

Gedragsgeorïënteerde therapie bij chronische aspecifieke pijn

Japie Bakers

Eindexamenopdracht
Hogeschool Utrecht afdeling Fysiotherapie
Januari 2007

Abstract

Vraagstelling: Welke rol speelt de behandeling en preventie van chronische aspecifieke pijn door middel van Graded Activity en Graded Exposure in de hedendaagse fysiotherapie?

Doel: In dit artikel wordt in gegaan op de huidige wetenschappelijke kennis over de behandeling van chronische aspecifieke pijn en de toepassing daarvan door fysiotherapeuten.

Methode: Dit artikel is geschreven in de vorm van een wetenschappelijk essay, waarin naast de wetenschappelijke informatie over de effectiviteit van gedragsgeorïënteerde therapie en de toepassing daarvan, ook wordt ingegaan op de persoonlijke benadering van de auteurs.

Conclusie: Verschillende onderzoeken (Vlaeyen, de Jong en Linton 2005) hebben aangetoond dat gedragsgeorïënteerde therapie de meest effectieve therapie voor chronische aspecifieke pijn is. Uit onderzoek (Van Tulder 1996 in de Jong 2004) is gebleken dat behandeling van chronische aspecifieke pijn via het biomedische model ineffectief is.

Gedragsgeorïënteerde therapie is ontwikkeld en wordt toegepast door multidisciplinaire pijnteams in de derde lijn. De toepassing van gedragsgeorïënteerde therapie in de eerste lijn wordt bemoeilijkt door complicaties die plaats vinden bij de toepassing hiervan.

Inleiding

Van alle patiënten die zich aanmelden bij de fysiotherapeut heeft 95% pijnklachten (NIVEL 2005). Deze pijnklachten zijn meestal van voorbijgaande aard. In een aantal gevallen blijft de pijn langer aanhouden (3-6 maanden) en wordt dan chronisch genoemd. In Nederland lijkt het percentage patiënten met chronische pijn toe te nemen. In 2001

leed 18 % van de bevolking aan chronische pijn, in 2005 was dit 20% (Picavet 2006). Naast pijn is er sprake van een groot scala aan psychosociale problematiek. Het merendeel van deze patiënten zoekt behandeling voor de pijn. De fysiotherapeut is na de huisarts de meest geconsulteerde behandelaar voor pijn. (Lammerts 2000, in Köke 2002).

Behalve bij de patiënt zelf en zijn naaste omgeving, kan chronische pijn ook leiden tot frustratie bij de hulpverleners, bijvoorbeeld doordat het vaak niet lukt om adequate zorg te bieden. De afgelopen decennia zijn er behandelprogramma's ontwikkeld waarvan is bewezen dat ze een verbetering kunnen bereiken bij mensen met ernstig disfunctioneren bij chronische aspecifieke pijn, door gebruik te maken van gedragsgeorïënteerde therapie. Deze benadering wordt vooral toegepast in multidisciplinaire pijncentra, maar zou ook kunnen worden gebruikt in de eerste lijn, ter preventie van chroniciteit in de acute fase.

De gedragsgeorïënteerde behandeling richt zich op het verbeteren van het activiteitsniveau en het verbeteren van sociale en mentale vaardigheden om met de gevolgen van pijn om te kunnen gaan. Binnen deze visie neemt de fysiotherapeut een centrale plaats in. De rol van de fysiotherapeut op het gebied van chronische pijnproblematiek is dan ook sterk toegenomen.

Opvattingen van hulpverleners zijn in sterke mate bepalend voor het denken en doen van patiënten met chronische aspecifieke pijn. 'Het is beter om niets te doen' zijn adviezen die vermijdingsgedrag stimuleren. Onderzoek van Linton in 2005 laat zien dat hulpverleners in hun beleid nog vaak de mate van pijn als uitgangspunt nemen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat veel chronische aspecifieke pijnpatiënten nog steeds worden behandeld via het biomedische model.

Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in de huidige wetenschappelijke kennis over de behandeling van chronische aspecifieke pijn en de toepassing daarvan door fysiotherapeuten. De vraagstelling die aansluit op het doel van dit artikel is: Welke rol speelt de behandeling en preventie van chronische aspecifieke pijn door middel van Graded Activity en Graded Exposure in de hedendaagse fysiotherapie?

Methode

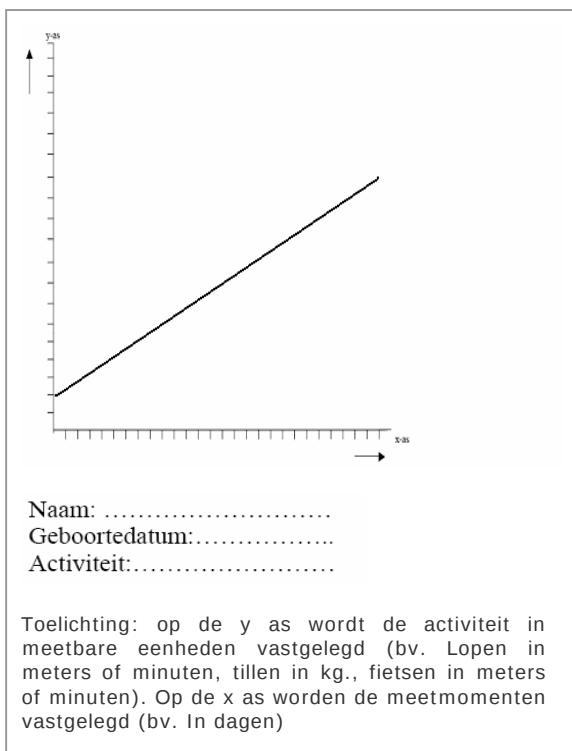
Dit artikel is gebaseerd op literatuurstudie. In de digitale databanken van Cochrane, EBSCO, CINAHL en Pedro is gezocht naar artikelen over de gedragsgeorïënteerde behandeling

Graded Activity

Bij Graded Activity wordt gebruik gemaakt van operante conditionering. Operante Graded Activity probeert het pijngedrag te beïnvloeden door pijngedrag zoals klagen negatief te bekrachtigen en positief gedrag zoals lopen, fietsen of werken, positief te bekrachtigen. Door negatieve bekrachtiging zal het pijngedrag uitdoven. Door positieve bekrachtiging zal het activiteiten niveau verhogen, waardoor er een gunstigere situatie ontstaat.

De patiënt werkt aan vooraf gestelde doelen, die wekelijks lineair worden opgebouwd. De voortgang van de therapie is dus afhankelijk van tijd en niet van pijn.

Operante Graded Activity stelt een quotum vast voor dagelijkse activiteiten. De patiënt mag niet onder en niet boven dit quotum gaan zitten. Hierdoor realiseert de patiënt zich dat hij niet over belast, waardoor de patiënt minder behoefte krijgt om gezond gedrag negatief te bekrachtigen. De patiënt wordt hierdoor verplicht om het activiteiten niveau aan te passen aan tijd en niet aan pijn.



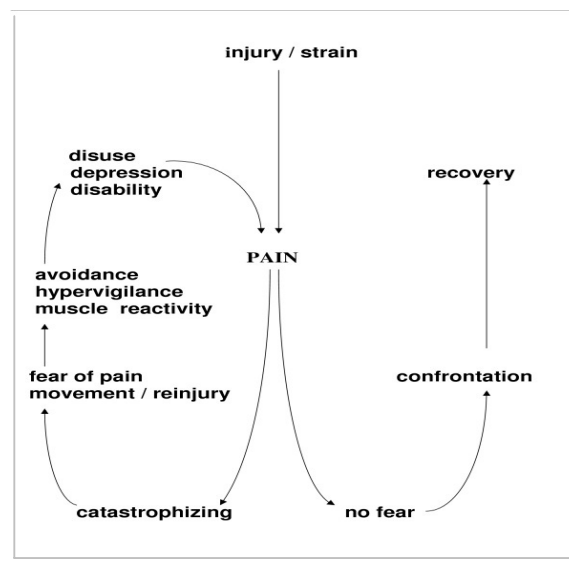
(Fig. 2)

Graded Exposure

Door middel van Graded Exposure worden de cognitieve processen van de chronische pijn patiënt geherstructureerd. De term cognitief beschrijft de manier waarop een patiënt pijn ontvangt interpreteert en relateert. Hierbij

speelt coping een belangrijke rol. Coping is een cognitieve of gedragsmatige inspanning die een persoon levert, om om te gaan met interne en externe eisen uit zijn omgeving, waarvan hij inschat dat die zijn middelen teveel belast. (Vlaeyen 2002)

Cognitieve processen zijn processen waarbij door de patiënt niet kan worden waargenomen of deze zich afspelen. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat bij chronische pijnpatiënten zich overeenkomstige cognitieve processen afspelen. Voorbeelden van deze cognitieve processen zijn pijnvermijding, catastroferen en bewegingsangst. Deze processen spelen een grote rol bij het in stand houden van pijn. Graded Exposure probeert deze cognitieve processen te herstructureren, door blootstelling aan de angst, waarbij de patiënt wordt geconfronteerd met zijn irrealistische gedachten. Het doel hiervan is dat het pijngedrag zal verminderen en het activiteiten niveau omhoog gaat.



(Fig. 3) Vlaeyen 'Pain' 1995

In het model van Vlaeyen worden deze processen schematisch weergegeven. De linker cirkel geeft de ontwikkeling van het cognitieve proces aan van de specifieke pijn patiënt met hevige bewegingsangst. De patiënt heeft ooit schade opgelopen, ervaart pijn, heeft een overdreven irrealistische interpretatie van die pijn en ontwikkelt bewegingsangst, waardoor vermijdingsgedrag ontstaat, met als gevolg een vermindering van functie.

De rechter cirkel in het schema staat voor de cognitieve processen die zich afspelen bij een 'normale patiënt'. Cognitieve herstructurering probeert de processen van de linker cirkel om

invloed hebben op het ontwikkelen van chroniciteit en dat dus cognitieve processen (catastroferen) een superieure rol spelen. De aanbeveling van de auteurs is dan ook dat catastroferen kan worden voorkomen door het geven van de juiste informatie en dat de aanpak van catastroferen de belangrijkste vorm van preventie van chroniciteit is (Van den Hout 2001). In het onderzoek van Vlaeyen (2002) rapporteerden veel ↑

patiënten dat zij voor de eerste keer een plausibele verklaring kregen voor hun pijn. Hieruit kan geconcludeerd worden dat educatie een zeer belangrijke rol speelt en dat de exposure minder belangrijk is. Dit is verder onderzocht in *Exposure or education as mediator* (De Jong 2005).

Variables	Treatment Sequence†	Group ABC	Treatment Sequence†	Group ABD
Fear of movement/(re)injury	BAS-EDU	0.024*	BAS-EDU	0.024*
	BAS-EXP	0.016*	BAS-OPE	0.013*
	EDU-EXP	0.097	EDU-OPE	0.776
	BAS-FU	0.037*	BAS-FU	0.037*
	EXP-FU	0.813	OPE-FU	1.000
Pain catastrophizing	BAS-EDU	0.024*	BAS-EDU	0.024*
	BAS-EXP	0.016*	BAS-OPE	0.013*
	EDU-EXP	0.016*	EDU-OPE	0.882
	BAS-FU	0.037*	BAS-FU	0.037*
	EXP-FU	0.292	OPE-FU	1.000
Fear of pain	BAS-EDU	0.024*	BAS-EDU	0.024*
	BAS-EXP	0.016*	BAS-OPE	0.013*
	EDU-EXP	0.016*	EDU-OPE	0.184
	BAS-FU	0.037*	BAS-FU	0.037*
	EXP-FU	0.500	OPE-FU	0.968
Current pain intensity	BAS-EDU	0.184	BAS-EDU	0.390
	BAS-EXP	0.677	BAS-OPE	0.197
	EDU-EXP	0.667	EDU-OPE	0.803
	BAS-FU	0.037*	BAS-FU	0.074
	EXP-FU	0.271	OPE-FU	0.161

* $P < 0.05$.

†The intervention point was determined randomly with a minimum phase length of 1.

A: Education, B: Graded Activity, C: Graded Exposure

BAS: Baseline, EDU: Education, EXP: Graded Exposure, OPE: Graded Activity, FU: Follow Up

Tabel 2 De Jong 2005

Vergelijking Graded Activity, Graded Exposure en Non Treatment

In dit onderzoek van De Jong (2005) blijkt dat educatie wel degelijk zorgt voor een vermindering van pijn gerelateerde angst en catastroferen, maar dat dit effect groter is bij behandeling met Graded Exposure.

Het doel van dit onderzoek was te onderzoeken welke interventie het meest effectief was in het verminderen van bewegingsangst, catastroferen en pijngerelateerde angst. Uit de cijfers van tabel 2, kan worden geconcludeerd dat de vooruitgang die werd geboekt met Graded Exposuresignificant groter was, dan de vooruitgang die werd geboekt tijdens de non treatment periode en de behandeling met Graded Activity. tijdens de one year Follow Up bleek dat de resultaten die waren geboekt alleen bij de Graded Exposure groep waren aangebleven.

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de effectiviteit van Graded Exposure bij lage rugpijn patiënten met substantiële bewegingsangst is bewezen. Vergelegen met de non treatment groep en de groep patiënten die door middel van Graded Activity werd behandeld, was Graded Exposure superieur in het verminderen van pijngerelateerde cognities en angsten. Hierbij trad ook generalisatie op in de mate van fysieke activiteit in de thuissituatie.

Om op deze conclusie door te gaan heeft Linton (2005) onderzocht of deze effecten ook op lange termijn zichtbaar bleven. Onderzocht is of mensen met specifieke lage rugpijn meer baad hadden bij Graded Exposure dan bij alleen educatie, op lange termijn.

De conclusie is dat Graded Exposure een effectieve manier kan zijn om verdere lage rugpijn te preventeren. De kwaliteit van

behandeling van chronische aspecifieke pijn effectief kan zijn als het doel van de oefentherapie is om het activiteitsniveau te verhogen. Als de fysiotherapeut adviezen geeft ter verlaging van het activiteitsniveau en een passieve therapie geeft, werkt hij chroniciteit in de hand, wat tot gevolg heeft dat de effectiviteit afneemt. Het toevoegen van specifieke therapie zorgt voor een vijfvoudige afname van chroniciteit.

Uit samenwerkingsverbanden tussen Geilen, Vlaeyen en het Revalidatiecentrum Hoensbroeck (2004) zijn theoretische modellen opgesteld. Een effectieve richtlijn voor een gedragsgeoriënteerde behandeling moet primair de onderdelen bevatten die in deze modellen zijn verwerkt. Zo bieden deze modellen ook ruimte voor secundaire verschillen.

Graded Activity

Het theoretische model (Geilen, 2004) voor de toepassing van Graded Activity ziet er als volgt uit:

Startfase:

Screenen op rode vlaggen (contra-indicatie) en persoonlijke en omgevingsfactoren die het pijngedrag beïnvloeden in kaart brengen.

Educatie:

Het belangrijkste doel van de educatie is om de patiënt te laten accepteren dat een pijngerichte aanpak niet werkt. Pijn is namelijk het gevolg van biopsychosociale interacties en niet een gevolg van schade. Het is belangrijk dat de patiënt zijn inzichten in het pijnprobleem veranderd.

Activiteiten kiezen:

De patiënt bepaald de drie tot vijf belangrijkste activiteiten waarop de behandeling zich gaat richten aan de hand van de Specifieke Patiënten Klachtenlijst (zie bijlage 3).

Basisniveaumeting:

Dit is het enige onderdeel van de behandeling dat pijncontingent is. De reden van stoppen met de activiteit wordt genoteerd.

Doelen per activiteit maken:

De fysiotherapeut helpt de patiënt bij het haalbaar inschatten van de doelen. Tussendoelen opstellen is ook mogelijk.

Afspraken voor opbouw:

De behandeling start op 75% onder de baselinemeting. De opbouw van de activiteiten heeft een lineair tijdcontingent verloop.

Behandelfase:

In de behandelfase maakt de fysiotherapeut gebruik van operante conditionering. Dit houdt in:

Positieve bekrachtiging van gezond gedrag, door middel van complimenten etc.

- Uitdoving pijngedrag: Fysiotherapeut geeft geen aandacht aan pijngedrag en bekrachtigd positief gedrag.

- Operante Graded Activity stelt een quotum vast voor dagelijkse activiteiten.

- Omgaan met pijngedrag: Het niet halen van een doel moet worden gezien als een leermoment.

- Generalisatie, zodat het geleerde ook in de thuissituatie en op de lange termijn wordt toegepast. Generalisatie kan worden verhoogd door functioneel trainen, de partner bij de therapie te betrekken en te variëren in bekrachtiging.

Graded Exposure

Het theoretische model (De Jong, 2004) voor de praktische toepassing van Graded Exposure bevat de volgende onderdelen:

Cognitief gedragsmatige diagnostiek:

Het doel hiervan is om informatie te verzamelen over kenmerkende eigenschappen van pijngerelateerde vreesacties bij chronische aspecifieke pijnpatiënten. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten. Dit zijn de Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (bijlage 4) en de Tampa Scale for Kinesiofobia (bijlage 5). Door deze vragenlijsten kan duidelijk worden gemaakt welke aspecten een rol spelen bij de pijnklacht waar de patiënt zich ernstig zorgen over maakt. De meeste patiënten hebben angst voor de pijn zelf, andere patiënten zijn niet bang voor de pijn zelf, maar voor de dreiging van (hernieuwd) letsel.

Semi-gestructureerd interview:

Het semi gestructureerde interview heeft als doel om te achterhalen welke fysiologische, cognitieve en gedragsmatige symptomen een rol spelen bij de pijngerelateerde vrees.

Het is belangrijk om in gedachten te houden dat patiënten zelden praten over vrees. Het interview wordt daarom aangepast aan de wijze waarop de patiënt zijn pijnklachten beleefd. Door te inventariseren welke invloed de pijnproblematiek heeft op het dagelijks leven kunnen de in stand houdende factoren van de pijnproblematiek worden geïdentificeerd. In stand houdende factoren zijn negatieve gedachten over activiteiten, de vermijding van deze activiteiten en de aandacht voor bedreigende signalen.

Ten slotte moet tijdens de diagnostiek worden bekeken of andere problemen geen

nog vaak de mate van pijn als uitgangspunt (Linton 2002 in Köke 2004). Onderzoek heeft echter aangetoond dat behandeling vanuit het biopsychosociale model door middel van Graded Activity en Graded Exposure het meest effectief is bij de behandeling van chronische aspecifieke pijn (Vlayen, De Jong, Linton 2005). Educatie van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol. Graded Activity moet worden toegepast bij patiënten met een matige vorm van bewegingsangst, terwijl Graded Exposure moet worden toegepast bij patiënten met een hevige vorm van bewegingsangst.

Ondanks dit bewijs, ontstaan bij toepassing van gedragsgeoriënteerde therapie nog veel complicaties. Dit heeft meerdere redenen. De huidige fysiotherapeuten die zijn opgeleid vanuit het biomedische model, hebben moeite om hun denkwijze aan te passen aan het biopsychosociale model. Het ontbreekt deze fysiotherapeuten aan theoretische kennis en praktische vaardigheden om in te spelen op de gecompliceerde psychische factoren, welke een rol spelen bij de instandhouding van pijn. Vandaar dat Graded Activity beter is toe te passen dan Graded Exposure in een mono-disciplinaire setting.

Graded Activity en Graded Exposure zijn ontwikkeld door multidisciplinaire pijnteam, waarin consensus bestond over de best te volgen therapie in individuele gevallen. De fysiotherapeut in de monodisciplinaire setting mist deze consensus met andere hulpverleners.

Om een effectieve gedragsgeoriënteerde therapie toe te passen, is er behoefte aan meer kennis over de toepassing bij individuele gevallen. Daarnaast speelt de bereidheid van de patiënt om mee te werken aan een gedragsgeoriënteerde therapie een belangrijke rol in de mate van effectiviteit.

In de acute fase van aspecifieke pijn kan educatie en zelfexposure een grote rol spelen in de preventie van chroniciteit. Daarom is het van belang om cognitief gedragsgeoriënteerde therapie ook toe te passen in de eerste lijn.

Aanbeveling

Aangezien Graded Exposure een cognitief-gedragsgeoriënteerde interventie is, is training in cognitief gedragsgeoriënteerde principes voor fysiotherapeuten een vereiste. Daarnaast is het sterk aan te bevelen dat er supervisie is van een psycholoog of psychotherapeut. De grootste reden hiervoor is dat een fysiotherapeut qua kennis en vaardigheden niet in staat is om cognitieve processen te herstructureren. Hoewel de effectiviteit van cognitiefgedragsgeoriënteerde therapie in de eerste lijn nog niet is bewezen, is het toch aan te bevelen om Graded Exposure toe te passen in de eerste lijn. Dit heeft verschillende redenen.

- Het is goed mogelijk om exposure in de acute fase van aspecifieke pijn toe te passen, in verband met de predictieve waarde van catastroferen.
- De opbouw van een cognitiefgedragsgeoriënteerde interventie blijft vrijwel gelijk tijdens het interview en de educatie. Deze twee onderdelen zijn qua vaardigheden en theoretische kennis goed uit te voeren door fysiotherapeuten.
- Verondersteld wordt dat zelfexposure het vermijdingsgedrag zal wegnemen in de acute fase. Om zelfexposure en ADL hervatting te bevorderen, worden huiswerk oefeningen meegegeven.

Tijdens het toepassen van cognitief-gedragsgeoriënteerde therapie in de eerste lijn kunnen de volgende complicaties optreden:

- Het diagnosticeren van aspecifieke pijn en het herkennen van pijngedrag is moeilijker in de eerste lijn, omdat het vermijdingsgedrag minder expliciet is en het pijngedrag nog niet is gegeneraliseerd.
- Bestaande fysiotherapeuten hebben zonder scholing te weinig communicatieve vaardigheden en theoretische kennis.

Als de fysiotherapeut bijgeschoold is in het toepassen van gedragsgeoriënteerde behandeling bij chronische aspecifieke pijn, zijn er nog steeds problemen waar ze tegen aan kunnen lopen, namelijk:

- Het is moeilijk om geen oplossingen aan te dragen als een patiënt een bepaalde activiteit niet kan uitvoeren.
- Fysiotherapeuten hebben moeite om niet te redeneren in termen van pijn en overbelasting.

Deze twee knelpunten ontstaan omdat de fysiotherapeut van oorsprong aangeleerd is

- Linton S. K. Boersma et al: *The effects of cognitive behavioral and physical therapy interventions on pain related sick leave*. In: Clinical journal of pain, volume 21, 2005
- Picavet H.S.J.: *Rubriek 'feiten en cijfers over fysiotherapie'. Landelijk onderzoek naar klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat: pijnprevalentie en angst voor bewegen bij lage rugpijn*. In: Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 116(5):125, 2006
- Pincus T et al: *Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: Directions for the future*. In: Spine, volume 27(5), 2002
- Roelofs J. et al: *Psychological treatments for chronic low back pain: past, present and beyond*. In: Pain reviews, 9:29-40, 2002
- Vlaeyen J.W.S. en J. de Jong et al: *The treatment of fear of movement/(Re)injury in chronic low back pain: Further evidence on the effectiveness of exposure in vivo*. In: Clinical journal of pain, 18: 251-261, 2002
- Vlaeyen J.W.S. en S. Morley: *Cognitieve-behavioural treatments for chronic pain- Wat works for whom?* In: Clinical journal of pain, volume 21(1), 2005

Bijlagen

Bijlage 1

Scorelijst naar Koes et al. (1991)

Auteur en jaartal	Linton, Nordin 2005	Van den Hout 2001	Staal 2003	Linton, Boersma 2005	Vlaeyen 2002
Soort artikel	Randomized Controlled Trial	Randomized Clinical Trial	Randomized Controlled Trial	Randomized Controlled Trial	Randomized Trial
Onderzoekspopulatie	30	20	24	18	11
Interventie	30	20	25	25	20
Effect	20	15	20	20	15
Datapresentatie en -analyse	10	10	10	10	10
Totaal score	90	65	79	73	56

Bijlage 2

	Definitie	Voorbeelden
Rode vlaggen	Rode vlaggen zijn tekenen/signalen van spinale problematiek die wijzen op een specifieke oorzaak van lage rugpijn. Deze rode vlaggen kunnen duiden op ernstige pathologie en vereisen aanvullende diagnostiek.	Progressieve pijn toename ondanks medicatie, nachtelijke pijn of neurologische uitval.
Gele vlaggen	Gele vlaggen zijn psychosociale factoren die kunnen wijzen op een verhoogde kans op voortbestaan of chroniciteit van lage rugklachten.	Bewegingsangst, catastroferende gedachten over pijn en problemen op het werk.

Tabel 1 KNGF-richtlijn:
Manuele Therapie bij Lage-rugpijn 2003

Bijlage 4
Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire

**FEAR-AVOIDANCE BELIEFS QUESTIONNAIRE – DUTCH VERSION
(FABQ-DV)**

Instructie

Hieronder volgen enkele uitspraken van mensen met rugpijn. Wilt u voor iedere uitspraak aangeven in welke mate lichamelijke activiteiten zoals bukken, tillen, lopen en autorijden uw **rugpijn** beïnvloeden door een getal van 0 tot 6 te omcirkelen.

0 = geheel oneens	2 = enigszins oneens	4 = enigszins eens	6 = geheel eens
1 = tamelijk oneens	3 = weet het niet	5 = tamelijk eens	

1	De pijn werd veroorzaakt door lichamelijke activiteit	0	1	2	3	4	5	6
2	Lichamelijke activiteit verergert de pijn	0	1	2	3	4	5	6
3	Lichamelijke activiteit zou mijn rugpijn kunnen schaden	0	1	2	3	4	5	6
4	Ik zou geen lichamelijke activiteiten moeten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren	0	1	2	3	4	5	6
5	Ik kan geen lichamelijke activiteiten uitvoeren die de pijn (kunnen) verergeren	0	1	2	3	4	5	6

De volgende uitspraken gaan over de mate waarin uw normale werk uw rugpijn beïnvloedt

6	De pijn is ontstaan door mijn werk of door een ongeval tijdens mijn werk	0	1	2	3	4	5	6
7	Door mijn werk is de pijn erger geworden	0	1	2	3	4	5	6
8	Ik heb een beroep gedaan op uitkering van ziektegeld vanwege de rugpijn	0	1	2	3	4	5	6
9	Mijn werk is te zwaar voor mij	0	1	2	3	4	5	6
10	Mijn werk verergert de pijn (of zou dat kunnen verergeren)	0	1	2	3	4	5	6
11	Mijn werk zou mijn rug kunnen schaden	0	1	2	3	4	5	6
12	Ik zou mijn normale werk niet moeten doen met mijn huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6
13	Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren met mijn huidige pijn	0	1	2	3	4	5	6
14	Ik kan mijn normale werk niet uitvoeren totdat de pijn wordt behandeld	0	1	2	3	4	5	6
15	Ik denk niet dat ik mijn normale werk binnen drie maanden zal hervatten	0	1	2	3	4	5	6
16	Ik denk niet dat ik ooit zal terugkeren naar mijn werk	0	1	2	3	4	5	6