

Acceptance and Commitment Therapy

DE oplossing voor patiënten met chronische pijn?



Afbeelding 1. Peiler 2 Acceptatie. Met toestemming overgenomen uit "de peilers in stripvorm" van How2ACT, 2018 (<http://how2act.nl/wp-content/uploads/2018/04/Peiler-2-acceptatie.jpg>)

Plaats: Hogeschool Arnhem en Nijmegen
Datum: 22 juni 2018
Eerste beoordelaar: Luuk Hilken
Tweede beoordelaar: Maaïke Oosterink
Opleiding: Sportkunde
Onderwijsseenheid: Onderzoek Sport en Bewegen 2
Opgesteld door Silke Minnema (516192)

Samenvatting

Aanleiding

Ongeveer 18% van de Nederlands bevolking heeft te maken met matige tot ernstige chronische pijn. De huidige behandeling van mensen met chronische pijn is op dit moment nog niet toereikend. Er is dus behoefte aan nieuwe behandelvormen voor deze patiënten. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) zou mogelijk een van deze nieuwe behandelvormen kunnen zijn. Middels dit onderzoek wordt inzicht verkregen in het effect van ACT binnen de behandeling van chronische pijn. Hierbij wordt specifiek ingegaan op het omgaan met de pijn en de invloed op het dagelijkse leven van patiënten met chronische pijn.

Methode

In dit experimentele onderzoek werden patiënten met chronische pijn geïnccludeerd en willekeurig verdeeld over een interventiegroep en een controlegroep. Middels de FIT-60 en de RAND-36 vragenlijst werden er kwantitatieve gegevens verzameld over de invloed van ACT op de omgang met chronische pijn en het algemeen functioneren in het dagelijks leven. Bij beide groepen werden de vragenlijsten voor én na het onderzoek afgenomen. De interventie heeft vier weken geduurd waarbij de interventiegroep wekelijks een therapie sessie ACT heeft gehad naast de reguliere behandeling van de fysiotherapeut. De controlegroep heeft enkel de behandeling van de fysiotherapeut gehad.

Resultaten

In totaal zijn acht vrouwelijke patiënten geïnccludeerd in deze studie, waarvan vier de interventie met ACT hebben ondergaan. De gemiddelde leeftijd van de interventiegroep was 53,5 jaar (standaarddeviatie: 11,8) en van de controlegroep 46,5 jaar (standaarddeviatie: 6,8). Op vier onderdelen van de RAND-36 vragenlijst (fysiek functioneren, sociaal functioneren, mentale gezondheid en pijn) scoorden de deelnemers in de interventiegroep significant hoger ($p \leq 0,05$) dan de controlegroep. Er waren geen significante verschillen ($p > 0,05$) op de onderdelen rolbeperkingen (fysiek probleem, rolbeperkingen (emotioneel probleem), vitaliteit, algemene gezondheidstoestand en gezondheidsverandering. Daarnaast verschilden de resultaten van de FIT-60 vragenlijst niet significant tussen de interventiegroep en de controlegroep.

Conclusie

In dit onderzoek is aangetoond dat ACT een positieve invloed heeft op het dagelijks functioneren van patiënten met chronische pijn. Mogelijk heeft ACT ook een positieve invloed op het omgaan met de chronische pijn. Echter moeten deze resultaten met zorg worden geïnterpreteerd in de context van een eerste verkenning op het gebied van ACT en de invloed op chronische pijn.

Aanbevelingen

De aanbevelingen die naar voren komen uit dit onderzoek zijn gericht op de uitvoering van ACT. Om ACT op de juiste manier toe te kunnen passen is het van belang de (basis) opleiding van ACT te volgen. Daarnaast is het van belang om voldoende tijd te nemen voor de zes processen binnen ACT. Er moet niet alleen gekeken worden naar de lichamelijke klachten maar ook naar de psychische klachten die patiënten kunnen ervaren.

Inleiding

Pijn wordt gedefinieerd als een onplezierige, sensorische en emotionele ervaring die gepaard gaat met feitelijke of mogelijke weefselbeschadiging of die beschreven wordt in termen van een dergelijke beschadiging (International Association for the Study of Pain, 2017). Deze pijn kan veroorzaakt worden door veel verschillende factoren, zoals het verbranden van de huid of een zenuw die bekneeld raakt. Pijn kan met een (farmacologische) behandeling verholpen worden of de klacht verdwijnt vanzelf in de loop van tijd. Echter, wanneer de pijnklachten drie maanden blijven aanhouden wordt er gesproken van chronische pijn. Na deze drie maanden is er geen directe relatie meer met het oorspronkelijke letsel aan te wijzen (Netwerk Chronische pijn, 2018a). Ongeveer 18% van de Nederlandse volwassenen heeft te maken met matige tot ernstige chronische pijn (Bekkering, Bala, Reid, Kellen, Harker, Riemsma, Huygen & Kleijnen, 2011), waarbij chronische pijn het meest gerapporteerd wordt door vrouwen rond het 50^e levensjaar. Ter vergelijking van de prevalentiecijfers van chronische pijn, in Nederland heeft ongeveer 4% van de bevolking astma (Longfonds z.d.) en kampt ongeveer 11% van de Nederlandse bevolking met reumatische klachten (Reumafonds, z.d.).

Alhoewel duidelijk naar voren komt dat chronische pijn een veelvoorkomende aandoening is, lijkt in vergelijking met andere aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en mentale aandoeningen weinig waardering vanuit beleidsmakers voor het belang van de behandeling van chronische pijn (Bekkering et al., 2011). Dit wordt tevens ondersteund door de observatie dat 79% van de patiënten met chronische pijn aangeeft niet adequaat behandeld te zijn. Patiënten beschrijven dat de kwaliteit van leven, het dagelijks functioneren en de gemoedstoestand sterk lijden onder de aanwezige chronische pijn (Peilot et al, 2010). Experts op het gebied van pijn en mentale gezondheid stellen dat chronische pijn een groot gezondheidsprobleem is welke een grote invloed heeft op het emotionele, fysieke en sociale functioneren van mensen evenals op de gemeenschap (Breivik, Eisenberg, O'Brien, 2013).

Voor het ontstaan en aanhouden van chronische pijn zijn er de afgelopen jaren meerdere modellen opgesteld om deze pijn te kunnen verklaren (Melzack & Wall, 1965 ; Engel, 1981). Het meest waarschijnlijke model voor de verklaring van chronische pijn is de theorie aangaande de *centrale sensitisatie* (Latremoliere 2009; Woolf 2011). Volgens dit model moet de verklaring van de chronische pijn gezocht worden in de aanhoudende sensitisatie van het centrale zenuwstelsel waarbij de pijn niet meer werkt als een effectief waarschuwingssysteem, maar bij lagere drempelwaarden geactiveerd wordt doordat er neurale veranderingen zijn opgetreden. Hierdoor is de gegenereerde pijn geen gevolg meer van een aanwezige sterke of langdurige pijnprikkel, maar een pijnprikkel die spontaan wordt gegenereerd. Naast de pijnprikkel spelen volgens een ander pijnmodel, het pijnmodel van Loeser (1980), pijngewaarwording, pijnbeleving en pijngedrag ook een rol in het pijnmodel. Deze factoren maken dat chronische pijn een multifactorieel ziektebeeld is en de behandeling van chronische pijn daardoor erg complex is. Wanneer er geen aanwijsbare oorzaak voor de pijn aanwezig is, is het uiteraard niet mogelijk om deze oorzaak weg te nemen of te behandelen middels bijvoorbeeld ontstekingsremmende pijnstillers. De huidige behandeling van patiënten met chronische pijn is daarom gericht op het leren omgaan met de pijn, het evenwicht belasting-belastbaarheid en lichaamsbewustwording en ontspanning en wordt uitgevoerd door de fysiotherapeut (Netwerk

Chronische Pijn, 2018b). Het uiteindelijke doel van deze behandeling is het zelfstandig kunnen uitoefenen van de invloed van pijn, beter functioneren en een verbetering in kwaliteit van leven (Netwerk Chronische Pijn, 2018b). Ondanks dat de patiënten dezelfde diagnoses hebben, is de groep niet homogeen. Iedere patiënt ervaart namelijk zijn of haar klachten op zijn of haar eigen manier en ook leeftijd en geslacht spelen een rol. Hierdoor heeft niet iedereen dezelfde voordelen van eenzelfde behandeling (Turk, 2005 ; Turk, Okifuji, Sinclair & Starz, 1996). Volgens de beroepsvereniging van fysiotherapeuten (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)) is er voor de effectiviteit van interventies bij pijnklachten beperkt bewijs, wel lijkt de combinatie van interventies en mobilisatie effectief te zijn bij nekklachten (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, z.d). Bij patiënten waarbij pijngebonden behandeling niet werkt worden gedrag georiënteerde interventies geadviseerd, aangezien hiervan bekend is dat het een positief effect heeft. Gezien de heterogeniteit van de patiëntgroep is het niet volgens de KNGF niet mogelijk om dit te kunnen concretiseren naar één vast advies. Wel wordt aangeraden om oefentherapie te combineren met zelfeffectiviteit (KNGF, z.d).

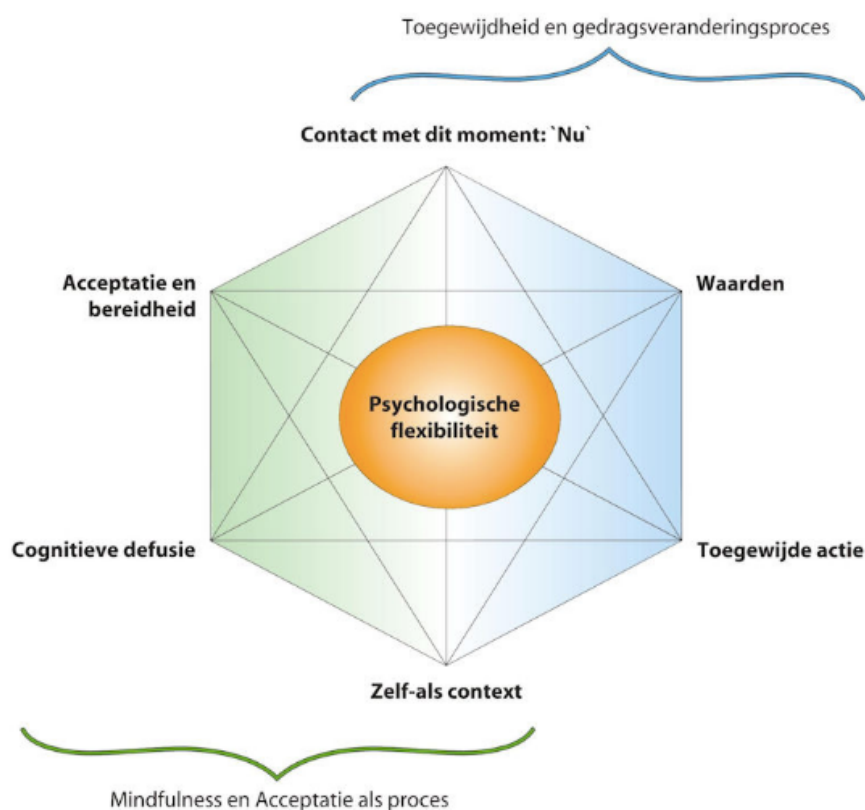
De behandeling van chronische pijn door de fysiotherapeut is met name gericht op het bewegingsapparaat, met een eventuele gedragsinterventie waarbij ingegaan wordt op het omgaan met de pijn. Volgens onderzoek van The Swedish Council of Technology Assessment on Health Care (2016) blijkt echter dat een groot gedeelte van de patiënten moeite heeft met het omgaan met de chronische pijn. In hetzelfde onderzoek in Zweden is wel verbetering van de omgang met chronische pijn gezien na cognitieve gedragstherapie (The Swedish council of Technology Assessment on Health Care, 2016). Binnen cognitieve gedragstherapie is mindfulness een belangrijk handvat om de pijnlijke gedachten en gevoelens te observeren en te laten gaan. Dit is ook belangrijk voor de acceptatie van omstandigheden waar geen invloed op kan worden uitgeoefend. Door middel van mindfulness is het mogelijk haalbaar om te kunnen omgaan met de pijn (Siegel, 2005) en een manier te vinden voor zelfacceptatie (Germer, 2009). In de behandeling van chronische pijn worden steun van de omgeving en handvatten hoe om te gaan met pijn gerapporteerd als belangrijk (Steihag, 2005). Het omgaan met chronische pijn wordt dus als een belangrijk doel gezien, dit kan middels mindfulness maar ook middels andere cognitieve gedragstherapieën, zoals Acceptance and Commitment Therapy. ACT is een therapie die de laatste jaren steeds meer terrein wint binnen de behandeling van psychische problemen en het omgaan met lichamelijke aandoeningen en andere moeilijke omstandigheden.

ACT is een vorm van gedragstherapie welke aan het eind van de 20ste eeuw door de psycholoog Steven C. Hayes ontwikkeld en behoort tot de derde generatie gedragstherapie (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) . Deze bouwt voort op de eerste generatie gedragstherapie ontwikkeld door B.F. Skinner, en combineert gedragsverandering (eerste generatie gedragstherapie) met een kritische blik op de taal die we in het dagelijks leven gebruiken. Het samenspel van context (omgevingsfactoren), taal en de gevolgen van wat we doen, verklaart volgens ACT zowel waarom we als mensen zo machtig, maar ook waarom we zo ongelukkig zijn in vergelijking tot andere diersoorten (Batink & Jansen, 2014). Het staken van het zinloze gevecht met vervelende gedachten, emoties en lichamelijke sensaties staat binnen ACT centraal. Hierdoor is het mogelijk om de aandacht te richten op de belangrijke dingen in

het leven, ook wel waarden genoemd. Het vechten tegen onvermijdelijke omstandigheden gaat uiteindelijk ten koste van een vitaal en waardevol leven, wat wordt gezien als de kernfilosofie van ACT. Binnen ACT worden de volgende zes zuilen onderscheiden (Hayes, Pistorello & Levin, 2012)

1. *Acceptatie*: Het actief uitnodigen van vervelende gedachten, gevoelens en omstandigheden.
2. *Defusie*: Loskomen van je gedachten, zodat deze je minder snel zullen raken.
3. *Zelf als Context*: Een andere, meer flexibele relatie met jezelf creëren.
4. *Hier en Nu*: In contact komen met het hier en nu.
5. *Waarden*: Ontdekken wat je werkelijk belangrijk vindt in het leven.
6. *Toegewijd Handelen*: Dingen gaan ondernemen op basis van je waarden.

In het ACT-hexaflex is duidelijk te zien waar iemand zich kan bevinden ten opzichte van de zes zuilen van ACT (Afbeelding 2).



Afbeelding 2. Het ACT-hexaflex. Met toestemming overgenomen uit "ACT" van Time to ACT, 2018 (<http://www.timetoact.nl/act>). Copyright 2018, Time to Act.

Uit onderzoek van McCracken & Gutiérrez-Martínez (2015) blijkt dat ACT de chronische pijn bij patiënten vermindert. Er zijn significante verschillen aan te wijzen voor de vermindering van depressie, pijn gerelateerde stress, intensiteit van de pijn, beperkingen en arts bezoeken bij mensen met chronische pijn die deze vorm van gedragstherapie ondergingen (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2015). Door deze ontwikkelingen is er een verband aan te wijzen voor de verminderde klachten bij chronische pijn en de ACT behandeling. Echter is er nog geen onderzoek gedaan naar de invloed van ACT op het omgaan met de klachten bij patiënten met chronische pijn. Het idee is dat wanneer mensen met chronische pijnklachten beter met de pijn kunnen omgaan dit als gevolg kan hebben dat

de ervaren pijn verminderd kan worden. Daarnaast kan het beter omgaan met de pijn als neveneffect hebben dat de pijn minder in de weg staat in het leven wat mensen graag zouden willen leiden.

De doelstelling van dit onderzoek is daarom om inzicht te krijgen in het effect van ACT binnen de behandeling van chronische pijn bij volwassenen. Hierbij ligt de nadruk op het onderzoeken van het effect van ACT op omgaan met de pijnklachten en het dagelijks functioneren. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan er advies gegeven worden over de behandeling van chronische pijn aan behandelaars betrokken bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. De hypothese is dat ACT een verbetering zal geven in het omgaan met de pijnklachten en het dagelijks functioneren bij volwassen met chronische pijn.

Methode

In dit experimentele onderzoek worden patiënten met chronische pijn willekeurig verdeeld over een interventiegroep en een controlegroep. Middels vragenlijsten worden er kwantitatieve gegevens verzameld over de invloed van ACT op de omgang met chronische pijn en het algemeen functioneren in het dagelijks leven. Bij beide groepen worden de vragenlijsten voor én na het onderzoek afgenomen.

Onderzoeksgroep

Voor het onderzoek zijn acht personen benaderd die kampen met chronische pijn, welke vastgesteld is door de huisarts. Van deze acht personen krijgt de helft de interventie met ACT naast de behandeling van de fysiotherapeut, de andere helft gaat door met de behandeling die ze op dit moment krijgen bij de fysiotherapeut. Aangezien dit voor zowel de personen in de interventiegroep als in de controlegroep specifiek is afgestemd, is het niet mogelijk deze behandeling exact te beschrijven. Er wordt opgemerkt dat de behandeling bij de fysiotherapeut gedurende de duur van het onderzoek niet veranderd. Patiënten moesten een verwijzing hebben van een specialist waar chronische pijn is vastgesteld en niet eerder ACT therapie hebben gehad om geïnccludeerd te kunnen worden in deze studie. Daarnaast mochten patiënten niet langer dan 5 jaar chronische pijn hebben. Gezien de aard van de interventie is er geen verdere selectiecriteria gehanteerd. Alle deelnemers zijn bij dezelfde fysiotherapeut onder behandeling om te voorkomen dat eventuele verschillen in uitkomst hiervan afkomstig kunnen zijn. De deelnemers hebben vrijwillig aan dit onderzoek meegedaan en hebben hiervoor een schriftelijke geïnformeerde toestemming getekend.

Meetinstrumenten

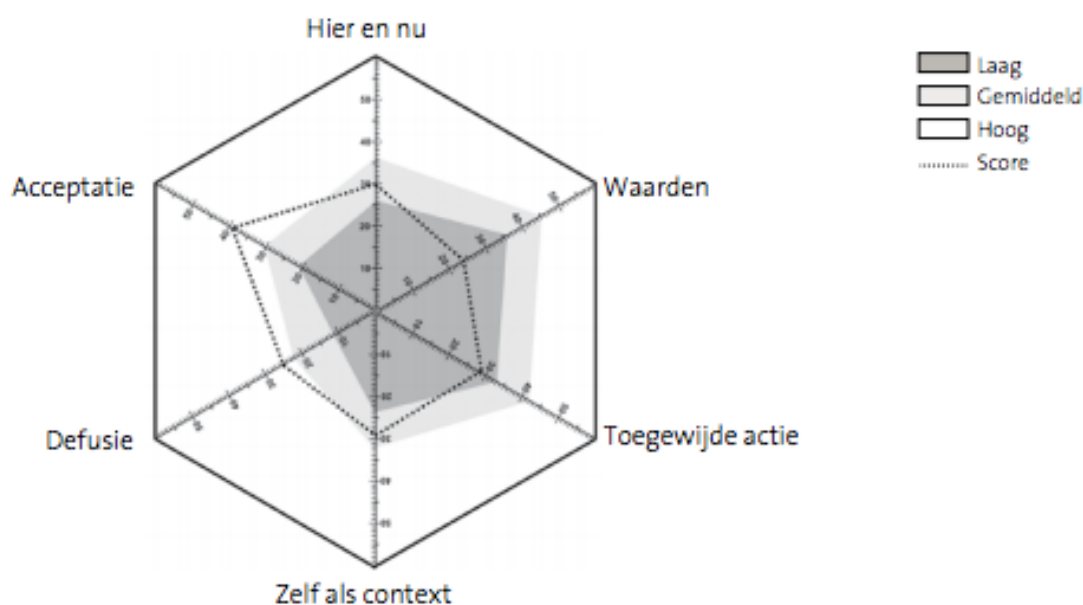
Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de FIT-60 en de RAND-36 vragenlijst.

Fit-60 vragenlijst

De FIT-60 (Batink, Jansen, De Mey, 2012) is een gevalideerde zelfrapportagevragenlijst welke door middel van de 60 vragen, op een 7-punts likertschaal, de psychologische flexibiliteit en de zes verschillende ACT-processen in kaart brengt. De uitkomst van de FIT-60 is te verdelen in twee onderwerpen, namelijk de totaalscore voor psychologische flexibiliteit, en de score op elk van de zes ACT-processen. Onder flexibiliteit wordt de mate van flexibiliteit van iemand om met om met moeilijke

gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties en andere omstandigheden om te gaan beschouwd, Door middel van een flexibiliteitsprofiel kunnen de gegevens grafisch worden weergegeven (figuur 2). Een hoge score wijst op een hoge flexibiliteit en hogere ACT-vaardigheden van de testpersoon. Binnen de FIT-60 zijn er vier normgroepen: studenten, algemene groep, ambulante patiënten en klinische patiënten.

De interne betrouwbaarheid van de subschaal- en de totaalscores varieert van 0,69 tot 0,95. De test-hertestbetrouwbaarheid varieerde tussen 0,69 en 0,95. Dit wijst op goede psychometrische kwaliteiten. De validiteit is aan te geven als redelijk tot zeer goede convergente constructvaliditeit namelijk 0,39 en 0,91. Daarnaast is de FIT-60 een goed instrument om de ACT vaardigheden over een periode te meten. Er wordt een persoonlijke toename in psychologische flexibiliteit gemeten, rekening houdend met de bias van gewenning (Batink, Jansen & De Mey, 2012).



Afbeelding 3. Persoonlijk flexibiliteitsprofiel (stippellijn) vergeleken met de algemene groep. Met toestemming overgenomen uit "De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving" van GZ Psychologie, 2012 (http://www.hoeflexibelbenij.nl/attachments/File/FIT-artikel_GZ-Psychologie_Juli_2012.pdf) Copyright Batink, Jansen & De Mey, 2012.

RAND 36 vragenlijst

De RAND-36 wordt ingezet om de ervaren gezondheid of gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven te meten. De RAND-36 bestaat uit 36 vragen met de 9 volgende onderdelen: fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen (fysiek probleem), rolbeperkingen (emotioneel probleem), mentale gezondheid, vitaliteit, pijn, algemene gezondheidsbeleving en gezondheidsverandering. Een hogere score wijst op een betere gezondheidstoestand (Van der Zee, Sanderman, Heyink, & de Haes, 1996).

De interne consistentie van de RAND-36 schalen scoren matig tot hoog. De verschillende schalen hebben variërende alpha-waarden van 0,71 en 0,92. Na een periode van twee maanden waren de

scores 0,58 tot 0,82 en na een periode van zes maanden 0,40 tot 0,75 na de test-hertest. Het instrument moet gevoelig zijn voor schommelingen in de gezondheidstoestand, deze waarden wijzen op goede scores. De stabiliteit van het item gezondheidsverandering scoort laag (na 2 maanden 0.40 en na 6 maanden 0,39). Deze uitkomstmaat is niet verwonderlijk gezien het bedoeld is om de verandering te meten (Van der Zee & Sanderman, 2012).

Procedure

Met alle deelnemers is er vooraf een persoonlijke afspraak gemaakt. In dit gesprek werd aangegeven wat er met de gegevens gaat gebeuren en wat er van hen verwacht werd. Tijdens deze eerste afspraak zijn, na schriftelijke instemming van deelname, de FIT-60 en de RAND-36 vragenlijsten afgenomen. De deelnemers hebben deze vragenlijsten in een aparte ruimte ingevuld. Hiervoor is gekozen om de externe invloed zo klein mogelijk te houden.

Bij de deelnemers in de interventiegroep is er besproken wat ACT inhoudt en welke verschillende onderdelen van ACT aan bod komen. Na deze eerste afspraak zijn de vervolgspraken ingepland om ervoor te zorgen dat de gehele planning van het onderzoek duidelijk was. Naast het onderzoek blijven alle deelnemers onder behandeling van de fysiotherapeut. De deelnemers in de controlegroep hebben vervolgspraken gemaakt bij de fysiotherapeut. De totale duur van het onderzoek was vier weken.

Interventie

De interventie heeft telkens op dezelfde plek plaats gevonden, dit om ervoor te zorgen dat de wisseling van omgeving geen invloed heeft op de uitkomst. Zoals eerder beschreven zijn er zes ACT-processen waarop ingespeeld kan worden. Binnen de beschikbare tijd is het echter is het niet mogelijk om deze zes processen tijdens de interventie aan bod te laten komen. Tijdens de vier weken durende interventie is er ingegaan op het proces "acceptatie". Zoals beschreven in de methode is dit het eerste proces binnen ACT.

Elke deelnemer heeft te maken met andere punten in het leven welke van invloed zijn op het functioneren. ACT kijkt niet primair naar de pijn, maar naar hoe men met deze pijn omgaat. ACT gaat daarnaast niet in op de inhoud van gedachten, maar kijkt naar de relatie met gedachten. De focus ligt op het actief uitnodigen van de pijn. Naast de afspraken binnen de praktijk, kregen de deelnemers ook huiswerkopdrachten.

Interventie week 1

In de eerste week van de interventie is er ingegaan op de controle op het dagelijks leven, de kern van ACT, namelijk controle willen en hebben over het leven terwijl dit niet het geval is. Het startpunt is stimuleren van creatieve hulpeloosheid. In deze fase wordt er een inventarisatie gemaakt van de manieren waarop de deelnemers met hun gedachten, emoties, lichamelijke sensaties, het gedrag van anderen en moeilijke omstandigheden omgaan. Vaak zitten cliënten vast in het vechten tegen omstandigheden. De ACT-trainer speelt hierop in door vragen te stellen over het al dan niet oplossen van problemen door er over te piekeren en of het helpt om emoties te onderdrukken. Door het stellen van deze vragen worden de deelnemers gewezen op het idee dat controle kennelijk niet of zelfs

averechts werkt. Na afloop van deze behandeling is de thuisopdracht van het regelboekje meegegeven. In het regelboekje worden alle regels die de deelnemers voor zichzelf hebben in het dagelijks leven opgeschreven. De volgende afspraak wordt er teruggekeken op dit regelboekje. Tijdens deze eerste sessie kan er zoals bekend veel verwarring ontstaan. Het is van belang deze angst niet weg te halen of deelnemers gerust te stellen.

De touwtrekmetafoor zal de gehele periode terug blijven komen. Het vechten met de pijn is te vergelijken met touwtrekken met een monster. De gedachte is dat je in het ravijn valt als je niet hard genoeg trekt (vecht). Maar hoe harder je trekt (vecht) des te harder het monster ook trekt.

Interventie week 2

Er is begonnen met de terugkoppeling op het regelboekje en er werd bekeken of er nog regels zijn die niet genoteerd waren. Hierbij werd de vraag gesteld of het de deelnemers lukt om op te merken dat het verstand allerlei waarschuwingen afgeeft naast het gevoel wat er al is, waardoor dit gevoel alleen maar sterker wordt. Daarnaast wordt er aangegeven dat de deelnemer moet leven volgens het regelboekje en dus alleen nog maar mag doen wat er in het boekje staat. De clou van dit verhaal is dat de deelnemers al leven via dit principe maar zullen lachen als je dit voorstelt. Wat in het boekje staat, is al in het hoofd geschreven. Er wordt ingegaan op het eventuele effect van de controle op dit moment en wat dit oplevert. Daarnaast wordt er gevraagd wat er zou gebeuren als de strijd van je hoofd staakt en het spreekwoordelijke touw los laat. Er wordt teruggekomen op de touwtrekmetafoor, waarbij ingegaan wordt op welke manier de deelnemer op dit moment bezig is met touwtrekken en of dit de oplossing is voor de problemen, wat er zou gebeuren als je de strijd met je hoofd zou staken en het touw los zou laten. Het idee hiervan is dat het monster blijft schreeuwen, maar dat je er niet meer tegen hoeft te vechten. Kennelijk werkt de controle niet, het alternatief voor deze controle is acceptatie. Acceptatie is het aanpakken wat je geboden wordt, iets nemen zoals het is. Er wordt iets uitgenodigd wat we eigenlijk niet willen ervaren, en wat we niet kunnen veranderen. Het kan gezien worden als een schilder die tijdens het schilderen even op afstand naar het geheel kijkt. Het doek zijn je gedachten en jij bent de schilder. De interventie wordt deze week afgesloten met vragen aan de deelnemer of ze bereid zijn om niet volgens de opgeschreven regels te leven en de angsten en andere gevoelens onder ogen te komen. Er wordt besproken wat de dingen zijn die ze tegenhouden. Daarnaast wordt er een inventarisatie gemaakt van deze gedachten en wordt daarop ingaan. Ook wordt er op zoek gegaan naar kleine interventies die bereidheid stimuleren (die dure tas kopen, uiteten gaan, telefoon uitzetten).

Interventie week 3

In de derde week van de interventie wordt er besproken hoe het staat met de bereidheid en tegen welke dingen de deelnemer eventueel aanloopt. Er wordt besproken dat de deelnemer moet proberen

in te zien dat wat je verstand je nu los gezien kan worden van je handelen. Je denkt dat het niet gaat lukken EN je gaat het toch proberen, dit wordt gezien als bereidheid.

Een ander belangrijk punt is dat MOETEN vervangen wordt door MOGEN en MAAR vervangen wordt door EN. Dit zijn de enige twee oefeningen binnen ACT die gericht zijn op taal. Er moet alleen opgelet worden dat dit niet resulteert in nieuwe regels zoals ik moet vanaf nu altijd mogen zeggen in plaats van moeten.

Interventie week 4

Als de deelnemer bereidheid en acceptatie volledig heeft geïntrigeerd in het leven, kan er doorgedaan worden naar defusie. Als dit niet het geval is, dan wordt er nog niet overgegaan op dit punt maar wordt er extra stilgestaan bij acceptatie en bereidheid. Onderstaande metafoor kan helpend werken bij acceptatie en bereidheid;

“Stel dat je de machinist bent van een trein. Hoewel jij achter het stuur zit, ben je gebonden aan het spoor waarop de trein rijdt. Hoewel jij de trein dus bestuurt en bijvoorbeeld wel de snelheid kunt bepalen, zijn er ook veel aspecten van je reis waar je geen controle over hebt. Als je weigert dat te accepteren, probeer je dus in feite de trein te laten ontsporen, waardoor je uiteindelijk vast komt te staan in de berm. Als je accepteert dat het spoor (alle omstandigheden waar je weinig of niets aan kunt veranderen) nu eenmaal de weg is waar jouw trein op rijdt, dan hoef je niet meer zo heftig te sturen en heb je je handen vrij. Wie weet zie je dan ineens waar je precies bent, en hoe mooi de omgeving is waarin je op dat moment rijdt (Jansen, persoonlijke communicatie, 22 september 2018).

Bij defusie gaat het er om dat door middel van de oefeningen de eenzijdige negatieve lading van de gedachte wordt afgehaald door gedachten in een andere context te plaatsen. Het gaat er nu om dat er een kritischere houding ontstaat ten opzicht van het denken. “Je verstand is niet je vriend, én je kan niet zonder je verstand” (Jansen, persoonlijke communicatie, 22 september 2018). Er kan hiervoor bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van de applicatie Talking Tom. Deze praat na wat er gezegd wordt, door hier negatieve gedachten bij uit te spreken hoort de deelnemer deze terug. Hierdoor wordt er een afstand gecreëerd met het verstand.

Data-analyse

De resultaten die volgden uit de vragenlijsten zijn door middel van het programma Statistical Package for Social Sciences (SPSS) verwerkt. Het verschil in de FIT-60 en RAND-36 vragenlijsten tussen de twee groepen wordt middels een ongepaarde t-toets vergeleken aangezien de beide vragenlijst een numerieke uitkomst genereren. Gezien de beperkte steekproefomvang wordt aangenomen dat de data verkregen middels de steekproef een representatie zijn van normaal verdeelde data. Het verschil wordt als significant beschouwd bij $p < 0,05$. De data worden middels gemiddelde en standaard deviatie gepresenteerd.

Resultaten

In totaal werden acht patiënten met chronische pijn geïnccludeerd in deze studie, waarvan vier de interventie ondergaan hebben en vier patiënten de controlegroep vormden. De geïnccludeerde patiënten waren allen vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in de interventiegroep was 53,5 jaar (SD: 11,8). De patiënten in de controlegroep hadden een gemiddelde leeftijd van 46,5 jaar (SD: 6,8). De uitkomst van de FIT-60 vragenlijst zijn weergegeven in Tabel 1. Zoals weergegeven is in deze tabel hadden de patiënten in de controlegroep bij de start van de studie gemiddeld een lagere score voor de FIT-60 vragenlijst (194,5 ten opzichte van 204,3). Het gemiddelde verschil in de score tussen de start en het einde van de studie was groter voor de patiënten in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep (12,75 ten opzichte van 4,75).

Tabel 1. Uitkomsten van de FIT-60 vragenlijst uitgesplitst naar interventiegroep en controlegroep

	Controlegroep (n=4)	Interventiegroep (n=4)
Gemiddelde score FIT-60 start studie	194,5	204,3
Gemiddelde score FIT-60 eind studie	199,3	217,0
Gemiddelde verschil score FIT-60 start en einde studie	4,8	12,8

De uitkomst van de ongepaarde t-toets waarbij het gemiddelde verschil in de score van de FIT-60 tussen de start en het einde van de studie tussen de interventiegroep en de controlegroep is vergeleken is weergegeven in Tabel 2. Zoals weergegeven in deze tabel is het gemiddelde verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep 8,0 punten. Dit verschil is niet significant ($p=0,181$)

Tabel 2. Uitkomst ongepaarde t-toets waarbij de uitkomsten van de FIT-60 zijn vergeleken tussen de interventiegroep en de controlegroep

	Gemiddelde verschil (95% betrouwbaarheidsinterval)	p-waarde
Verschil FIT-60 interventie en controlegroep	-8.0 (-20,9 – 4,9)	0,181

Rand 36

Het gemiddelde verschil van de verschillende onderdelen van de RAND-36 tussen de interventiegroep en de controlegroep zijn weergegeven in Tabel 3. Daarnaast is in deze tabel het resultaat van de ongepaarde t-toets waarbij de uitkomsten van de negen onderdelen van de RAND-36 vragenlijst tussen de interventiegroep en de controlegroep zijn vergeleken. Zoals te zien is in deze tabel zijn er op vier onderdelen van de RAND-36 vragenlijst (fysiek functioneren, sociaal functioneren, mentale gezondheid en pijn) significante verbetering gezien ($p<0,05$) in de interventiegroep ten opzichte van

de controlegroep. Voor andere vijf onderdelen van de vragenlijst werden geen significante verschillen aangetoond (rolbeperkingen (fysiek probleem), rolbeperkingen (emotioneel probleem) en vitaliteit.

Tabel 3. Uitkomsten van het gemiddelde verschil in de verschillende onderdelen van de RAND-36 vragenlijst uitgesplitst in de interventiegroep en de controlegroep.

	Gemiddelde verschil start en eind studie interventiegroep (n=4)	Gemiddelde verschil start en eind studie controlegroep (n=4)	Gemiddelde verschil interventiegroep en controlegroep (95% betrouwbaarheidsinterval)
Fysiek functioneren	16,3	3,8	-12,5 (-19,1 – -5,9)**
Sociaal functioneren	12,5	3,5	-9,0 (-10,0 – -8,0)***
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	8,3	-28,8	-37,0 (-112,4 – 38,4)
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	16,8	0,5	-16,3 (-57,3 – 24,8)
Mentale gezondheid	9,0	1,5	-7,5 (-14,0 – -1,0)*
Vitaliteit	12,5	7,5	-5,0 (-18,2 – 8,2)
Pijn	32,3	8,5	-26,8 (-50,8 – -2,7)*
Algemene gezondheidsbeleving	11,3	3,8	-7,5 (-24,6 – 9,6)
Gezondheidsverandering	6,3	0	-6,3 (-21,5 – 9,0)

*p<0,05 ** p<0,005, *** p<0,0001

Discussie

Dit is naar ons weten het eerste onderzoek in Nederland dat de invloed van ACT op het omgaan met chronische pijn en de invloed op het dagelijkse functioneren heeft onderzocht. Uit dit onderzoek is gebleken dat ACT geen significante invloed heeft op het omgaan met chronische pijn, gemeten met de FIT-60 vragenlijst. Er zijn significante verschillen aangetoond tussen de interventiegroep en de controlegroep op het dagelijks functioneren van patiënten met chronische pijn in het voordeel van de interventiegroep. Deze verschillen werden aangetoond in de onderdelen fysiek functioneren, sociaal functioneren, mentale gezondheid en pijn van de RAND-36 vragenlijst.

De invloed van ACT op het omgaan met chronische pijn werd onderzocht middels de FIT-60 vragenlijst. Alhoewel het verschil van 8 punten in het voordeel van de interventiegroep niet significant was, is er mogelijk wel een trend in de verbetering in het omgaan met chronische pijn in het voordeel van de interventiegroep. Daarnaast zijn er individueel verbeteringen gezien. Er wordt gesproken van een klinisch relevant verschil als een deelnemer met meer dan 10% in de score op de FIT-60 vragenlijst vooruit gaat (Jansen, persoonlijke communicatie, 2 juni 2018). Eén van de vier deelnemers in de interventiegroep heeft een vooruitgang van 14% geboekt. Uit eerder onderzoek naar de FIT-60 vragenlijst blijkt dat de gemiddelde score in de normgroep tussen de 162 en 201 ligt (Batink et al., 2015). In onze interventiegroep lag het gemiddelde hoger dan de beschreven normwaarde. Hierdoor is het lastiger om vooruitgang in de FIT-60 score aan te tonen. Een onderzoek naar de preventie van chronische pijn na een orthopedische operatie bij veteranen waarbij voorafgaand aan de operatie een eendaagse ACT workshop is gegeven lieten veelbelovende resultaten zien, Drie maanden na de operatie hadden de deelnemers die deel hebben genomen aan de workshop sneller minder pijn en een vermindering van medicatie dan de groep die de workshop niet had ondergaan (Dindo et al., 2018) Dit onderzoek sluit aan op de bevindingen van dit onderzoek. Uit onderzoek van la Cour & Petersen (2015) blijkt dat mindfulness meditatie een significant effect heeft op de vitaliteit (Cohens $D=0,39$), gemeten aan de hand van de RAND-36. Na secundaire analyse werden grote tot middelgrote significante effecten gevonden (Cohens $d=0,37-0,71$) voor algehele angst en depressie, betere mentale kwaliteit van leven, gevoel van controle over de pijn en hogere pijn acceptatie. Mindfulness is binnen ACT ook een belangrijk onderdeel echter is dit in dit onderzoek niet meegenomen gezien de beperkingen in de tijd. Het onderzoek van la Cour & Petersen geeft een goed beeld voor wat er in de toekomst mogelijk is als de andere pijlers binnen ACT, waaronder mindfulness, worden meegenomen.

De invloed van ACT op het dagelijkse functioneren is onderzocht middels de RAND-36 vragenlijst. Er werden significante verschillen aangetoond in de onderdelen fysiek functioneren, sociaal functioneren, mentale gezondheid en pijn in het voordeel van de interventiegroep. In eerder onderzoek is beschreven dat de kwaliteit van leven bij vrouwen met fibromyalgie werd verbeterd na een multidisciplinaire interventie gebaseerd op beweging en psychologische therapie (Carbonell-Baeza, Aparicio, Chillón, Femia, Delgado-Fernández en Ruiz, 2011). De verbetering werd gezien op de

onderdelen fysieke rolbeperkingen, pijn, vitaliteit en sociaal functioneren van de RAND-36 vragenlijst. Dit is min of meer in lijn met onze resultaten.

In onze studie was het opvallend dat de controlegroep op het onderdeel rolbeperkingen (fysiek probleem) achteruit is gegaan. Hiervoor zijn in de literatuur geen verklaringen voor te vinden. Vanuit de onderzoekers is de verwachting dat de controlegroep geconfronteerd is met de problemen in het dagelijkse leven en hierdoor minder activiteiten zijn gaan ondernemen.

Dit onderzoek heeft verschillende beperkingen. Allereerst hebben in totaal acht mensen met chronische pijn aan dit onderzoek deelgenomen, dit maakt dat het aantonen van significante verschillen moeilijker is omdat er geen harde conclusies kunnen worden getrokken vanwege storende variabelen en vervolgonderzoek noodzakelijk is. Daarnaast hebben wij alleen vrouwen kunnen includeren in deze studie. Aangezien vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de populatie met patiënten met chronische pijn was het ook de verwachting dat er voornamelijk vrouwen in onze studie geïnccludeerd zouden worden. Dit heeft wel als beperking dat de gevonden resultaten alleen gelden voor de vrouwelijke populatie. Ook heeft de interventie maar vier weken geduurd. Voor de behandeling met ACT zijn geen vastgestelde tijdslijnen. Het is afhankelijk van de vooruitgang die de deelnemer boekt hoe lang het traject uiteindelijk zal duren. Wel kan gesteld worden dat een periode van vier weken, zoals in ons onderzoek, beperkt is. Het zou interessant zijn om in een vervolgstudie te onderzoeken wat er gebeurt met de gemeten afhankelijke variabelen, als alle werkzame elementen uit het ACT programma als geheel worden ingezet.

Dit onderzoek heeft ook verschillende sterke punten. Allereerst is in dit onderzoek gebruik gemaakt van een controlegroep waarbij alle factoren, behalve de interventie, tussen de twee groepen zo veel mogelijk gelijk werd gehouden. Beide groepen kregen dezelfde fysiotherapiebehandeling uitgevoerd door dezelfde fysiotherapeut. Dit heeft als voordeel dat het enige, te controleren, verschil tussen deze groepen de interventie is en er zo een betrouwbaar resultaat verkregen wordt. Daarnaast is dit het eerste onderzoek dat heeft gekeken naar de invloed van ACT op het omgaan met chronische pijn en het functioneren in het dagelijkse leven. Deze studie is dus een eerste aanzet om verder onderzoek naar deze interventie uit te voeren. Ook is de interventie uitgevoerd door een gediplomeerde trainer volgens de richtlijnen van ACT. Om ACT op de juiste manier toe te kunnen passen is het van belang dat de therapeut inhoudelijk goed onderlegd is.

Er worden verschillende theoretische aanbevelingen gegeven voor vervolgonderzoek. Het is van belang dat het onderzoek in een grotere populatie uitgevoerd wordt om een betrouwbaardere uitspraak te kunnen doen over het effect van ACT. Daarnaast is het van belang om naast vrouwen ook mannen te includeren in deze studie, zodat er ook een uitspraak gedaan kan worden over de invloed van ACT op chronische pijn bij mannen. Om het effect van een therapie te kunnen meten dient het onderzoek over een langere periode te worden uitgevoerd. Hierbij is het van belang dat er een voor-, tussen- en nameting wordt uitgevoerd. Daarnaast kan er ook gekeken worden wat de invloed is van bewegen in combinatie met ACT. Hiervoor zouden de deelnemers in drie groepen verdeeld

moeten worden; een groep die alleen ACT krijgt, een groep met ACT in combinatie met bewegen en een groep met alleen bewegen als interventie. Het is van belang dat er meer onderzoek gedaan wordt om het effect van ACT vast te stellen. Op dit moment is ACT in Amerika al opgenomen in de zorgrichtlijnen, dit is in Nederland nog niet het geval. Vervolgonderzoek kan er aan bijdragen dat ook in Nederland ACT opgenomen wordt in de richtlijnen.

Aanbevelingen

Zoals eerder beschreven is het nu nog niet aan de orde om ACT in de huidige richtlijnen voor de behandeling met chronische pijn op te nemen. Er zijn echter wel aanwijzingen dat ACT een positieve invloed kan hebben op het omgaan met chronische pijn en het functioneren in het dagelijkse leven. Het is daarom van belang dat er in de praktijk meer kennis opgedaan wordt over ACT. Inmiddels is ACT bij verschillende zorgverzekeraars opgenomen in het aanvullende pakket. Dit is een aanwijzing dat er vanuit de beleidsmakers positief gekeken wordt naar de toepassing van ACT. De meerwaarde van dit onderzoek voor de praktijk is dat er door dit onderzoek meer kennis is over ACT, waardoor dit ook als een behandeloptie gezien kan worden bij de behandeling van chronische pijn. Binnen het werkveld van een sportkundige is het van belang dat er juiste interventies worden ingezet om de gezondheid van mensen te verbeteren. Door op een andere manier te kijken naar de huidige behandeling kan er een verschuiving plaatsvinden in de huidige behandeling. In ieder geval is het van belang om open te staan voor andere behandelmogelijkheden naast de al bestaande behandelopties. Deze nieuwe kijk op behandeling kan er vervolgens voor zorgen dat de behandelingen beter en op de juiste manier worden uitgevoerd. In het geval van patiënten met chronische pijn moet er niet alleen gekeken worden naar de lichamelijke klachten maar ook de psychische klachten moeten meegenomen in de behandeling. Het is hiervoor van belang dat de sportkundige de basisopleiding ACT volgt om als goed onderlegde therapeut te werk te kunnen gaan.

Tijdens de uitvoering van deze therapie is het belangrijk om te benadrukken dat deelnemers gedurende de ACT therapie handvatten geboden worden, maar dat zij deze thuis in praktijk moeten brengen. De therapie kan alleen effectief zijn op de lange termijn zijn als de deelnemers er zelf mee aan de slag gaan. De metafoor die dit goed illustreert is dat de deelnemer bij de therapie gaat tanken en thuis gaat rijden en wanneer je niet hebt gereden je ook niet hoeft te tanken.. Een vaak gemaakte fout is om te snel door te willen gaan naar de volgende pijler binnen ACT, Het is echter heel belangrijk om de tijd te nemen bij elke pijler wanneer deze pijler nog niet eigen gemaakt is door de deelnemer.

Literatuurlijst

Batink, T., Jansen, G., De Mey H.R.A. (2015). *Flexibiliteits Index Test (FIT-60)*. Geraadpleegd op 04-03-2018 van; [http://www.hoeflexibelbenjij.nl/attachments/File/Flexibiliteits_Index_Test_-_Revisie_2015\(HQ\).pdf](http://www.hoeflexibelbenjij.nl/attachments/File/Flexibiliteits_Index_Test_-_Revisie_2015(HQ).pdf)

Batink, T., Jansen, G., De Mey H.R.A. (2012) *De Flexibiliteits Index Test (FIT-60): Een beknopte beschrijving*. GZ-Psychologie; 5: p18-21. Geraadpleegd op 10-03-2018 van http://www.hoeflexibelbenjij.nl/attachments/File/FIT-artikel_GZ-Psychologie_Juli_2012.pdf

Batink, T., Jansen, G (2014) *ACT en onderzoek*. Geraadpleegd op 17-04-2018 van; http://d.seettrue.nl/TTA/docstta/ACT_en_Onderzoek.pdf

Bekkering, G.E., Bala, M.M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, . . . Kleijnen, J. (2011) *Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands*, The Netherlands journal of medicine.

Breivik, H., Eisenberg, E., O'Brien, T. (2013). *The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care*. BMC Public Health. doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006) *Survey of chronic pain in Europe*. European Journal of Pain. doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Carbonell-Baeza, A., Aparicio, V.A., Chillón, P., Femia, P., Delgado-Fernández, M. & Ruiz, J.R. (2001). *Effectiveness of multidisciplinary therapy on symptomatology and quality of life in women with fibromyalgia*. Clinical And Experimental Rheumatology.

Dindo, L., Zimmerman, M.B., Hadlandsmayth, K., StMarie, B., Embree, J., Marchman, J., Tripp-Reimer, T. & Rakel, B. (2018). *Acceptance and Commitment Therapu for Prevention of Cronis Post-surgical Pain and Opioid Use in At-Risk Veterans: A Pilot Randomized Controlled Study*. The Journal of Pain. doi: 10.1016/j.jpain.2018.04.016

Germer K. C. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press

Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M. E. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change*. The Counseling Psychologist. DOI: 10.1177/0011000012460836
<http://tcp.sagepub.com>

How2ACT (2018). *De peilers in stripvorm*. Geraadpleegd op 08-06-2018 van <http://how2act.nl/wp-content/uploads/2018/04/Peiler-2-acceptatie.jpg>

International Association for the Study of Pain (2017), *IASP Terminology*. Geraadpleegd op 15-02-2018 van; <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Juuso P, Skär L, Olsson M, Söderberg S. (2011) *Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Doi;10.3402/qhw.v6i3.7184

Loeser, J.D. (1980), *A definition of pain*. Medicine 7, 3-4

Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (z.d). *Wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling*. Geraadpleegd op 12-06-2018 van; <http://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/component/kngf/richtlijnen/klachten-aan-de-arm-nek-enof-schouder-kans/verantwoording-en-toelichting/therapeutische-proces/c1-wetenschappelijke-onderbouwing-van-de-behandeling>

La Cour, P. & Petersen, M (2015) *Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial*. Pain medicine. doi: 10.1111/pme.12605

Longfonds (z.d.) *Wat is astma?* Geraadpleegd op 15-02-2018 van; <https://www.longfonds.nl/astma/alles-over-astma/wat-is-astma>

McCracken, LM. & Gutiérrez-Martinez, O.(2015), *Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy*. Biological forum.

Melzack, R. Wall, P.D. (1965) *Pain mechanisms: a new theory*. Science 150:971-9

Moorer, P., Suurmeijer, T. P. B. M., Foets, M., & Molenaar, W. (2002). *Psychometric properties of the RAND-36 among three chronic diseases (multiple sclerosis, rheumatic diseases and COPD) in the Netherlands*. Quality of Life Research, 10, 645.

Nederland Huisartsen Genootschap (z.d.), *NHG standaard pijn*. Geraadpleegd op 14-02-2018 van; <https://www.nhg.org/?q=standaarden/volledig/nhg-standaard-pijn>

Netwerk Chronische Pijn (2018a), *wat is chronische pijn*. Geraadpleegd op 14-02-2018 van: <http://www.netwerkchronischepijn.nl/patienten/wat-is-chronische-pijn/>

Netwerk Chronische Pijn (2018b), *patiënten behandeling*. Geraadpleegd op 18-04-2018 van: <http://www.netwerkchronischepijn.nl/patienten/behandeling/>

Peilot B, Andréll P, Mannerkorpi K, Mannheimer C. (2010) *Quality of life assessed with Short Form 36- A comparison between two populations with long-term musculoskeletal pain disorders*. Disability & Rehabilitation.

Reumafonds (z.d.) *Feiten over reuma*. Geraadpleegd op 14-02-2018 van: <http://www.reumafonds.nl/reuma/feiten-over-reuma>

Siegel R. D. (2005) *Psychophysiological disorders-embracing pain*. In: Germer K. C, Siegel R. D, Fulton P. R, editors. Mindfulness and psychotherapy. New York: The Guilford Press

Steihag S, Ahlsen B, Malterud K (2001) *From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain*. Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Steihag S, Ahlsen B, Malterud K. (2001) *From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain*. Scandinavian Journal of Primary Health Care.

The Swedish Council on Technology Assessment on Health Care (2006), *Methods for treatment of long-term pain. A systematic literature review*. The Swedish Council on Technology Assessment on Health Care

Time to act (2018), ACT. Geraadpleegd op 15-02-2018. Van; <http://www.timetoact.nl/act>

Turk D. C.(2005) *The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: Lumping versus splitting*. Clinical Journal of Pain. 44–55.

Turk D. C, Okifuji A, Siclair J. D, Starz T. W. (1996) *Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia*. The Journal of Rheumatology.

Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. (1998) *Prevalence of chronic benign pain disorder among adults*. Pain. 77:231-9. 3. doi.org/0.1016/S0304-3959(98)00117-1

Van der Zee, K.I., Sanderman, R., Heyink, J. W., & de Haes, H. (1996). *Psychometric qualities of the RAND 36-item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status*. International Journal of Behavioral Medicine, 3, 104-122.

Van der Zee, K.I., Sanderman, R (2012) *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND 36*. Geraadpleegd op 03-03-2018 van https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handling_rand36_2e_druk.pdf

Bijlage 1 Fit 60 vragenlijst

Naam: _____ Geslacht: **M / V** Leeftijd: _____

Burg. staat: _____ Opleiding: _____ Datum afname: _____

In welke mate zijn onderstaande stellingen van toepassing op u? Omcirkel het meest passende antwoord. Sla alstublieft geen stellingen over.	Helemaal oneens							Helemaal eens
01 Zorgen staan mijn succes in de weg.	0	1	2	3	4	5	6	
02 Ik voel me vaak beperkt door alles wat ik van mezelf moet.	0	1	2	3	4	5	6	
03 Ik kan negatieve gedachten over mijzelf hebben en tegelijkertijd weten dat ik oké ben.	0	1	2	3	4	5	6	
04 Als ik iets wil doen, dan ga ik er voor.	0	1	2	3	4	5	6	
05 Ik ben goed in staat om lange termijn doelen op te delen in korte termijn mogelijkheden.	0	1	2	3	4	5	6	
06 Mijn leven is goed in balans.	0	1	2	3	4	5	6	
07 Ik vind het moeilijk om doelgericht bezig te blijven.	0	1	2	3	4	5	6	
08 Ik heb voldoende vrienden.	0	1	2	3	4	5	6	
09 Mijn gedachten bezorgen mij ongemak of emotionele pijn.	0	1	2	3	4	5	6	
10 Het is OK als ik me iets onaangenaams herinner.	0	1	2	3	4	5	6	
11 Ik maak regelmatig concrete plannen voor de toekomst.	0	1	2	3	4	5	6	
12 Als iets me niet lukt dan zet ik door, en probeer ik het op een andere manier aan te pakken.	0	1	2	3	4	5	6	
13 Ik ga graag naar mijn werk.	0	1	2	3	4	5	6	
14 Ik ben bereid om mijn angst volledig toe te laten.	0	1	2	3	4	5	6	
15 Ik vind het moeilijk om mijn aandacht te houden bij wat er in het hier en nu gebeurt.	0	1	2	3	4	5	6	
16 Ik ben snel afgeleid.	0	1	2	3	4	5	6	
17 Ik vind van mezelf dat ik altijd aardig moet zijn.	0	1	2	3	4	5	6	
18 Het is moeilijk voor me om de woorden te vinden die mijn gedachten beschrijven.	0	1	2	3	4	5	6	
19 Ik beseft dat mijn zelfbeeld niet zoveel over mij als persoon zegt.	0	1	2	3	4	5	6	
20 Ik observeer mijn gevoelens zonder dat ik me erin verlies.	0	1	2	3	4	5	6	
21 Als ik thuis ben voel ik me op mijn gemak.	0	1	2	3	4	5	6	
22 Ik doe mijn best om geen negatieve dingen te hoeven ervaren.	0	1	2	3	4	5	6	
23 Ik heb last van een negatief zelfbeeld.	0	1	2	3	4	5	6	
24 Als ik iets niet goed doe, dan reken ik dat mezelf aan.	0	1	2	3	4	5	6	
25 Ik beseft dat ik de dingen die ik doe, zelf heb gekozen.	0	1	2	3	4	5	6	

In welke mate zijn onderstaande stellingen van toepassing op u?
Omcirkel het meest passende antwoord. Sla alstublieft geen stellingen over.

	Helemaal oneens						Helemaal eens
26 Als ik pijnlijke gevoelens toelaat, dan ben ik bang dat ze niet meer verdwijnen.	0	1	2	3	4	5	6
27 Er zijn een aantal dingen die ik doe, die ik belangrijk vind.	0	1	2	3	4	5	6
28 Ik heb last van het gevoel dat ik door de bomen het bos niet meer zie.	0	1	2	3	4	5	6
29 Ik heb de neiging mijn pijn erger te maken met mijn gedachten.	0	1	2	3	4	5	6
30 Ik vind het makkelijk om mijn gedachten van een andere kant te bekijken.	0	1	2	3	4	5	6
31 Mijn pijnlijke ervaringen en herinneringen maken het me moeilijk om een waardevol leven te leiden.	0	1	2	3	4	5	6
32 Als iemand een vervelende opmerking maakt, kan ik daar nog lang last van hebben.	0	1	2	3	4	5	6
33 Ik hoef dingen niet altijd goed te doen van mezelf.	0	1	2	3	4	5	6
34 Mijn werk en / of studie speelt een belangrijke rol in mijn leven.	0	1	2	3	4	5	6
35 Gedachten die bij me opkomen moet ik onder controle houden.	0	1	2	3	4	5	6
36 Ik kan goed beschrijven wat ik voel.	0	1	2	3	4	5	6
37 Ik vind mijn leven waardevol.	0	1	2	3	4	5	6
38 Ik geloof dat sommige van mijn gedachten abnormaal of slecht zijn en dat ik niet zo zou moeten denken.	0	1	2	3	4	5	6
39 Sommige woorden kunnen mij heel hard raken.	0	1	2	3	4	5	6
40 Ik ben onderweg om mijn doelen en dromen te bereiken.	0	1	2	3	4	5	6
41 Ik besteed regelmatig tijd aan mijn hobby's.	0	1	2	3	4	5	6
42 Ik heb de neiging erg sterk te reageren op mijn eigen negatieve gedachten.	0	1	2	3	4	5	6
43 Ik keur mezelf af als ik rare gedachten heb.	0	1	2	3	4	5	6
44 Ik kan makkelijk mijn overtuigingen en meningen onder woorden brengen.	0	1	2	3	4	5	6
45 Emoties (zoals boosheid, verdriet) veroorzaken problemen in mijn leven.	0	1	2	3	4	5	6
46 Ik sta los van mijn omgeving.	0	1	2	3	4	5	6
47 Ik doe meerdere dingen die ik belangrijk vind.	0	1	2	3	4	5	6
48 Ik vind het leuk om nieuwe uitdagingen aan te gaan.	0	1	2	3	4	5	6
49 Ik kan goed beschrijven wat ik ervaar met mijn zintuigen, zoals wat ik hoor, zie en ruik.	0	1	2	3	4	5	6
50 Ik vind steun bij de mensen in mijn omgeving.	0	1	2	3	4	5	6

In welke mate zijn onderstaande stellingen van toepassing op u?
Omcirkel het meest passende antwoord. Sla alstublieft geen stellingen over.

	Helemaal oneens						Helemaal eens
51 De gedachten die ik over mijzelf heb, bepalen niet wie ik ben.	0	1	2	3	4	5	6
52 Ik schrik soms van de gedachten die ik heb.	0	1	2	3	4	5	6
53 Ik ben bang voor mijn gevoelens.	0	1	2	3	4	5	6
54 Mijn gedachten en gevoelens staan de manier waarop ik wil leven niet in de weg.	0	1	2	3	4	5	6
55 Ik vind familie en / of vrienden belangrijk.	0	1	2	3	4	5	6
56 Wanneer ik mezelf vergelijk met andere mensen, lijkt het dat de meesten onder hen hun leven beter in de hand hebben dan ik.	0	1	2	3	4	5	6
57 Het is erg moeilijk om verontrustende gedachten los te laten, zelfs wanneer ik weet dat los laten mij zou helpen.	0	1	2	3	4	5	6
58 Van sommige gedachten raak ik van streek.	0	1	2	3	4	5	6
59 Ik ben erop uit om nieuwe dingen te doen.	0	1	2	3	4	5	6
60 Ik denk dat mijn emoties soms slecht of ongepast zijn en dat ik ze niet zou moeten voelen.	0	1	2	3	4	5	6

Heeft u alle stellingen ingevuld? Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst!

Bijlage 2 Rand 36 vragenlijst

RAND-36 V2.0¹

Toelichting

In deze vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd.
Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen.
Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1 Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- | | |
|------------|--------------------------|
| uitstekend | ☐ |
| zeer goed | ☐ |
| goed | ☐ |
| matig | ☐ |
| slecht | ☐ |

2 In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

- | | |
|---|--------------------------|
| veel beter dan een jaar geleden | ☐ |
| iets beter dan een jaar geleden | ☐ |
| ongeveer hetzelfde als een jaar geleden | ☐ |
| iets slechter dan een jaar geleden | ☐ |
| veel slechter dan een jaar geleden | ☐ |

- 3 De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, hele- maal niet beperkt
a <i>Forse inspanning</i> zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten.	☐	☐	☐
b <i>Matige inspanning</i> zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen.	☐	☐	☐
c Tillen of boodschappen dragen	☐	☐	☐
d <i>Een paar</i> trappen oplopen	☐	☐	☐
e <i>Eén</i> trap oplopen	☐	☐	☐
f Buigen, knielen of bukken	☐	☐	☐
g <i>Meer dan een kilometer</i> lopen	☐	☐	☐
h <i>Een halve kilometer</i> lopen	☐	☐	☐
i <i>Honderd meter</i> lopen	☐	☐	☐
j Uzelf wassen of aankleden	☐	☐	☐

- 4 Hoe vaak had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	voort- durend	vaak	soms	zelden	nooit
a U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
b U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen	☐	☐	☐	☐	☐
c U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	☐	☐	☐	☐	☐

- 5 Hoe vaak had u, ten gevolge van een **emotioneel probleem** (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	voort- durend	vaak	soms	zelden	nooit
a U heeft <i>minder tijd</i> kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	☐	☐	☐	☐	☐
b U heeft <i>minder bereikt</i> dan u zou willen	☐	☐	☐	☐	☐
c U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent	☐	☐	☐	☐	☐

- 6 In hoeverre heeft uw **lichamelijke gezondheid** of hebben uw **emotionele problemen** u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

helemaal niet	☐
enigszins	☐
nogal	☐
veel	☐
heel erg veel	☐

- 7 Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken*?

geen	☐
heel licht	☐
licht	☐
nogal	☐
ernstig	☐
heel ernstig	☐

- 8 In welke mate heeft **pijn** u *de afgelopen 4 weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

helemaal niet	☐
een klein beetje	☐
nogal	☐
veel	☐
heel erg veel	☐

- 9 Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft **gevoeld**. Wilt u bij elke vraag het antwoord omcirkelen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende
de afgelopen 4 weken:

	voort- durend	vaak	soms	zelden	nooit
a Voelde u zich levenslustig?	☐	☐	☐	☐	☐
b Voelde u zich erg zenuwachtig?	☐	☐	☐	☐	☐
c Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	☐	☐	☐	☐	☐
d Voelde u zich kalm en rustig?	☐	☐	☐	☐	☐
e Voelde u zich erg energiek?	☐	☐	☐	☐	☐
f Voelde u zich neerslachtig en somber?	☐	☐	☐	☐	☐
g Voelde u zich uitgeblust?	☐	☐	☐	☐	☐
h Voelde u zich gelukkig?	☐	☐	☐	☐	☐
i Voelde u zich moe?	☐	☐	☐	☐	☐

10 Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| voortdurend | ☐ |
| vaak | ☐ |
| soms | ☐ |
| zelden | ☐ |
| nooit | ☐ |

11 Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.

	volkomen juist	groten- deels juist	weet ik niet	groten- deel onjuist	volkomen onjuist
a Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen	☐	☐	☐	☐	☐
b Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken	☐	☐	☐	☐	☐
c Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan	☐	☐	☐	☐	☐
d Mijn gezondheid is uitstekend	☐	☐	☐	☐	☐