplekken. Hierdoor heeft niet elke onafhankelijke patiënt en fysiotherapeut evenveel kans gehad geselecteerd te worden voor het onderzoek. Dit is nadelig voor de validiteit van het onderzoek. Het zou de voorkeur verdienen om een groter aantal interviews bij patiënten met acute/subacute pijn af te nemen, omdat daar immers onze vraagstelling op gericht is. Dit advies geven wij omdat er momenteel nog te veel variatie zit in de antwoorden die patiënten in de acute/subacute fase hebben gegeven. Door middel van het afnemen van een groter aantal interviews kunnen de antwoorden op bepaalde vragen consistent worden, waardoor de conclusies ook weer meer generaliseerbaar zijn.

5.3 Literatuuronderzoek

Bij de verzameling van de gegevens is er vanuit de literatuur gezocht naar systematic reviews, om op deze manier de best mogelijke evidence te gebruiken. Tot op heden is nog weinig literatuur beschreven met betrekking tot preventie van chronische pijn in de eerste lijn. Opvallend is dat vanuit de literatuur de inhoud van de educatie zeer beperkt is beschreven en dat effectief gebleken educatie vaak zeer gevarieerd van vorm is. Dit duidt er mogelijk op dat nog onvoldoende kennis bestaat hoe chronische pijn effectief aan te pakken. Van de geselecteerde effectieve studies vanuit de literatuur is een tabel gemaakt. Deze tabel kan gezien worden als een soort standaard met daarin de deelnemers, interventie, inhoud educatie frequentie, duur en effectiviteit. De variabelen in de tabel zijn ook nagevraagd tijdens de interviews, zodat een goede vergelijking kon worden gemaakt tussen evidence-based en practice-based. In het literatuuronderzoek is weinig gebruik gemaakt van de al bestaande (effectieve) educatie binnen de tweede lijn. Door hier specifiek op in te gaan, kan het educatieprogramma nog worden geoptimaliseerd met (effectieve) educatie uit de tweede lijn.

5.4 Het educatiemiddel

Een educatiemiddel gericht op preventie van chronische pijn moet theoretische onderbouwd zijn, maar moet ook praktisch toepasbaar blijven. Dit heeft de basis gevormd bij het maken van keuzes tijdens het ontwikkelen van het educatiemiddel. Als men kijkt naar de ontwikkeling van de folder, ziet men dat het voornamelijk gebaseerd is op de wensen vanuit de praktijk. Toch is geprobeerd dit te combineren

met evidence uit de literatuur. In de literatuur was bijvoorbeeld zwak bewijs te vinden voor een positief effect van een folder wanneer deze op zichzelf werd gebruikt. Hier hebben we probeert op in te spelen door de folder te combineren met een interactieve dialoog met de patiënt. Wij hebben ervoor gekozen om aan de hand van huiswerkopdrachten de patiënt actief te betrekken bij de educatie. Door deze vorm kan de fysiotherapeut samen met de patiënt checken of de inhoud is begrepen waardoor de mate de effectiviteit van de folder ook weer stijgt. Een sterk punt van de folder is dat er voor de patiënt korte en bondige informatie in staat die in eerste instantie kan voorkomen dat een patiënt chronisch pijn gaat ontwikkelen. De patiënt kan de folder mee naar huis nemen en nog eens rustig doorlezen. Voor de fysiotherapeut kan de folder als leidraad gebruikt worden tijdens de interactieve dialoog met de patiënt. Het is voor de fysiotherapeut dus een hulpmiddel om gesprekken te voeren aan de hand van relevante onderwerpen ter preventie van chronische pijn. Als laatste punt willen wij bespreken dat een Nederlandstalige en een Duitstalige vorm van de folder is ontwikkeld. Reden hiervoor is dat in de grensgebieden Nederland-Duitsland ook mensen woonachtig zijn waarvoor een Duitse versie van de folder makkelijker begrijpbaar zal zijn.

5.5 Het educatieprogramma

Wij hebben ervoor gekozen om met het educatieprogramma vanaf de eerste behandeling te starten en niet pas op het moment dat men constateert dat bij de patiënt in stand houdende factoren aanwezig zijn. Begint men meteen bij de eerste behandeling met het onderwerp preventie heeft men van het begin al een basis waar men later (bij afwijkend herstel) op terug kan grijpen. De patiënt wordt vanaf het begin preventief begeleidt en niet pas op het moment dat het dreigt mis te gaan. Het educatieprogramma bestaat uit meerdere gesprekken welke tien tot vijftien minuten duren. De duur van de gesprekken zijn gekozen om het educatieprogramma in de eerste lijn toepasbaar te maken. De discrepantie ligt in het feit dat de evidence aangeeft dat alleen tweeënhalf uur educatie zinvol is. Wij laten het aan de fysiotherapeut zelf over of hij het gesprek aan het begin van de behandeling voert of aan het einde. Hierdoor heeft de fysiotherapeut de mogelijkheid om de behandeling zelf in te delen. Door middel van het meegeven van de huiswerkopdrachten is het mogelijk het gesprek binnen tien tot vijftien minuten af te ronden. De huiswerkopdrachten zijn in zoverre essentieel, omdat de patiënt hierdoor actief een rol krijgt in het gehele proces. Tevens is het voor vele patiënten aangenamer de opdrachten thuis in een vertrouwde omgeving in te vullen dan samen met een fysiotherapeut. Een sterk punt van het programma is, dat het is

aangevuld met meetinstrumenten (VAS, PSK, 4-DKL), die de fysiotherapeut kan gebruiken als evaluatie.

5.6 Stappen voor de toekomst

Uit de interviews kan geconcludeerd worden dat patiënten met lage-rugklachten heel andere antwoorden hebben gegeven op de interviewvragen dan de patiënt met een tenniselleboog of impingement. In de praktijk ziet een behandeling van lage-rugklachten er ook totaal anders uit dan die van een tenniselleboog of impingement. Bij lage-rugklachten zal vanzelfsprekend al meer educatie worden gegeven, omdat dit vanuit de richtlijnen aanbevolen wordt. In het geval van een tenniselleboog of impingement is dit veel minder het geval. Daarom is het goed in een volgend project de educatie nog meer te specificeren naar bepaalde doelgroepen (lage-rugklachten, peesletsels, nekklachten).

Het door ons ontwikkelde educatieprogramma is een eerste versie. Het programma is echter nog nooit getoetst op zijn effectiviteit en praktische toepasbaarheid. Het is voor de toekomst dus wenselijk hier onderzoek naar te doen, om zo het educatieprogramma te kunnen optimaliseren.

De uitwerking van ons programma is momenteel alleen in het Nederlands. Wij hebben al een eerste stap gemaakt om ook voor de grensgebieden Nederland-Duitsland het programma toegankelijk te maken door een Duitstalige variant van de folder te ontwikkelen. In de toekomst is het een mogelijkheid op de folder en het gehele educatieprogramma uit te werken in verschillende talen om het om een internationaal niveau toegankelijk te maken.

5.7 Samenvatting

Momenteel bestaat er nog weinig specifiek onderzoek over educatie ter preventie van chronische pijn. Het educatieprogramma is op basis van evidence en wensen uit de praktijk ontwikkeld. Door middel van een folder welke wordt gecombineerd met interactieve gesprekken, met de patiënt, gaat preventie plaatsvinden. Het educatieprogramma is tot nu toe een eerste opzet en kan in de toekomst nog worden geperfectioneerd.

Geraadpleegde literatuur

1. Cranenburgh van, B., *Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief: Deel 3 Toegepaste Neurowetenschappen*. Zesde druk ed. 2002: Elsevier Gezondheidszorg.
2. KNGF, *KNGF-richtlijn Lage Rug*. 2001, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering Stichting O&O.
3. KNGF, *KNGF-richtlijn Whiplash*, 2001, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering Stichting O&O.
4. KNGF, *KNGF-richtlijn Artrose Heup-Knie*, 2001, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering Stichting O&O.
5. Pijn-Hoop, S., *Altijd pijn? U hoeft er niet alleen voor te staan*. 2009.
6. Kleef, M.V., F.W., *Pijn en pijnbehandeling: een basaal onderwijscurriculum*. Derde druk ed. 2005: CA Maastricht - Universitaire Pers Maastricht.
7. Breivik, H., et al., *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain, 2006. 10(4): p. 287-333.
8. Balm, M.F.K., *Gezond bewegen kun je leren: gedragsverandering door ergo-fysio- en oefenfysiotherapeuten*. Eerste druk ed. 2000: Uitgeverij LEMMA. 216.
9. Palmen, C.K., Köke, A., Hoogervorst, C. *Geen lichamelijk oorzaak voor de pijn - Leg dat maar eens uit?* 2004.
10. KNGF, *KNGF-richtlijn Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut*. 2005, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering Stichting O&O. p. 14-15.
11. Turk, D.C.G., R.J., *Psychological approaches to pain management*. 2002.
12. Pincus, T., et al., *A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain*. Spine (Phila Pa 1976), 2002. 27(5): p. E109-20.
13. Pincus, T., et al., *Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future*. Spine (Phila Pa 1976), 2002. 27(5): p. E133-8.
14. Hasenbring, M., D. Hallner, and B. Klasen, *[Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over- or underrated?]*. Schmerz, 2001. 15(6): p. 442-7.
15. Engers, A., et al., *Individual patiënt education for low back pain*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(1): p. CD004057.

16. Farmer, A.P., et al., *Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(3): p. CD004398.
17. Riemsma, R.P., et al., *Patiënt education for adults with rheumatoid arthritis*. Cochrane Database Syst Rev, 2003(2): p. CD003688.
18. Haines, T., et al., *Patiënt education for neck pain with or without radiculopathy*. Cochrane Database Syst Rev, 2009(1): p. CD005106.
19. Foster, G., et al., *Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(4): p. CD005108.
20. Waddell, G., G. Feder, and M. Lewis, *Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain*. Br J Gen Pract, 1997. 47(423): p. 647-52.
21. Hilde, G., et al., *Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica*. Cochrane Database Syst Rev, 2002(2): p. CD003632.
22. Molde Hagen, E., A. Grasdal, and H.R. Eriksen, *Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study*. Spine (Phila Pa 1976), 2003. 28(20): p. 2309-15; discussion 2316.
23. Indahl, A., L. Velund, and O. Reikeraas, *Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial*. Spine (Phila Pa 1976), 1995. 20(4): p. 473-7.
24. Storheim, K., et al., *Intensive group training versus cognitive intervention in sub-acute low back pain: short-term results of a single-blind randomized controlled trial*. J Rehabil Med, 2003. 35(3): p. 132-40.
25. Glomsrod, B., et al., *"Active back school", prophylactic management for low back pain: three-year follow-up of a randomized, controlled trial*. J Rehabil Med, 2001. 33(1): p. 26-30.
26. Symonds, T.L., et al., *Absence resulting from low back trouble can be reduced by psychosocial intervention at the work place*. Spine (Phila Pa 1976), 1995. 20(24): p. 2738-45.
27. Burgt, v.d.M., Verhulst, FJCM., *Doen en blijven doen: Patiëntenvoorlichting in de paramedische praktijk*. Vol. Vierde druk. 2009: Bohn Stafleu Van Loghum.
28. Köke, A.J.A., Wilgen, P. van, Engers, A. & Geilen, M., *Graded activity: een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici*. 2007: Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlagen

BIJLAGENOVERZICHT

Bijlage 1 – Interview met fysiotherapeuten.....	III
Bijlage 2 – Uitgewerkte interviews fysiotherapeuten.....	V
Bijlage 3 – Interview met patiënten	XVIII
Bijlage 4 – Uitgewerkte interviews patiënten (acut- subacut stadium).....	XX
Bijlage 5 – Uitgewerkte interviews patiënten (chronisch stadium).....	XXXII
Bijlage 6 – Folder Pijn – en nu ? Nederlandse versie.....	XLIV
Bijlage 7 – Folder Pijn – en nu ? Duits versie.....	XLVII
Bijlage 8 – Pijngevolgenmodel	L
Bijlage 9 – VAS - Visual Analogue Scale.....	LI
Bijlage 10 – PSK - Patiënt Specifieke Klachten.....	LIII
Bijlage 11 – 4-DKL - VierDimensionale KlachtenLijst	LVI

BIJLAGE 1 – INTERVIEW MET FYSIOTHERAPEUTEN

De interviews met fysiotherapeuten en patiënten zijn bedoeld om een beeld te krijgen van de wensen die er vanuit de praktijk zijn met betrekking tot educatie. De interviews moeten dan ook gezien worden vanuit een kwalitatief oogpunt. De hieronder opgestelde interviewvragen zijn gebruikt als basis voor de interviews. Gedurende de interviews zijn op deze vragen nog verder doorgevraagd.

- Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?
 - Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?
 - Hoelang?
 - Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?
- Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?
- Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?
- Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?
- Heeft U in het verleden nog andere (hulp)middelen gebruikt tijdens het geven van educatie? Waarom wel/niet?
- Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?
- Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?
- Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?
- Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?
 - DVD
 - Poster
 - Brochure
 - Boek
 - Tekening
 - Andere:
 - Combinatie van middelen:

- Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?
- Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?
- Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel/combinatie van (hulp)middelen?
- Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

BIJLAGE 2 – UITGEWERKTE INTERVIEWS FYSIOTHERAPEUTEN

Therapeut 1

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Ik gebruik tijdens het geven van educatie modellen (pijn-gevolgen-modell, sensitistatie). Door middel van deze modellen heb ik een rode draad in mijn gesprek en kan de patiënt makkelijker de relaties van oorzaak en gevolg uitleggen.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Meerdere keren per week. Als ik een patiënt met chronische klachten twee keer per week zie dan geef ik zeker een keer ervan educatie. Ligt ook een beetje eraan was de patiënt vraagt. Merk ik de patiënt heeft behoefde aan informatie dan geef ik hem uitleg.

Hoelang?

Soms 5 minuten soms 20 ligt aan het onderwerp en aan hoe snel de patiënt voor het gesprek open staat.

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Educatie in die zin dat ik dingen uitleg - ja. Met name het uitleggen van het actief blijven is een belangrijk onderdeel van de behandeling daarom leg ik het uit.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

Ja, ik miss iets wat mij een richting geeft tijdens mijn gesprekken met een patiënt. Soms miss ik iets wat ik mee naar huis kan geven of iets wat ik behalve de gewonen dingen (atlas, modellen enz.) tijdens een gesprek erbij kan pakken om mijn uitleg duidelijker te kunnen maken.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Geen idee.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Ja, maakt het de patiënt veel makkelijker om dingen te begrijpen. Ik gebruik meestal een atlas, modellen bij voorbeeld van een wervelkolom of arm.

Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Nee, ik voel mij zeker in het geven van uitleg met de net genoemden middelen.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Geen opmerkingen.

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Ja, als de educatie op een goede manier wordt gegeven en regelmatig wordt herhaalt. Het geeft de patiënt de mogelijkheid om anders te kunnen functioneren met zijn klachten.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Het moet kort en krachtig zijn. Geen DVD of zo iets – dat kan je niet in de praktijk toepassen en thuis bekijkt de patiënt een DVD toch niet. Het middel moet in alle fases kunnen worden toegepast en een goed ondersteuning van een gesprek zijn maar ook iets voor thuis om mee te geven.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☐ Poster
- ☒ **Brochure**
- ☒ **Boek**
- ☐ Tekening
- ☐ Andere:
- ☐ Combinatie van middelen: **Brochure en boek**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Deze middelen kan ik als therapeut in mijn behandeling inbouwen. Verder kan de patiënt die brochure mee naar huis nemen en voor zich zelf een keer rustig doorlezen en met vragen die misschien nog op komen naar mij terug komen. Het boek wordt als individuele begeleiding gebruikt. Hier staan verschillende vragenlijsten en tekeningen in waarmee de therapeut educatie gericht kan geven. Hierdoor heeft de therapeut een rode draad in zijn behandeling.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?

Ik denk dat het heel zinvol is om zo iets te gaan ontwikkelen. Op de ene kant voor ons als therapeuten om een houvast te hebben, maar op de andere kant natuurlijk voor de patiënt om iets te hebben waarmee hij of zij kan meer inzicht in een complex verhaal kan krijgen.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja, zeker. Ik zal die van mij gekozen middelen zeker toepassen. Het kost niet veel tijd en het geeft jouw behandeling meer een ondersteuning bij het behandelen van dit soort patiënten.

Therapeut 2

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Ik heb in het verleden educatie aan hand van modellen (pijn-gevolgen-model) en boeken (atlas) gegeven. Dit verduidelijkt de uitleg nog meer en de patiënt heeft iets voor oog zo dat het begrijpen makkelijker wordt. Mij zelf valt op dat patiënten die betrokken worden bij het geven van educatie veel sneller open staan voor een andere standpunt.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Het ligt eraan of een patiënt ja of nee begrijpt wat chronische pijn is en hoe ermee om te gaan. Als hij veel moeite ermee heeft vaak – iedere behandeling.

Hoelang?

Verschilt ca 10-15 minuten.

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Ja, educatie is hier de basis voor de verdere behandeling. Patiënten vallen vaak in hun oude patroon terug, vaak moet je educatie blijven herhalen. Deze herhaling zorgt ervoor dat patiënten leren met de pijn en de actuele situatie beter om te gaan.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

De tijd. Volgens mij heb je in de eerste lijn veel te weinig tijd om iemand adequaat educatie te kunnen geven. Binnen een half uur alles goed uit te leggen en nog “fysisch” te behandelen is vaak lastig.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Een perfect hulpmiddel ontwikkelen wat kort een krachtig de educatie ondersteunt.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Ja, al genoemd (pijn-gevolgen-model en atlas).

Heeft U in het verleden nog andere (hulp)middelen gebruikt tijdens het geven van educatie? Waarom wel/niet?

Nee. Geen andere hulpmiddelen (zo als brochure) in de praktijk.

Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Het gebruiken van de boven genoemde hulpmiddelen levert opzicht geen knelpunten op. Ik miss wel iets wat de educatie kwalitatief beter kan maken.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Geen opmerkingen.

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Als het op een goede manier (duidelijk en structureert, overzichtelijk) wordt gegeven ja.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Snel toepasbaar (geen presentatie of zo)

Iets wat de patiënt mee naar huis kan nemen

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ Poster
- ☐ Boek
- ☒ **Brochure**
- ☐ DVD
- ☒ **Tekening**
- ☐ Andere:
- ☐ Combinatie van middelen: **Tekening en brochure**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Deze twee middelen kunnen het best de theorie visualiseren. Verder kan de patiënt de brochure mee naar huis nemen. Een middel voor de praktijk en een middel om mee naar huis te nemen voor de patiënt.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel/combinatie van (hulp)middelen?

Ik denk dat deze combinatie voor patiënt als voor therapeut heel effectief kan zijn en alle twee partijen winst van kunnen boeken.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja, zeker. Ik zal het heel erg prettig vinden een teken in de praktijk te hebben waar ik dit soort klachten goed kan uitleggen. Ik ben overtuigd dat vele patiënten uit de eerste lijn een brochure als informatief en als meerwaarde zien.

Therapeut 3

Interview met fysiotherapeuten

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Ik geef door middel van informeren adviseren educatie aan de patiënten.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Iedere behandeling. Bij iedere patiënt is het nodig om een stuk educatie in verschillende vormen toe te passen. Alle patiënten zijn in verschillende fasen van herstel. De educatie moet bestmogelijk hier aan worden aangepast om de behandeling te optimaliseren.

Hoelang?

Meestal 5 minuten soms langer (10 minuten).

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Ja. Educatie is een heel belangrijk onderdeel van de behandeling. Patiënt krijgen meer inzicht in de klachten en de mogelijkheden hoe ermee om te gaan.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

Niet echt. Ik vind dat het geven van educatie door middel van modellen redelijk goed gaat. Soms miss ik wel iets wat je in de praktijk hebt wat je erbij kunt pakken om de patiënt mee te kunnen geven.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Ergens aanvragen of er een brochure bestaat, die men de patiënt mee kan geven.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Ja, modellen. Meestal het "Bio-psycho-sociaal-model". Vind ik voor mij persoonlijk het makkelijkste om uit te leggen.

Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Ik vind het jammer dat je alleen dit model goed kunt uit leggen. Ik miss nog andere manieren (modellen) ,om educatie nog beter te kunnen geven.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Bijscholing.

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Ja, als educatie regelmatig op een adequate manier wordt gegeven is het zeker effectief.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Het moet de behandeling optimaal ondersteunen. Verder mag het niet te veel tijd kosten en het beste kan het ook mee naar huis worden gegeven.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- DVD
- Poster
- Boek

X Brochure

X Tekening

- Andere:
- Combinatie van middelen: **Brochure en tekening**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

De brochure kan je makkelijk de patiënt mee geven en hij kan zich ook thuis verder informeren. De tekening vind ik voor de praktijk interessant. Hier kan je verschillende modellen laten zien en aan hand van deze educatie geven.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?

Ik denk dat deze combinatie optimaal zal zijn. Zo kan je als therapeut voor de praktijk en de privé-situatie van de patiënt voor informatie zorgen en de patiënt optimaal begeleiden.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja. Staat boven uitgelegd

Therapeut 4

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Ik geef educatie door middel van informeren adviseren, soms in combinatie met een boek of plaatje erbij.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Dit hangt van begrip van patiënt af. Als een patiënt vaker vragen stelt leg ik dingen vaker uit. Meestal meerdere sessies.

Hoelang?

Meestal 10 minuten.

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Nee. Ik geef niet altijd educatie. Als het mij zinvol lijkt dan ja, maar ik geef niet iedere patiënt educatie.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

Ja, ik ben soms onzeker hoe vaak ik dingen moet herhalen (iedere behandeling of iedere 3-4 weken), verder loop ik vaak tegen onbegrip van de patiënt aan. Als patiënten niet snappen wat ik met het uitleggen van iets (model) bedoel, weet ik niet hoe ik het gesprek zo kan voeren, dat het in de “juiste richting” gaat. Ik ervaar veel moeite tijdens het uitleggen van pijngedrag en de psychische componenten vooral

als de patiënt er niet voor open staat. Ik miss duidelijkheid voor mij en voor de patiënt!

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Er moet iets voor de eerste lijn worden ontwikkelt wat het de therapeut makkelijker maakt om goede educatie te kunnen geven.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Ja, modellen (bij voorbeeld neerwaartse spiraal tekeningen)

Ervaat U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Ik miss een leidraad, structuur tijdens het geven van educatie.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Ontwikkelen van een goed middel voor de eerste lijn.

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Ja, alleen als het op een kwalitatieve manier wordt gegeven.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Kort, krachtig, snel, effectief, mag niet te veel tijd kosten.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☐ Poster
- ☐ Boek
- ☒ **Brochure**
- ☒ **Tekening**
- ☐ Andere:
- ☐ Combinatie van middelen: **Brochure en tekening**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Voor mij is het afhankelijke van de patiënt wat voor een educatiemiddel het beste is.

Wat is het ingangsniveau van de patiënt waarmee kan je de patiënt het makkelijkste bereiken.

Ik heb dus voor de brochure gekozen. Ik denk over het algemeen is dit de beste mogelijkheid om patiënten in verscheidenden fases deze mee te geven.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?

De tekening voor de therapeut en de brochure voor de patiënt is volgens mij de beste mogelijkheid om de knelpunten op te lossen.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja. Ik zul het heel erg fijn vinden als er zo iets wordt ontwikkelt en het zeker in de praktijk regelmatig gebruiken.

Therapeut 5

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Door middel van meetinstrumenten en vragenlijsten. Ik gebruik klinimetrie om de verloop van de klachten in kaart te brengen. Zie ik bij een patiënt een afwijkend herstelproces gebruik ik de uitslag om de patiënt individuele educatie te geven. Verder gebruik ik nog boeken (atlas) en tekeningen (Sensitisatie-model).

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Dat ligt aan de klacht die de patiënt ervaart. Soms meerdere keren per behandeling soms minder vaak.

Hoelang?

Verschilt. 5-10 minuten.

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Ja, ik probeer educatie zo veel als mogelijk in mijn behandeling met in te bouwen. Educatie is een van de belangrijkste onderdelen tijdens de behandeling van patiënten in de subacute of chronische fase.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

Ik miss persoonlijk iets wat “concreet” is. Dat betekent: ik en sommige collega's kunnen goed verschillende modellen uitleggen of aan hand van tekeningen educatie geven, maar is het niet belangrijk een concreet iets te hebben waar men als therapeut gebruik van kan maken als het om educatie gaat? Ik loop niet echt tegen iets specifiek aan maar ik zul het wel fijn vinden als er iets bestaat wat wij in samenwerking met de patiënten kunnen gebruiken om educatie doelgerichter te maken.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Een gericht educatiemiddel ontwikkelen wat is toepasbaar in de eerste lijn.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Meetinstrumenten, vragenlijsten, boeken, modellen.

Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Niet direct. Ik miss wel een hulpmiddel wat mij het geven van een doelgerichte (individuele) educatie makkelijker maakt.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Zie boven.

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Ja en nee. Op de ene kant ja, omdat ik met de middelen die ik gebruik probeer de patiënt bestmogelijk te bereiken en hem probeer in deze situatie de beste educatie te geven. Op de andere kant nee, omdat ik overtuigt ben dat er door middel van een brochure of iets anders nog gericht en dus effectiever educatie kan worden gegeven.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Het moet duidelijk zijn, flexibel (in verschillende momenten toepasbaar zijn), wetenschappelijk onderbouwd, niet te veel informatie, niet te duur, onder de vlag van het KNGF (dan staat de beroepsgroep achter je).

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☐ Poster
- ☒ **Brochure**
- ☒ **Boek**
- ☐ Tekening
- ☐ Andere:
- ☐ Combinatie van middelen: **Brochure in combinatie met een boek**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Ik denk niet dat een middel voldoende is om dingen goed uit te leggen. Een combinatie van een boek (waarin de behandelproces wordt bewaakt, meetinstrumenten en vragenlijsten worden ingebracht) en een brochure voor thuis, is de beste mogelijkheid om op langer termijn winst te boeken.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?

Ik denk dat het heel zinvol is om zo iets te gaan ontwikkelen. Op de ene kant voor ons als therapeuten om een houvast te hebben, maar op de andere kant natuurlijk voor de patiënt om iets te hebben waarmee hij of zij kan meer inzicht in een complex verhaal kan krijgen.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja, als het aan de boven genoemden eisen voldoet.

Therapeut 6

Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn? Waarom op deze manier?

Door proberen in duidelijke taal uit te leggen hoe het lichaam werkt. Eventueel voorbeelden (pijn – gevolgen) gebruiken die meer tot de verbeelding spreken.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Vaak meerdere keren. Regelmatig tijdens de behandeling. Ik zeg ook altijd als ze vragen hebben kunnen ze gerust erop terug komen.

Hoelang?

Soms een hele behandeling soms 3-5 minuten. Ligt aan de patiënt en hoe complex de vraag of het onderwerp is.

Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn? Waarom wel/niet?

Ja. Educatie is voor mij een heel belangrijk punt welk bij de behandeling hoort. Ik ben opzicht de hele dag aan het educatie geven.

Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie? Zo ja, welke?

Soms. Meestal hebben deze mensen meerdere klachten en vinden ze dat alles op zich staat dan is het soms moeilijk om de samenhang duidelijk te maken. Hier mis ik dan structuur die mij helpt om dingen op een gestructureerde manier uit te leggen.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Dat patiënten niet altijd alles willen aannemen, omdat een arts iets anders zegt. Hier is het dan als therapeut heel erg moeilijk doorheen te komen en van de biomedische kant weg te komen. Hier loop ik regelmatig tegen aan.

Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke? Waarom wel/niet?

Atlas, tekeningen, eventueel bijhouden dagboek om inzicht in klachtenbeeld + belasting te krijgen en een balans te vinden in belasting/belastbaarheid. Soms de VAS-score.

Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie? Zo ja, welke?

Niet in samenhang met het gebruiken van hulpmiddelen meer met verschillende situaties die zich ontwikkelen waar in ik moeite heb om hier de patiënt beter te kunnen begeleiden.

Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?

Door middel van een structuur voor de eerste lijn die therapeuten helpt om patiënten in deze situaties beter te kunnen begeleiden (Hulpmiddel ontwikkelen).

Is het geven van educatie volgens U effectief? Waarom wel/niet?

Ja, als educatie op een goede manier wordt gegeven.

Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1^e lijn moeten voldoen? Waarom?

Het moet makkelijk hanteerbaar zijn. Het mag niet te veel tijd kosten en moet gekoppeld aan de behandelproces verder gebruikt worden.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- DVD
- Poster
- Brochure
- Boek
- Tekening

X Andere: Atlas

- Combinatie van middelen: **Dagboekje**

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Ik denk dat een dagboek de perfecte oplossing is. Hier kan de patiënt zijn activiteiten in schrijven, vragenlijsten kunnen worden toegevoegd. Verder kunnen hier kleine tekeningen inzitten waaraan de therapeut dingen die in samenhang staan met pijn kunnen worden uitgelegd.

Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?

Hierdoor wordt de theorie (Pijngevolgen-model) makkelijk verstaanbaar en hij kan zelfstanding zijn ontwikkeling richting geven. Verder kan dit boek ook als evaluatiemoment gebruikt worden. Ik denk dat het heel goed in de praktijk zal functioneren.

Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken? Waarom wel/niet?

Ja, zeker! Ik merk nu al dat het zinvol is. Als men een “standaard-versie” heeft zal dat perfect zijn.

Overzicht:

Interviewvraag	Therapeut 1	Therapeut 2	Therapeut 3	Therapeut 4	Therapeut 5	Therapeut 6
Hoe geeft U op dit moment educatie aan patiënten met chronische pijn?	Pijn-gevolgen-model, Sensitisatie-model	Pijn-gevolgen-model, Atlas	Informereren/adviseren	Informereren/adviseren	Vragenlijsten	Uitleg geven over werking lichaam
Hoe vaak?	Meerdere sessies per week	Afhankelijk van de patient	Iedere behandeling	Afhankelijk van de patient	Afhankelijk van de klachten van de patient	Meerdere sessies

Hoelang?	5-20 minuten	10-15 minuten	5-10 minuten	10 minuten	5-10 minuten	5-25 minuten
Is het geven van educatie een standaard onderdeel in uw behandeling van patiënten met chronische pijn?	Ja	Ja, educatie is de basis voor de verdere behandeling	Ja	Nee, ik geef niet altijd educatie	Ja, ik probeer educatie zoveel mogelijk in mijn behandeling toe te passen	Ja
Ervaart U momenteel knelpunten in het geven van educatie?	Ja, een soort 'standaard' die mij richting geeft tijdens de gesprekken	Ja, het tijdsaspect	Nee	Ja, onduidelijk hoe vaak de informatie herhaald moet worden	Ja, ik mis iets 'concreet' wat ik de patient kan meegeven	Nee
Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?	Geen idee	Ontwikkelen nieuw (hulp)middel	Op zoek gaan naar een (hulp)middel, zoals een brochure	-	Een gericht educatiemiddel	-
Gebruikt U op dit moment (hulp)middelen tijdens het geven van educatie?	Ja, dit maakt het namelijk veel gemakkelijker voor de patiënt om dingen te begrijpen	Ja, Pijn-gevolgen-model en Atlas	Ja, Bio-psycho-sociaal-model	Ja, Neerwaartse spiraal en Tekeningen	Ja, Vragenlijsten, Boeken en Modellen	Ja, Atlas, Tekeningen en Dagboek (om inzicht in klachtenbeeld + belasting te krijgen)
Ervaart U momenteel knelpunten in het gebruik van (hulp)middelen tijdens het geven van educatie?	Nee	Nee	Ja, ik mis andere manieren om dingen uit te leggen	Ik mis een soort 'standaard' tijdens het geven van educatie	Nee	Nee
Hoe kunnen deze knelpunten volgens U het beste opgelost worden?	-	-	Bijscholing	Ontwikkelen van een goed (hulp)middel voor de eerste lijn	-	Door middel van een soort 'standaard'
Is het geven van educatie volgens U effectief?	Ja	-	Ja	Ja	Ja	Ja
Aan welke eisen zou een educatiemiddel in de 1 ^e lijn moeten voldoen?	Kort en krachtig	Snel toepasbaar (geen presentatie), iets wat de patiënt mee naar huis kan nemen	Het moet de behandeling optimaal ondersteunen	Kort, krachtig, snel en effectief	Duidelijk, flexibel, niet te veel informatie, wetenschappelijk onderbouwd en onder de vlag van het KNGF	Makkelijk hanteerbaar
Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om educatie te geven, uit welke zou U dan kiezen?	Brochure + Boek	Brochure + Tekening	Brochure + Tekening	Brochure + Tekening	Brochure + Boek	Dagboek
Waarom heeft U	Deze middelen	Hiermee kan	De brochure kan	Hiermee kan de	Een combinatie	Het dagboek is

gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?	kan ik als therapeut in mijn behandeling inbouwen, verder kan de patiënt de brochure mee naar huis nemen	het beste de theorie gevisualiseerd worden	gemakkelijk aan de patiënt meegegeven worden, de tekening vind ik voor in de praktijk interessant	patiënt het makkelijkst bereikt worden	van een boek en brochure is het beste	de perfecte oplossing
Wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot het (hulp)middel?	Ik denk dat het heel zinvol is om iets dergelijks te gaan ontwikkelen	Heel effectief, zowel patienten als fysiotherapeuten kunnen hier winst mee boeken	Ik denk dat deze combinatie optimaal zal zijn	De tekening voor de fysiotherapeut en de brochure voor de patiënt	Heel zinvol	De patient kan op deze manier zelfstandig richting geven aan zijn ontwikkeling
Bent U geneigd, indien beschikbaar, een dergelijk (hulp)middel praktisch te gebruiken?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

BIJLAGE 3 – INTERVIEW MET PATIËNTEN

Zo als eerder genoemd zijn ook de interviews met patiënten bedoeld om een beeld te krijgen van de wensen die er vanuit de praktijk zijn met betrekking tot educatie. De hieronder opgestelde interviewvragen zijn gebruikt als een soort rode draad voor de interviews. Gedurende de interviews hebben wij op deze vragen nog verder doorgevraagd.

Interview met patiënten

- Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?
 - Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?
 - Hoelang?
- Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?
 - Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?
 - Wat vond U goed aan de informatie?
 - Wat vond U slecht aan de informatie?
 - Wat vond U van de duur?
- Waar heeft U de informatie gekregen?
- Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen? Zo ja, welke?
- Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?
 - Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?
 - Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?
 - Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?
- Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?
- Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?
- Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?
 - DVD
 - Poster
 - Brochure
 - Boek
 - Tekening
 - Andere:

.....

- Combinatie van middelen:

.....

- Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?
- Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

BIJLAGE 4 – UITGEWERKTE INTERVIEWS PATIËNTEN (ACUT- SUBACUT STADIUM)

Patiënt (acut/subacut) 1

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb vooralsnog geen informatie gekregen met betrekking tot chronische pijn. Ik heb alleen informatie gekregen over het beloop van mijn aandoening.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Eenmalig

Hoelang?

10 minuten

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Ik vind de informatie die ik tot nu toe heb gekregen voldoende. Belangrijk voor mij was dat ik advies kreeg hoeveel ik mocht belasten: moet ik rust nemen of de pijn negeren en doorgaan.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, ik weet nu wat ik wel en niet mag doen. Ik hoop dat ik met deze adviezen snel van mijn klachten af ben.

Wat vond U goed aan de informatie?

Kort en duidelijke informatie die voor mij goed begrijpbaar was.

Wat vond U slecht aan de informatie?

-

Wat vond U van de duur?

Goed, kort en duidelijk zodat het gemakkelijk te onthouden was.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Nee

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

-

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Nee, voor mij was alleen belangrijk hoeveel ik mocht belasten. Deze vraag is beantwoord, dus ik heb geen informatie gemist.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Advies over mijn aandoening: wat is het? hoe kom ik eraan? hoe wordt het opgelost?

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☐ Poster
- ☒ Brochure
- ☐ Boek
- ☒ Tekening
- ☐ Andere:

.....

- ☐ Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Een brochure is thuis makkelijk na te lezen en indien ik na het lezen van de brochure toch nog vragen heb kan ik deze voorleggen aan de fysiotherapeut. De tekening geeft denk ik een duidelijk overzicht en versimpeld de uitleg.

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Aan de ene kant geschreven materiaal wat na te lezen valt, aan de andere kant een tekening wat overzicht geeft.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Patiënt (acuut/subacuut) 2

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Dat ik gewoon zoveel mogelijk actief moest blijven. Ik moest niet gaan overbelasten, maar strikte rust was ook niet goed.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

2 sessies

Hoelang?

2x 5 minuten

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Ik heb voor mijn gevoel voldoende informatie gekregen. Ik weet niet welke informatie ik nog meer zou moeten krijgen.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, want ik dacht in eerste instantie dat ik gewoon rust moest nemen totdat mijn klachten minder zouden gaan worden. Als ik hierin dus geen advies had gekregen, dan had ik het verkeerd gedaan.

Wat vond U goed aan de informatie?

Het advies dat ik toch actief moest blijven.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Ik heb voor mijn gevoel niks gemist aan informatie. Ik weet alleen niet precies waarom actief blijven nu zo goed is. Misschien zou dit wat uitdrukkelijker verteld kunnen worden.

Wat vond U van de duur?

Goed

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Bij de uitleg is gebruik gemaakt van een model van een wervelkolom.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Goed, het model gaf mij een beeld wat er aan de hand was.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, ze hebben duidelijk gemaakt wat precies mijn blessure was.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Dat ik mij nu een beeld kon vormen wat er aan de hand was.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

Ik was het al snel weer vergeten.

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Nee

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Wat heb ik en hoe ben ik zo snel mogelijk weer klachtenvrij.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- DVD
- Poster
- X Brochure

- Boek
- Tekening
- Andere:

.....

- Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

De informatie tijdens de behandeling wordt snel weer vergeten en met een brochure kun je het snel even nalezen.

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

-

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Goed

Patiënt (acuut/subacuut) 3

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb informatie gekregen over de verschillende fases van herstel en in welke fase dat ik momenteel zit in mijn herstel.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Meerdere sessies

Hoelang?

Iedere keer 5 minuten

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Mij zei de informatie in eerste instantie niet veel. Maar na een paar keer uitleg is mij dit wel duidelijk geworden. Maar ikzelf kan er verder weinig mee.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ik weet in welke fase van herstel ik mij bevind. Afhankelijk van deze fases is mij uitgelegd wat ik wel en niet mag doen tijdens mijn oefeningen. Bij mij is het in ieder geval een normaal herstel.

Wat vond U goed aan de informatie?

Duidelijkheid over wat ik wel en niet mag.

Wat vond U slecht aan de informatie?

In eerste instantie begreep ik het niet echt, maar dit is daarna wel duidelijker geworden. Misschien moet het ook wel een paar keer herhaald worden voordat het echt blijft hangen.

Wat vond U van de duur?

Goed, niet te lang anders had ik nog weniger onthouden denk ik.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Nee

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

-

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Nee, ik weet verder niet veel wat betreft fysiotherapie. Dus ik kan ook niet echt aangeven of ik informatie gemist heb.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Uitleg over wat er nu aan de hand is en hoe de behandeling eruit gaat zien.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

☒ DVD

- ☐ Poster
- ☐ Brochure
- ☐ Boek
- ☐ Tekening
- ☐ Andere:

.....

- ☐ Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Ik werk zelf in de ICT, dus ik denk dat een DVD om mee naar huis te nemen ideaal is.

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

-

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Patiënt (acuut/subacuut) 4

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb lage rugklachten en ik heb het advies gekregen zoveel mogelijk actief te blijven. Niet te gaan rusten door mijn klachten, omdat dan mijn rug nog zwakker zou worden en mijn klachten dan chronisch konden worden.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Eenmalig

Hoelang?

10 minuten (tijdens de behandeling)

Wat vindt U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Het was nuttige informatie, omdat je normaal gesproken als de klachten niet overgaan toch probeert te rusten en bepaalde activiteiten te vermijden.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, zie vorige vraag. Ik moet gewoon proberen actief te blijven, niet overbelasten maar ook niet altijd te rusten. Er moet een middenweg worden gevonden.

Wat vond U goed aan de informatie?

Duidelijke informatie die goed te begrijpen was.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Dat de informatie eigenlijk tussen de behandeling door is verteld. Ik had liever gezien dat hier even apart tijd voor werd vrijgemaakt, dat ik wat meer met aandacht had kunnen luisteren.

Wat vond U van de duur?

Voldoende

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Er is een grafiek getoond met daarin het verloop van de lage rugklachten.

Wat vindt U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Had voor mij niet extra gehoeven.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Nee, het had voor mij geen meerwaarde.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Hoe klachten nu precies chronisch worden, is dat alleen door het rusten?

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Hoe ik thuis en op het werk moet omgaan met mijn klachten.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- DVD
- Poster
- Brochure
- Boek
- Tekening
- Andere:
.....
- Combinatie van middelen:
.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Een brochure met daarin korte informatie hoe klachten nu chronisch worden en hoe ik dit kan voorkomen (wat tips eigenlijk).

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

-

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Patiënt (acuut/subacuut) 5

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb nog geen informatie gehad over chronische pijn. Ik ben nu ook pas voor de tweede keer bij de fysiotherapeut voor mijn klachten.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

-

Hoelang?

-

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Tot nu toe heb ik alleen adviezen gekregen hoe ik thuis het beste kan functioneren. Activiteiten die mijn klachten echt veroorzaakten moesten even vermeden worden, maar in het algemeen gewoon blijven bewegen. Deze adviezen vond ik goed.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Dit vind ik moeilijk aan te geven. Ik ben pas sinds kort bezig, dus ik verwacht niet dat ik binnen één week geen klachten meer heb. Ik merk dus ook nog niet direct effect na de adviezen die ik gekregen heb.

Wat vond U goed aan de informatie?

De informatie was goed te begrijpen.

Wat vond U slecht aan de informatie?

-

Wat vond U van de duur?

Goed

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Tijdens de uitleg is gebruik gemaakt van een poster die ophing in de behandelruimte. De poster werd gebruikt om uit te leggen waar mijn klachten vandaan komen.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

De poster zorgde ervoor dat het makkelijker te begrijpen was, omdat je er dan een voorstelling van kan maken.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Zie vorige vraag

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Dat het een afbeelding was, waardoor je van het ontstaan van de klachten een beeld kon vormen.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Ik wist niet goed wat ik moest verwachten aangezien ik nog niet vaak bij de fysiotherapeut ben geweest. Ik kan nu dus ook niet goed aangeven of ik informatie gemist heb.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

-

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☒ Poster
- ☒ Brochure

- Boek
- Tekening
- Andere:
.....
- Combinatie van middelen:
.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Een brochure waarin alles nog eens kort kan worden toegelicht. Daarbij een poster waardoor je een beeld krijgt en de informatie die in de brochure staat kan visualiseren. Uiteindelijk begrijp je dan meer hoe alles in elkaar zit en vergeet je het ook minder snel.

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Zie vorige vraag

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Patiënt (acuut/subacuut) 6

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Dat het beste voor mijn rug zou zijn om zoveel mogelijk te bewegen en actief te blijven, want het was bewezen dat dit goed voor de rug zou zijn en chronische klachten deed voorkomen.

Hoe vaak (eenmalig vs. meerdere sessies)?

Eenmalig

Hoelang?

5 minuten

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Het was bruikbare informatie, waar ik voorheen nog geen weet van had.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, anders zou ik waarschijnlijk de bewegingen die pijnlijk waren zijn gaan vermijden.

Wat vond U goed aan de informatie?

-

Wat vond U slecht aan de informatie?

-

Wat vond U van de duur?

Goed

Waar heeft U de informatie gekregen?

Bij de fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Nee

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

-

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Wat de duur is van deze klachten, wanneer zijn de pijnklachten helemaal verdwenen.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Waar mijn pijnklachten vandaan komen en hoe ik er weer vanaf kom.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

☒ DVD

- ☐ Poster
- ☐ Brochure
- ☐ Boek
- ☐ Tekening
- ☐ Andere:

.....

- ☐ Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Een DVD is makkelijk thuis af te spelen. Een DVD is het duidelijkst, omdat het een combinatie van beeldmateriaal en uitleg is. Het is dus een combinatie, daar waar een poster/brochure/boek/tekening zich alleen richten op óf beeldmateriaal óf uitleg.

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

-

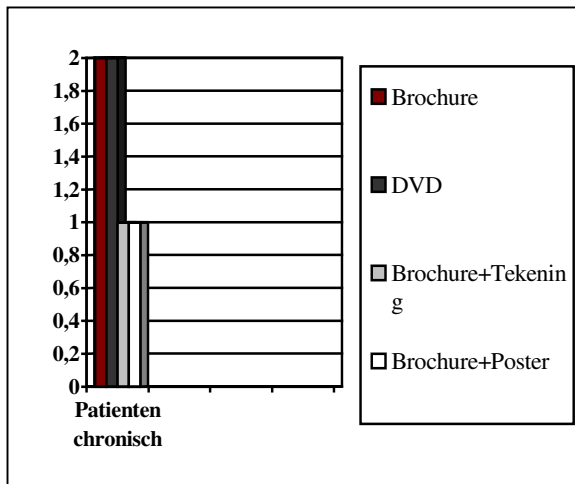
Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn? -

Overzicht:

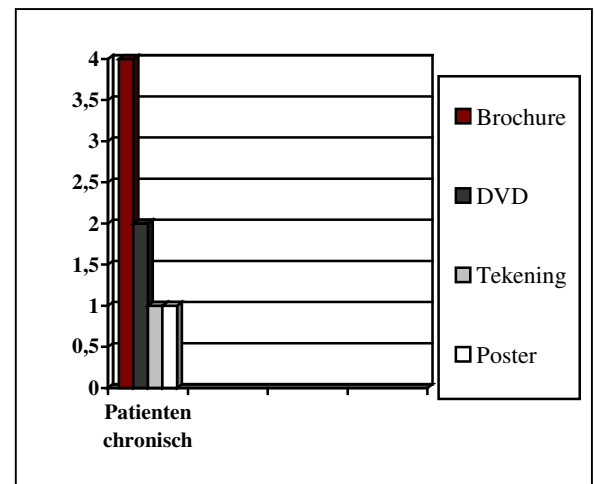
Interviewvraag	Patient 1 (tenniselleboog)	Patient 2 (lage- rugklachten)	Patient 3 (achillespees- klachten)	Patient 4 (lage- rugklachten)	Patient 5 (impingement)	Patient 6 (lage- rugklachten)
Welke informatie heeft U gehad m.b.t. chronische pijn?	Informatie over beloop aandoening	'actief blijven'	Informatie over fases van herstel	'actief blijven'	Geen informatie over chronische pijn gehad	'actief blijven'
Hoe vaak?	Eenmalig	2 sessies	Meerdere sessies	Eenmalig	-	Eenmalig
Hoe lang?	10 minuten	5 minuten	5 minuten	10 minuten	-	5 minuten
Wat vind U van de informatie die U tot nu toe gekregen hebt?	Voldoende, belangrijk was advies belasting-belastbaarheid	Voldoende, weet niet welke informatie nog meer belangrijk is	Informatie eerst onduidelijk, na paar keer uitleg wel begrijpbaar geworden	Nuttige informatie	Adviezen gekregen voor thuis, welke bruikbaar waren	Bruikbare informatie, waar ik voorheen nog geen weet van had
Heeft de informatie U geholpen?	Ja, weet nu wat wel en niet mag	Ja, wilde in eerste instantie rust nemen maar dat is juist niet goed	Ja, nu duidelijk in welke fase van herstel ik mij bevind	Ja, neiging activiteiten te vermijden maar dat is juist niet goed	Moeilijk aan te geven, nog geen direct effect van de informatie gemerkt	Ja, neiging pijnlijke bewegingen te vermijden maar dat is juist niet goed
Wat vond U goed aan de informatie?	Korte en duidelijke informatie die goed te begrijpen was	'actief blijven'	Informatie over belasting-belastbaarheid bij elke fase	Duidelijke informatie die goed te begrijpen was	Begrijpbare informatie	-
Wat vond U slecht aan de informatie?	-	Geen uitleg waarom 'actief blijven' nu zo belangrijk is	In eerste instantie moeilijk te begrijpen	Liever gezien dat apart tijd werd vrijgemaakt voor voorlichting, niet tijdens de behandeling	-	-
Waar heeft U de informatie gekregen?	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut
Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?	Nee	Ja, model van de wervelkolom	Nee	Ja, grafiek	Ja, poster	Nee
Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?	-	Kan nu een beeld vormen van wat er aan de hand is	-	-	Van de klachten kan nu een voorstelling worden gemaakt	-
Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?	-	Informatie weer snel vergeten	-	Geen meerwaarde	-	-
Heeft U informatie gemist?	Nee	Nee	Kan niet echt aangeven of informatie gemist is	Hoe klachten nu precies chronisch kunnen worden	Wist niet goed wat verwacht moest worden	Duur van de klachten en wanneer de klachten helemaal over zijn
Wat waren uw verwachtingen m.b.t. de informatie die U zou krijgen?	Informatie over mijn blessure: beloop? behandeling?	Uitleg over wat er aan de hand is en hoe ik zo snel mogelijk weer klachtenvrij wordt	Uitleg over wat er aan de hand is en hoe de behandeling eruit gaat zien	Hoe om te gaan met de klachten	Wist niet goed wat verwacht moest worden	Oorzaak van de klachten en hoe de behandeling eruit gaat zien
Als U zou kunnen kiezen uit verschillende hulpmiddelen om informatie te krijgen, welke	Brochure + Tekening	Brochure	DVD	Brochure	Brochure + Poster	DVD

zou U dan kiezen?						
Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel/combinatie?	Brochure: makkelijk na te lezen thuis Tekening: geeft duidelijk overzicht, versimpeld de uitleg	Informatie weer snel vergeten, met een brochure kun je het thuis nog nalezen	Zelf werkzaam in de ICT, kent de voordelen die een DVD heeft	Brochure: korte informatie hoe klachten chronisch worden en hoe dit te voorkomen	Brochure: korte toelichting Poster: om informatie uit brochure te visualiseren	Makkelijk thuis af te spelen en DVD is duidelijk: combinatie van beeldmateriaal en uitleg

Grafiek Uitkomst keuze voor (hulp)middel bij patiënten in de acute/subacute fase



Overzicht gekozen combinatie van middelen



Overzicht van een gekozen middel

BIJLAGE 5 – UITGEWERKTE INTERVIEWS PATIËNTEN (CHRONISCH STADIUM)

Patiënt (chronisch) 1:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb aan hand van een presentatie van mijn fysiotherapeut en door middel van educatie-gespreken uitleg gekregen.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Meerdere sessies (ca. 10 keer)

Hoelang?

Verschillend soms 5 minuten soms 20 minuten.

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Het was een goede voorbereiding voor mij. Ik heb steeds het gevoel gehad dat ik goed word begeleid.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, de informatie heeft mij heel goed geholpen

Wat vond U goed aan de informatie?

Dat het klachtenbeeld word uitgleed.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Ik heb het stukje gemist waar mij in wordt uitgelegd waardoor de pijn kan chronisch worden. Wat kan de oorzaak voor het ontstaan van chronisch pijn zijn.

Wat vond U van de duur?

De duur was prima.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Ja, ik heb een presentatie gezien waarin wordt beschreven wat er in mijn rug gebeurd als ik door mijn rug ga. Dit vond ik heel overzichtelijk en duidelijk.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Zo als net genoemd vond ik de presentatie heel goed.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Door middel van de presentatie had ik snel een overzicht wat in mijn lichaam gebeurd als er en letsel ontstaat.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Waardoor de pijn niet weg gaat. Dat heb ik gemist. Factoren die de klachten in stand kunnen houden, wat is de oorzaak voor chronische pijn. Wat kan ik doen om niet in het chronisch stadium terecht te komen.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Zie boven.

- Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?
 - o DVD
 - o Poster
 - o Brochure
 - o Boek
 - o Tekening
 - X** Andere: **Presentatie met een werkboek**
 - o Combinatie van middelen:

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

-

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Ik heb zelf al een presentie gezien en het lijkt mij een zinvol educatiemiddel. Verder heb ik persoonlijk iets voor thuis gemist. Een werkboek is een goede combinatie. Hier kan informatie die de patiënt thuis kan lezen instaan en verder kan het verloop van de behandeling erin verwerkt worden.

Patiënt (chronisch) 2:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb van mijn fysiotherapeut informatie gekregen maar het was niet echt over chronische pijn.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Ca. 3-5 keer.

Hoelang?

Meestal zo 10 minuten.

Wat vindt U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Ik vond de informatie die ik in de tijd waar ik bij verschillende praktijken ben geweest slecht. Soms heb ik geen informatie gekregen en als ja was de uitleg onduidelijk.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Nee. Ik heb veel informatie gemist.

Wat vond U goed aan de informatie?

Het gebruik van de poster. De inhoud was wel te veel (meer lichamelijke kant – wat gebeurt er in het lichaam als men een letsel oploopt. Geen preventie van chr. Pijn)

Wat vond U slecht aan de informatie?

Dat ik geen echte uitleg heb gekregen. Ik ben niet echt worden begeleid, meer verder doorgestuurd worden naar andere specialisten of therapeuten.

Wat vond U van de duur?

Ok.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Ja, een vragenlijst en een poster. Vragenlijst (PSK)

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

De vragenlijst heeft mij niet veel geholpen en was heeft mij niet echt een structuur gegeven. Het poster was goed. Aanhand van dit schema heb ik tenminste een soort overzicht gekregen.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja. Poster was een goed overzicht.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Door middel van de presentatie had ik snel een overzicht wat in mijn lichaam gebeurt als er een letsel ontstaat.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

Het was te veel informatie op de poster. Soms vond ik het moeilijk te volgen.

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Hoe ga je met de pijn om het onderwerp acceptatie heb ik het meest gemist.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Hoe kan ik voorkomen dat chronische pijn ontstaat. Wat kan de pijn in stand houden.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

X DVD

- ☐ Poster
- ☐ Brochure
- ☐ Boek
- ☐ Tekening

X Andere: **DVD en een werkboek**

- Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

-

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Thuis informatie over pijn via de DVD. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat men samen met de familie de DVD kan kijken. Het werkboek is een soort aanvulling. Kan als begeleiding voor het behandelproces en voor de eigen controle over de ontwikkeling worden gebruikt.

Patiënt (chronisch) 3:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Niet echt over pijn. Ik heb meer informatie erover gekregen wat er in mijn lichaam gebeurd als ik een wond of letsel heb. Chronische pijn was niet echt aan de orde.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

-

Hoelang?

-

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Niet goed. Ik niet echt iets over mijzelf geleerd. Ik wist niet hoe ik met de pijn om zal gaan of wat ervoor kan zorgen dat pijn chronisch word.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Nee.

Wat vond U goed aan de informatie?

Niks.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Het was geen goed informatie. De informatie was voor mij te lichamelijk. Hier (Adelante) leer ik zoveel over mij en hoe ik met mijn lichaam omga dat had ik vroeger moeten weten.

Wat vond U van de duur?

Liever langer als het een zinvol gesprek is.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Er is geen hulpmiddel worden gebruikt.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

-

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Wat is chronische pijn. Hoe kan deze ontstaan. Ik wist helemaal niet dat er chronische pijn bestaat en dat ook ik ervan last kan krijgen.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Hoe kan ik voorkomen dat chronische pijn ontstaat. Wat kan de pijn in stand houden.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

X DVD

- ☐ Poster
- ☐ Brochure
- ☐ Boek
- ☐ Tekening

X Andere: DVD en een werkboek

- ☐ Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

-

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

De DVD zul ik samen met de deskundige kijken en erbij nog uitleg willen. Hierdoor kan de theoretische kant worden uitgewerkt. Voor de verdere behandeling zul ik een werkboek (of uitgebreid brochure) fijn vinden waarmee ik zelf aan de slag kan gaan en informatie instaat.

Patiënt (chronisch) 4:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb doormiddel van educatiegesprekken van mijn fysiotherapeut uitleg gekregen.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Meerder sessies (ca 10 keer).

Hoelang?

Verschillend soms 10 minuten soms een half uurtje.

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

De informatie die ik heb gekregen was opzicht goed. Ik heb wel te veel uitleg wat betreft de lichamelijke kant van het klachten ervaren gekregen. Heb het gedeelte van de psychische invloed op het lichaam gemist.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja gedeeltelijk. Het was wel interessant wat er fysiek gebeurd maar dat de psyche een grote rol speelt dat heb ik gemist.

Wat vond U goed aan de informatie?

De lichamelijke klachten worden steeds heel duidelijk beschreven. Mijn therapeut heeft het allemaal heel rustig en duidelijk uitgelet.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Dat het psychische stukje niet is uitgelet. Het hele gedeelte over chronische pijn mis ik nu en vind dit slecht.

Wat vond U van de duur?

De duur was goed.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Brochure, model van de wervelkolom en een DVD.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Heel goede uitleg aan hand van het model van de wervelkolom. De DVD hebben wij samen bekeken, dat was ook heel interessant. De brochure heb ik mee naar huis genomen. Dat vond ik super hierdoor had ik ook iets voor thuis om na te lezen.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja. Goede uitleg veel structuur.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Het is veel informatie geweest over de lichamelijke kant en dat was hierdoor (middelen) heel erg overzichtelijk.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Niet alleen lichamelijke kant. Meer mij (patiënt) als geheel zien en ook de psychische kant integreren. Mij erop wijzen dat er chronische pijn kan ontstaan en mij helpen ermee om te gaan.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Wat voor factoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van chronische pijn.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

X DVD

- Poster
- Brochure
- Boek
- Tekening

X Andere: DVD en een werkboek

- Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

-

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

Ik zul het liefst een DVD zien (met fysiotherapeut) waarin lotgenoten beschrijven hoe hun met de klachten omgaan. Wat waren succesmoment en wat kan ik van hun leren. Het werkboek zul ik voor thuis en voor de behandeling gebruiken. Men kan hier samen met de therapeut een plan voor de toekomst ontwikkelen en met het boek evalueren hoe het is gegaan.

Patiënt (chronisch) 5:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Mij fysiotherapeut heeft heel veel door middel van gesprekken geleerd.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Meerder sessies (ca 5-10keer).

Hoelang?

Soms 10 minuten soms 20 minuten.

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Ik vond de informatie heel erg goed, wel heb ik verschillende dingen gemist maar opzicht was het interessant wat ik heb geleerd bij mij therapeut.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja, de informatie heeft mij geholpen. Maar het was niet voldoende anders was ik nu niet hier.

Wat vond U goed aan de informatie?

Ik heb veel over mijn eigen lichaam geleerd. Welke spier wat doet, wat er gebeurd als een ontsteking in mijn lichaam is of hoe en wondje hersteld.

Wat vond U slecht aan de informatie?

Dat mij niet is uitgelegd dat er een relatie bestaat tussen gedachten en gevoelens.

Dat vind ik een heel erg belangrijk punt en die had ik graag geweten.

Wat vond U van de duur?

De duur was goed.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Een model van de wervelkolom en een presentatie.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

Ik vond het heel goede hulpmiddelen om iets uit te leggen. Hierdoor had ik snel een overzicht en voelde mij de hele tijd goed geïnformeerd. Zeker het model van de wervelkolom heeft mij snel de samenhang van spieren en banden en botten laten begrijpen.

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

Ja. Goede uitleg veel structuur.

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

Zie boven.

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

Niks voor thuis. Ik had graag nog iets (brochure) voor thuis gehad om alles te kunnen nalezen.

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Ik heb het stukje over gevoelens gemist. Geen therapeut heeft mij uitgelegd dat gevoelens klachten staand kunnen houden. Dat heb ik gemist.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Wat is het normaal herstelproces van het lichaam. Hoe ontstaat chronische pijn.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

X DVD

- Poster
- Brochure

- Boek
- Tekening
- X** Andere: **DVD en een werkboek**
- Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

-

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

De DVD wordt gebruikt om een theoretische achtergrond over de lichamelijke als ook de psychische kant uit te leggen. Het werkboek kan mee naar huis worden genomen. Een gedeelte is een soort infobrochure waar men dingen kan nalezen. En dan nog iets waarin men zijn vooruitgang kan opschrijven.

Patiënt (chronisch) 6:

Welke informatie heeft U gehad met betrekking tot chronische pijn?

Ik heb niet echt uitleg over pijn gehad.

Hoe vaak (eenmalig vs. Meerdere sessies)?

Niet echt een sessie of gesprek gehad.

Hoelang?

-

Wat vind U van de informatie die U tot nu toe hebt gekregen?

Omdat ik niet echt informatie heb gekregen kan ik niet zeggen of iets goed of slecht was.

Heeft de informatie U geholpen? Waarom wel/niet?

Nee.

Wat vond U goed aan de informatie?

-

Wat vond U slecht aan de informatie?

-

Wat vond U van de duur?

Ik vind dat er een gesprek van ca 10 minuten zinvol zul zijn. Langer is niet goed dan begrijpt men niet meer alles en wordt het moeilijk om de gegeven informatie te onthouden.

Waar heeft U de informatie gekregen?

Door mij fysiotherapeut.

Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?

Zo ja, welke?

Als ik er zo over nadenk vind ik het heel jammer dat mij therapeut geen hulpmiddel heeft gebruikt. Zo als hier in het revalidatiecentrum vind ik schema's en tekeningen prima. Hierdoor heb je een goed overzicht van het verhaal erom heen.

Wat vind U van de (hulp)middelen die tot nu toe gebruikt zijn?

-

Hebben de (hulp)middelen U geholpen? Waarom wel/niet?

-

Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?

-

Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?

-

Heeft U informatie gemist? Zo ja, welke informatie?

Ik heb alles aan informatie gemist. Wat is chronische pijn, hoe kan deze ontstaan, wat voor een rol spelen emoties, hoe reageert de lichaam op beweging of juist geen beweging enz.

Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot de informatie die U zou krijgen?

Wat is pijn, wat is chronische pijn en hoe ga ik hiermee om.

Als U zou kunnen kiezen uit verschillende (hulp)middelen om informatie te krijgen, uit welke van de hieronder genoemde (hulp)middelen zou U dan kiezen?

- ☐ DVD
- ☐ Poster
- ☐ Brochure
- ☐ Boek
- ☐ Tekening
- ☒ Andere: **Werkboek**
- ☐ Combinatie van middelen:

.....

Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel?

Ik vind dat een werkboek de beste mogelijkheid is. Aan hand van een werkboek wordt het behandelproces individueel gemaakt. Het best is er qua inhoud een stukje met theoretisch achtergrond over pijn, factoren die pijn staand kunnen houden (soort brochure).

Waarom heeft U gekozen voor een combinatie van (hulp)middelen?

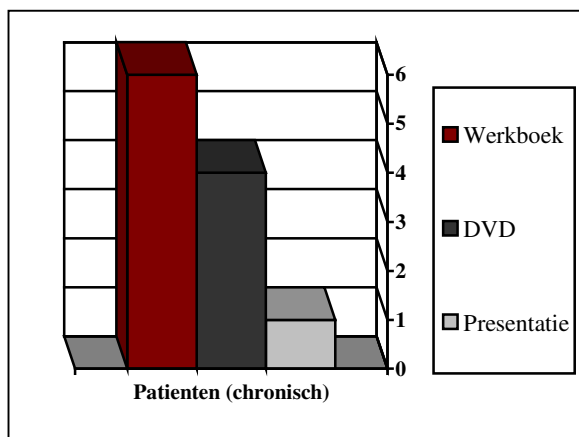
-

Overzicht:

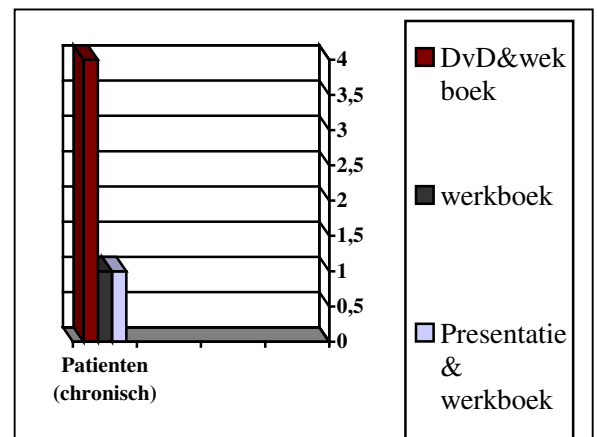
Interviewvraag	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 6
Welke informatie heeft U gehad m.b.t. chronische pijn?	Aan hand van een presentatie van mijn fysiotherapeut	Door mijn fysiotherapeut maar het was niet echt over pijn	Geen echte gesprekken over pijn gehad	Door gesprekken met mijn fysiotherapeut. Niet chr. pijn	Door gesprekken met mijn fysiotherapeut	Niet echt over pijn gesproken of informatie gekregen
Hoe vaak?	Ca 10 keer	Ca. 3-5 keer	Geen	Ca. 10 keer	5-10 keer	Geen
Hoe lang?	5-20 min	10 min	-	10-30 min	10-20 min	-
Wat vind U van de informatie die U tot nu toe gekregen hebt?	Goed	Slecht	Slecht	Goed	Goed	Slecht
Heeft de informatie U geholpen?	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Nee
Wat vond U goed aan de informatie?	Dat het klachtenbeeld werd uitgelegd	-	-	Lichamelijke klachten duidelijk beschreven	Veel over eigen lichaam geleerd	-
Wat vond U slecht aan de informatie?	Gedeelte over pijn weggelaten	Informatie gemist	Niet veel over mijzelf geleerd, nog steeds aan het twijfelen	Chronische pijn niet uitgelegd	Niet de relatie met gedachten en gevoelens uitgelegd	Niet echt uitleg gehad
Waar heeft U de informatie gekregen?	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut	Fysiotherapeut
Is bij het geven van informatie nog gebruik gemaakt van bepaalde (hulp)middelen?	Presentatie	Vragenlijsten + Poster	Geen	Brochure + Model van de wervelkolom + DVD	Model van de wervelkolom + Powerpoint-presentatie	Geen
Wat vond U goed aan de (hulp)middelen?	Goede afbeeldingen, de presentatie was heel overzichtelijk	Goed overzicht vanwege de poster	-	Veel informatie, heel overzichtelijk	Goede uitleg aan de hand van het model van de wervelkolom	-
Wat vond U slecht aan de (hulp)middelen?	Niet voor thuis	Te veel informatie	Geen goede informatie	-	Niks voor thuis om na te lezen	(Hulp)middelen gemist
Heeft U informatie gemist?	Waardoor gaat de pijn niet weg	Hoe ga je met pijn om, acceptatie van pijn	Kan ik überhaupt nog van de pijn afkomen	Niet alleen de lichamelijke kant uitleggen, uitleg over situatie en hoe verder in de toekomst	Te veel op de lichamelijke klachten gericht, dat de pijnklachten niet meer over gaan	Alles over chronische pijn
Wat waren uw	Waardoor	Hoe kan ik	Welke soorten	Wat voor een	Hoe ontstaat	Wat is pijn?

verwachtingen m.b.t. de informatie die U zou krijgen?	ontstaat chronische pijn? Hoe kan ik chronische pijn ontwikkelen?	voorkomen dat ik chronische pijn ontwikkel?	pijn bestaan er? Wat is chronische pijn?	factoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van chronische pijn?	chronische pijn? Wat is hierbij het normale herstel?	Wat is chronische pijn? Hoe hiermee om te gaan?
Als U zou kunnen kiezen uit verschillende hulpmiddelen om informatie te krijgen, welke zou U dan kiezen?	Presentatie + Werkboek	DVD + Werkboek	DVD + Werkboek	DVD + Werkboek	DVD + Werkboek	Werkboek
Waarom heeft U gekozen voor dit (hulp)middel / combinatie?	Eerst theoretische basis, dan op je zelf toepassen	Thuis informatie via DVD, op mij zelf toepassen, ontwikkeling van mij kunnen zien	DVD samen met deskundige bekijken, dan zelf aan de slag met werkboek	DVD met lotgenoten interview, werkboek gemakkelijk thuis te gebruiken	DVD: beeld over chronische pijn ontwikkelen Werkboek: aan de slag gaan	Alleen werkboek, niet nog andere dingen want dat wordt te veel informatie

Grafiek Uitkomst keuze voor (hulp)middel bij patiënten in de chronische fase



Overzicht van een gekozen middel



Overzicht gekozen combinatie van middelen

BIJLAGE 6 – FOLDER PIJN – EN NU ? NEDERLANDSE VERSIE

Voorbeeld folder

Deze folder geeft U informatie over pijn. Het verduidelijkt hoe uw lichaam op schade kan reageren en hoe het zichzelf helpt om te herstellen.

Iedereen heeft wel eens pijn, maar wat gebeurt dan precies in het lichaam? Hoe herstelt het lichaam en wat zijn factoren die het herstelproces kunnen belemmeren? Op deze vragen proberen wij U een antwoord te geven.

Wij wensen U veel plezier bij het lezen.

Pijn – wat is het ?

"Pijn is een onaangename

sensorische en emotionele ervaring die al dan niet verband houdt met actuele of potentiële weefselbeschadiging, of wordt beschreven in termen van zo'n beschadiging."

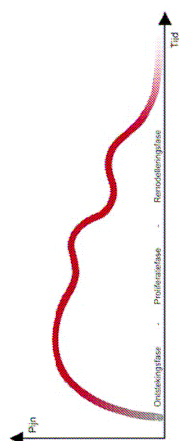
Dit is de definitie van pijn volgens de International Association for the Study of Pain (IASP). In makkelijkere woorden betekent dit dat pijn zowel lichamelijk als geestelijk gevoeld kan worden. Pijn hoeft dus niet altijd in verband te staan met een wond, maar kan ook gevoeld worden bij liefdesverdriet.

Stadia van pijn:

1. Acute pijn → 0-6 weken
2. Subacute pijn → 7-12 weken
3. Chronische pijn → >12 weken

Het herstel van mijn lichaam

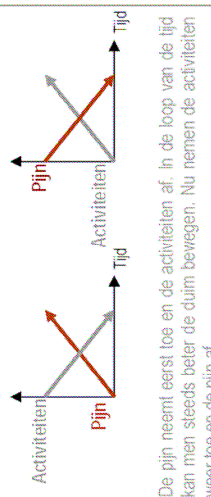
De grafiek laat zien hoe intensief pijn gevoeld wordt kort na een beschadiging en na verloop van tijd. Er is duidelijk te zien



dat de curve stijgt op het moment dat er een beschadiging (een wond) ontstaat. Dit moment kent iedereen, bijvoorbeeld als men zich met een mes in de duim snijdt. Voor enkele dagen heeft men veel pijn op de plek van de wond. Dit is een natuurlijke beschermingreactie van het lichaam (functioneel) om de duim te laten genezen.

Na verloop van tijd daalt de curve en wordt de pijn minder. Nu heeft de wond zich hersteld, de zwellingen en de pijn zijn minder en de duim kan weer worden bewogen.

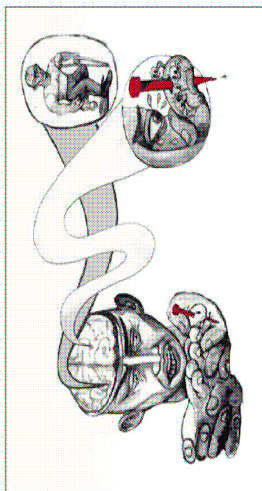
Schematisch ziet het er dan zo uit:



De rol van emoties

Emoties spelen een belangrijke rol tijdens het herstel van het lichaam. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat emoties zoals angst, stress, onzekerheid of depressieve gevoelens de pijnklachten in stand kunnen houden. Indien men na een beschadiging bijvoorbeeld stress ervaart, kan dit ervoor zorgen dat dit gedeelte van het lichaam meer aandacht

krijgt. Het kan vergeleken worden met een camera waarbij de zoomfunctie wordt gebruikt – men ziet alleen een klein gedeelte uitvergroet weergegeven, maar het grotere geheel is



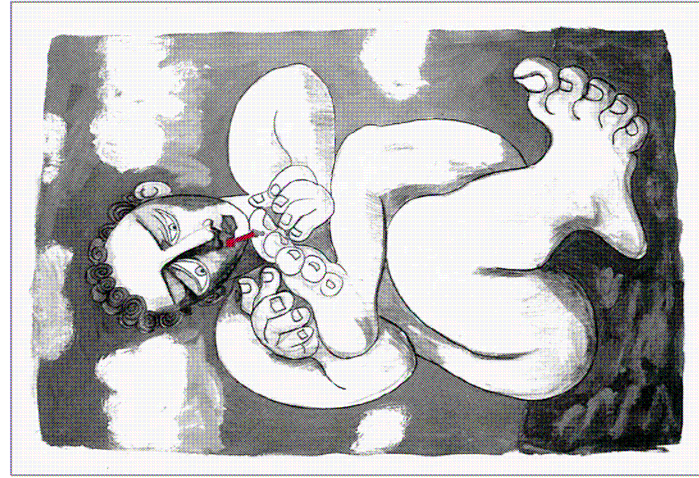
verdwenen. Als voortdurend ingezoomd wordt op de gewonde duim, kan dit de pijnklachten in stand houden. Het brein krijgt namelijk de hele tijd informatie dat de duim nog steeds pijn doet, terwijl het herstelproces al is afgerond. Dit "zoomeffect" kan ervoor zorgen dat men chronische pijn gaat ontwikkelen. Indien U zichzelf herkent in het hierboven beschreven "zoomeffect", dan adviseren wij U dit bespreekbaar te maken bij uw fysiotherapeut.

Actief de toekomst in

Uw fysiotherapeut gaat de behandeling precies op uw herstelproces afstemmen. Aan het begin van de behandeling wordt het herstelproces door middel van aangepast rusten en bewegen optimaal ondersteund (er wordt een balans gezocht tussen uw belasting en belastbaarheid). In de vervolghandelingen wordt U door de fysiotherapeut begeleidt en nemen de oefeningen en activiteiten toe (uw belastbaarheid neemt toe en staat weer in evenwicht met uw belasting). Door actief te blijven en een opbouw te maken in de oefeningen en activiteiten wordt het "zoomeffect"

Pijn – en nu ?

Een folder voor patiënten ter informatie van pijn



Hogeschool Zuyd, Heerlen mei 2010

voorkomen. U kunt dus zelf invloed uitoefenen op hoe uw behandeling eruit gaat zien. De informatie in deze folder kan gebruikt worden om uw eigen herstelproces individueel te beïnvloeden.

Zo kunt U actief de toekomst in, met een fit en gezond lichaam!

Samenvatting

Deze folder geeft informatie over pijn en het herstel van het lichaam. Pijn kan worden ingedeeld in acute, subacute en chronische pijn.

Door een natuurlijke beschermingsreactie van het lichaam kan een verwonding genezen. Actief blijven en het opbouwen van oefeningen en activiteiten zijn belangrijk om optimaal te kunnen herstellen.

Negatieve emoties zoals angst, stress, onzekerheid en depressieve gevoelens kunnen de pijnklachten in stand houden. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat te veel aandacht uitgaat naar de pijn. Hierdoor kan chronische pijn ontwikkeld worden.

De behandeling bij een fysiotherapeut is optimaal afgestemd op uw individuele herstelproces.

Vragen kunt U altijd met uw fysiotherapeut bespreken.

Deze folder is ontwikkeld in verband met een afstudeerscriptie aan de Hogeschool Zuyd, Heerlen (2010).

Ontwikkeld door Britta Mierau en Tjimen Coemans
In samenwerking met Albere Kôke (Docent)

De afbeeldingen zijn uit het boek

"Explain Pain" van David S. Butler en G. Lorimer Moseley

Bij publicatie van deze folder moet naar toestemming voor de gebruik van deze afbeeldingen worden gevraagd.

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

BIJLAGE 7 – FOLDER PIJN – EN NU ? DUTS VERSIE

Voorbeeld folder

Diese Broschüre informiert Sie über das Thema „Schmerz“. Sie verdeutlicht, wie Ihr Körper auf eine Verletzung reagiert und wie der anschließende Heilungsprozess abläuft. Jeder hatte schon einmal Schmerzen, aber was passiert eigentlich in dem Körper? Wie heilt mein Körper oder was sind Faktoren die möglicherweise der Heilung im Wege stehen? Auf diese Fragen versuchen wir Ihnen nun eine Antwort zu geben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim lesen.

Schmerz – was ist das?

„Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die nicht immer in Zusammenhang mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebebeschädigung steht, und wird in Form einer Verletzung beschrieben.“

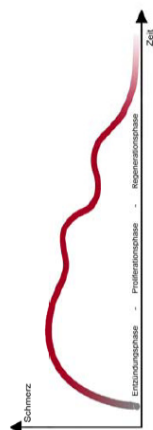


So lautet die Definition von Schmerz der Association for the Study of Pain (IASP). Dies bedeutet in einfachen Worten, dass Schmerz sowohl vom Körper selbst, als auch vom Geist gefühlt werden kann. Schmerz muss nicht immer in Verbindung mit einer Wunde auftreten (z.B. Liebeskummer).

Schmerzstadien:

1. Akuter Schmerz → 0-6 Wochen
2. Subakuter Schmerz → 7-12 Wochen
3. Chronischer Schmerz → >12 Wochen

Der Heilungsprozess



Die Zeichnung verdeutlicht, wie intensiv man den Schmerz kurz nach einer Verletzung und einige Zeit danach fühlt. Es ist deutlich zu sehen, dass die Kurve in dem Moment der Verletzung stark ansteigt. Diesen Moment kennt jeder, z.B. wenn man sich mit einem Messer in den Daumen schneidet. Einige Tage ist die Schnittstelle schmerzhaft. Dies ist ein natürlicher Schutz des Körpers (funktional), um diesen Bereich ruhen und heilen zu lassen. Im Laufe der Zeit (siehe Schema) sieht man, dass nach einigen Tagen der Schmerz nachlässt. Nun hat sich die Wunde geschlossen, die Schwellung und der Schmerz sind zurück gegangen und der Daumen kann wieder bewegt werden.

Im Schema sieht es dann wie folgt aus:

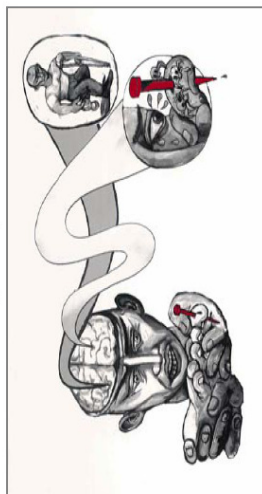


Der Schmerz nimmt zunächst zu und die Aktivitäten ab. Im Laufe der Zeit kann man zunehmend den Daumen besser bewegen. Die Aktivitäten nehmen langsam zu und der Schmerz nimmt weiter ab.

Der Einfluss von Emotionen

Gefühle spielen eine wichtige Rolle beim Heilungsprozess. Aus wissenschaftlichen Studien geht hervor, dass Gefühle sowie Angst, Stress, Unsicherheit oder depressive Gefühle

dafür sorgen können, dass Beschwerden/Schmerzen bleiben. Das kann bedeuten, dass man durch eine Verletzung ängstlich reagiert und somit unbewusst dieser mehr Aufmerksamkeit schenkt (einzoomt).



Es ist der gleiche Effekt, wie wenn man etwas mit einer Kamera heranzoomt – man sieht nur noch einen kleinen Ausschnitt und nicht mehr das Gesamtbild. Stellen Sie sich vor, Sie achten die ganze Zeit auf Ihren rechten Daumen. Sie werden diesen mehr fühlen als Ihren Linken. Achtet man also zu sehr auf den vor einiger Zeit verletzten Daumen, kann es zu diesem „Zoom-Effekt“ kommen. Das Gehirn bekommt die ganze Zeit die Information, dass der Daumen schmerzt, obwohl in Wirklichkeit der Heilungsprozess abgeschlossen ist. Dieser „Zoom-Effekt“ kann dafür sorgen, dass man chronische Schmerzen entwickelt. Wir empfehlen Ihnen, wenn Sie die oben genannte Situation an sich selbst erkennen, diese mit Ihrem Physiotherapeuten zu besprechen.

Aktiv in die Zukunft

Ihr Physiotherapeut stimmt die Behandlung genau auf Ihren Heilungsprozess ab. Zu Beginn der Behandlung wird der Heilungsprozess durch angepasste Ruhe- und Bewegungsphasen optimal unterstützt. Im weiteren

Schmerzen – und jetzt?

Eine Informations-Broschüre für Patienten über Schmerzen



Hogeschool Zuyd, Heerlen Mai 2010

Behandlungsverlauf begleitet Sie Ihr Physiotherapeut und es werden zunehmende Bewegungsübungen ausgeführt, um eine höhere Belastbarkeit zu erzielen. Denn nur durch den Aufbau Ihres eigenen Aktivitätsniveaus, verhindert man den zuvor beschriebenen „Zoom-Effekt“ und stärkt den Körper. Es liegt in Ihrer Hand wie die Behandlung gestaltet wird, also nutzen Sie diese Informationen, und starten Sie aktiv in Ihren individuellen Heilungsprozess.

So können Sie und Ihr Körper aktiv in die Zukunft starten.

Zusammenfassung

Diese Broschüre gibt Ihnen Informationen über Schmerzen und wie sich Ihr Körper regeneriert. Schmerzen können in drei Phasen aufgeteilt werden: Akuter Schmerz, subakuter Schmerz und chronischer Schmerz.

Ihr Körper heilt selbständig und hat hierfür eigene Mechanismen. Nach einer Verletzung wird dieser Teil des Körpers geschützt. Im Laufe der Zeit ist es sehr wichtig selbst aktiv zu sein, um einen optimalen Heilungserfolg zu erzielen.

Durch negative Gefühle können Beschwerden/Schmerzen dauerhaft werden. Sie können dafür sorgen, dass man dem Schmerz zu viel Aufmerksamkeit schenkt. Dieses kann das Entwickeln von chronischen Schmerzen unterstützen.

Ihr Physiotherapeut stimmt die Behandlung individuell auf den Heilungsprozess ab.

Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren behandelnden Physiotherapeuten.

Diese Broschüre wurde im Zuge einer Bachelorarbeit an der Hogeschool Zuyd, Heerlen entwickelt (2010).

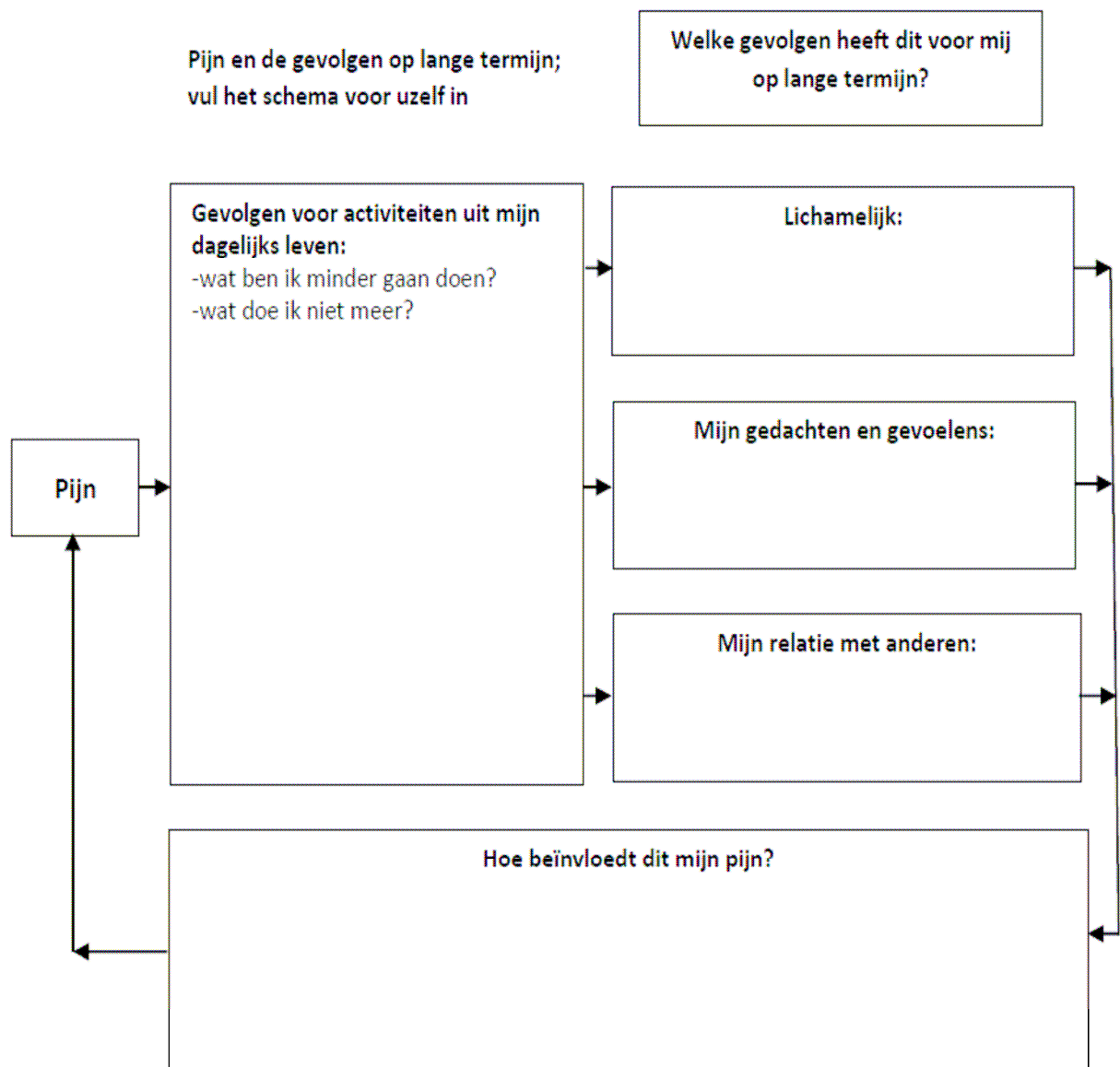
Entwickelt von Britta Mierau & Tijmen Coemans
In Zusammenarbeit mit Albere Köke (Dozent)

Die Abbildungen dieser Broschüre wurden dem Buch

“Explain Pain” von David S. Butler & G. Lorimer Moseley entnommen. Vor einer möglichen Veröffentlichung dieser Broschüre muss die Zustimmung der Autoren zur Verwendung der Abbildungen eingeholt werden.

© Der Inhalt dieser Broschüre darf weder vollständig noch auszugsweise in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

BIJLAGE 8 – PIJNGEVOLGENMODEL

Pijngevolgenmodel, invulformulier gevolgen op langere termijn

BIJLAGE 9 – VAS – VISUAL ANALOGUE SCALE

VAS SCORE

Naam:.....

Datum:.....

Op onderstaande lijnen dient u d.m.v. een verticaal streepje aan te geven welke maat volgens u overeenkomt met de pijn, klachten of beperkingen, die u maximaal, minimaal en op dit moment waarneemt.

- Rechts betekent onuitstaanbare, nauwelijks verdraagbare pijn, klachten of beperkingen
- Links betekent geen pijn, klachten of beperkingen

maximale pijn, klachten of beperkingen

geen ----- maximaal

minimale pijn, klachten of beperkingen

geen ----- maximaal

huidige pijn, klachten of beperkingen

geen ----- maximaal

Koning & Mandema
www.fysiotherapiepraktijk.nl

Toelichting op het meetinstrument Visual Analogue Scale (VAS)

1. Algemene gegevens

Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën

- Lichaamsregio
- Aandoening (ICD)
- Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)

LET OP: De VAS-schaal wordt voor vele doeleinden gebruikt. Hierbij wordt de uitkomstmaat mede bepaald door de doelgroep, de tijdsspanne en de setting waarin de schaal wordt toegepast. De informatie uitgewerkt in dit toelichtingsformulier is niet volledig. Het dient enkel als indicatie voor het gebruik van de VAS-schaal.

Korte beschrijving

De Visual Analogue Scale is een specifieke meetschaal, bestaande uit een horizontale of een verticale lijn. De meest gebruikelijke lengte van de lijn is 100 mm lang. Aan de linker of onderste kant staat de minimum-score, aan de rechter of bovenste kant staat de maximumscore.

De patiënt dient loodrecht op de lijn aan te strepen in welke mate hij of zij de gevraagde sensatie beleeft. Het aantal millimeter tussen de door de patiënt aangegeven streep en de minimum-score is de score op de VAS (1-3).

Doelgroep

Bij diverse soorten patiëntengroepen toepasbaar.

Auteur:

- Oorspronkelijke versie: Freyd (1923) (2).
- Gemodificeerde versie: meerdere modificaties beschikbaar (zie referentie 2) (2).
- Nederlandse versie: meerdere versies beschikbaar o.a. Van der Kloot & Vertommen (1989).

2. Doel van het instrument

- Inventariserend
- Evaluatief/effactief

Koning & Mandema
www.fysiotherapiepraktijk.nl

BIJLAGE 10 – PSK - PATIËNT SPECIFIEKE KLACHTEN

Patiënt Specifieke Klachtenlijst, PSK

Beurskens 1996

Toelichting voor de fysiotherapeut

De PSK kan worden toegepast om de functionele status (activiteitsniveau) van de individuele patiënt te bepalen. Er is een lijst van voorbeeldactiviteiten bijgevoegd, maar de patiënt mag ook andere activiteiten kiezen. De patiënt selecteert de 3 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten, deze moeten voor hem/haar persoonlijk relevant zijn. Dit betekent dat de patiënt deze activiteiten regelmatig uitvoert en hij/zij er hinder van ondervindt. De mate van hinder wordt gescoord op een 11 puntsschaal.

Doel

De PSK kan voor verschillende doeleinden gebruikt worden:

1. Inventariserend/diagnostisch: de keuze van de activiteiten kan u als fysiotherapeut tijdens de anamnese helpen bij het vaststellen van de specifieke hulpvraag van de patiënt. Tevens kan de activiteitenkeuze u helpen bij het opstellen van een behandelplan voor de individuele patiënt.
2. Evaluatief: het verschil in score tussen het begin en einde van de behandeling kan aan de patiënt en u inzicht geven in de behaalde vooruitgang.

Doelgroep

De PSK is bij verschillende (chronische) patiëntcategorieën te gebruiken. Het principe is telkens hetzelfde maar het soort activiteiten varieert per categorie: chronische lage rugpijn, hartpatiënten, M. Parkinson, Claudicatio Intermittens en chronisch enkelletsel. Maar u kunt de PSK ook voor andere aandoeningen gebruiken.

Uitvoering

Laat de patiënt zo specifiek mogelijk de activiteit beschrijven en zoveel mogelijk kwantificeren in tijd, gewicht etc. Bijvoorbeeld bij het poetsen: "moeite met lang (> 10 minuten) gebukt staan". Elke patiënt mag ook andere, eigen specifieke activiteiten extra invullen. Wanneer de patiënt moeite heeft met het 'bedenken' van activiteiten, kan hij tot aan de volgende afspraak 'bedenktijd' krijgen waarin hij goed na kan gaan wat zijn specifieke probleemactiviteiten zijn. Bij de tweede afspraak volgt dan de definitieve selectie.

NB. Patiënten mogen geen activiteiten selecteren die ze vermijden omdat van deze het effect niet kan worden geëvalueerd.

PSK activiteitenlijst

- 1) Chronische lage rugpijn
- 2) Hartpatiënten
- 3) M. Parkinson
- 4) Claudicatio Intermittens
- 5) Chronisch enkelletsel

Patiënt Specifieke Klachtenlijst, PSK

Beurskens 1996

Toelichting voor de patiënt

Uw klachten hebben invloed op de activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. De gevolgen van deze klachten zijn voor iedereen verschillend. Elk persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen als voorbeeld. Probeer de activiteiten te herkennen waar u de afgelopen week door uw klachten moeilijkheden mee had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u problemen aan te kruisen die **u heel belangrijk vindt** en die u het liefst zou **zien veranderen** in de **komende weken**.

U mag ook andere, voor u belangrijke activiteiten opschrijven.

Vb. PSK Activiteitenlijst Chronische lage rugpijn

- | | |
|---|--|
| ☐ in bed liggen | ☐ tillen |
| ☐ omdraaien in bed | ☐ op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen |
| ☐ opstaan uit bed | ☐ uitgaan |
| ☐ opstaan uit een stoel | ☐ seksuele activiteiten |
| ☐ gaan zitten op een stoel | ☐ uitvoeren van werk |
| ☐ lang achtereen zitten | ☐ uitvoeren van hobby's |
| ☐ in/uit de auto stappen | ☐ uitvoeren van huishoudelijk werk |
| ☐ rijden in een auto of bus | ☐ sporten |
| ☐ fietsen | ☐ op reis gaan |
| ☐ staan | ☐ andere activiteiten..... |
| ☐ lang achtereen staan | |
| ☐ licht werk in en om het huis | |
| ☐ zwaar werk in en om het huis | |
| ☐ in huis lopen | |
| ☐ wandelen | |
| ☐ hardlopen | |
| ☐ het dragen van een voorwerp | |

5 Belangrijkste activiteiten zijn:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Naam:

Datum:

PSK scoreformulier

Selecteer de **3 belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1.

2.

3.

Extra:

Invulvoorbeeld**Activiteit: wandelen**Scoort u 0, dan kost het wandelen u **geen enkele moeite**

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *onmogelijk*

Scoort u 10, dan is het wandelen **onmogelijk** voor u

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *onmogelijk*

Score van de eerste 3 activiteiten**Activiteit 1:**

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *onmogelijk*

Activiteit 2:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *onmogelijk*

Activiteit 3:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *onmogelijk*

BIJLAGE 11 – 4-DKL – VIERDIMENSIONALE KLACHTENLIJST

Uitgebreide toelichting van het meetinstrument

Vierdimensionale Klachtenlijst

(4DKL)

15 april 2009

Review: 1) Eveline van Engelen
2) B. Hilgers
T.K. Neuber

Invoer: Eveline van Engelen

1 Algemene gegevens

	Het meetinstrument heeft betrekking op de volgende categorieën
Lichaamsregio	Algemeen, overige, ongespecificeerd
Aandoening (ICD)	Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (Psychische en persoonlijkheidsstoornissen)
Domein 'Menselijk functioneren' (ICF)	Mentale functies, Persoonlijke factoren

- *Korte beschrijving* → De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst, bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patient scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten ondervindt hij in zijn dagelijkse handelingen.^{1,2}
- *Doelgroep* → Patiënten met psychische symptomatologie¹
- *Auteur:*
 - ✓ *Oorspronkelijke versie* → Terluin B. (1994)^{3,4}

2 Doel van het meetinstrument

- Diagnostisch
- Inventariserend
- Evaluatief
- Prognostisch

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is? - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
14. tintelingen in de vingers? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pijn in de borst? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
17. neerslachtigheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
18. zomaar plotseling schrikken? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
19. piekeren? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
20. onrustig slapen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
21. onbestemde angst-gevoelens? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
22. lusteloosheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
23. beven in gezelschap van andere mensen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
24. angst- of paniek-aanvallen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Voelt u zich <u>de afgelopen week</u>:					
25. gespannen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
29. dat u tot niets meer kunt komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
30. dat het leven niet de moeite waard is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
32. dat u 't niet meer aankunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was? -----	☐	☐	☐	☐	☐
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben? -----	☐	☐	☐	☐	☐
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie? -----	☐	☐	☐	☐	☐
36. dat u er niet meer tegenop kunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
37. dat u nergens meer zin in hebt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week:					
38. moeite met helder denken? -----	☐	☐	☐	☐	☐
39. moeite om in slaap te komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
40. angst om alleen het huis uit te gaan? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u de afgelopen week:					
41. snel emotioneel? -----	☐	☐	☐	☐	☐
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? ----- (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	☐	☐	☐	☐	☐
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? ---	☐	☐	☐	☐	☐
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? ----	☐	☐	☐	☐	☐
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -----	☐	☐	☐	☐	☐
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? -----	☐	☐	☐	☐	☐
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? -----	☐	☐	☐	☐	☐

Scoringsformulier voor de 4DKL

'nee' = score 0

'soms' = score 1

'regelmatig' of vaker = score 2

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	
Distress		Depressie		Angst		Somatisatie	

Interpretatie:

 matig verhoogd: > 10
 sterk verhoogd: > 20

 > 2
 > 5

 > 8
 > 12

 > 10
 > 20

Pijn – en nu?

Een educatieprogramma ter preventie van chronische pijn

Studiejaar 2009-2010

Britta Mierau en Tijmen Coemans

Geprint 24. Mei 2010

Inleverdatum 26. Mei 2010