

Verwachtingen, Verwachtingen, Erwartungen, Expectations, Expectativas, Aspettative, Attentes.

*Wat verwacht een chronische pijnpatiënt van het
revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum
Hoensbroeck?*

K.C.M. van Venrooij
M.H.P. Welters
Mei 2009

Verwachtingen, Erwartungen, Expectations, Expectativas, Aspettative, Attentes.

*Wat verwacht een chronische pijnpatiënt van het
revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum
Hoensbroeck?*

K.C.M. van Venrooij 2052032
M.H.P. Welters 2052273

Afstudeerbegeleidster: Y.M.C. Nelissen-de Vos
Praktijkbegeleider: A.J.A. Köke

Hogeschool Zuyd, Heerlen
Faculteit Gezondheid & Techniek
Opleiding Fysiotherapie

Mei 2009

Copyright © 2009

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

Voorwoord

Binnen de opleiding fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd, is het onderwerp (chronische) pijn uitgebreid aan de orde gekomen in het curriculum, te weten blok 2.4. De theorie met betrekking tot (chronische) pijn, zoals pijnmodellen, fysiologische aspecten en pijngedrag kwamen in dit blok aan bod. Ook hebben we daarbij een indruk gekregen van verschillende behandelingen die toegepast kunnen worden bij een (chronische) pijnpatiënt, te denken aan bijvoorbeeld een gedragsgeoriënteerde behandeling (Graded Activity, Graded Exposure etc.). Over deze behandelingen is al veel onderzoek gedaan, echter is er nog weinig bekend over de verwachtingen van een patiënt ten aanzien van de behandeling. In het werkveld is het ons ook opgevallen, tijdens onze eerste stageperiode, dat dit een grote patiëntengroep is. Door deze stageperiode en het curriculum is onze verwachting dan ook, dat als een patiënt een positieve verwachting heeft over de behandeling, dit effect zal hebben op het verloop van de behandeling en het resultaat. Vandaar dat het ons erg interessant lijkt om dit door middel van het afstudeerproject in kaart te brengen. Kortom: ‘Wat verwacht een patiënt met chronische pijn van de behandeling die wordt aangeboden in het Hoensbroeck revalidatiecentrum?’

Langs deze weg willen we ook een aantal mensen bedanken voor de hulp die we hebben gehad tijdens het maken van deze scriptie. Allereerst gaat onze dank uit naar de bereidwillige respondenten, die hun tijd en hun verhaal geheel vrijwillig ter beschikking stelden voor dit onderzoek. Daarnaast willen we de begeleidster van de Hogeschool Dr. Y.M.C. Nelissen - de Vos en de externe begeleider van Hoensbroeck revalidatiecentrum Drs. A.J.A. Köke bedanken. Tenslotte Dr. T. Schoot, voor hulp bij het beschrijven van methode en Dr. M. Goossens, voor hulp bij het literatuuronderzoek.

Kim van Venrooij & Mandy Welters

Heerlen, mei 2009

Samenvatting

Pijn waarschuwt een persoon om zich te beschermen tegen pijnveroorzakende en schadelijke prikkels, dan wel rust te gunnen aan beschadigde lichaamsdelen. Bij chronische pijn lijkt de pijn zijn nuttige signaalfunctie verloren te hebben.

Er kan dan voor een behandeling worden gekozen, zoals deze wordt aangeboden in het revalidatiecentrum Hoensbroeck. Uit literatuur is bekend dat de verwachting vooraf aan een behandeling invloed heeft op het resultaat. Vandaar de volgende vraagstelling.

‘Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten, die verwezen zijn voor het revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum Hoensbroeck, over zijn eigen rol, de inhoud/aanpak en het resultaat van de behandeling?’

De vraagstelling is beantwoord door opgenomen interviews met chronische pijnpatiënten, voorafgaande aan het revalidatieprogramma. Vervolgens deze uitgetypt te coderen en te analyseren. Enkele verwachtingen zijn als volgt: patiënten moeten een actieve rol innemen om te leren omgaan met pijn. Daarvoor zijn zowel fysieke als psychische onderdelen nodig. Het resultaat zal niet pijnvrij zijn, maar wel het kunnen omgaan met die pijn.

Een verschil in verwachting is te zien tussen patiënten die wel en niet de observatiefase hebben doorlopen. Patiënten, die wel de observatiefase hebben doorlopen, hebben een helderder beeld van de inhoud, de opbouw en het behandelteam van het revalidatieprogramma.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1 Pijn	1
1.2 Revalidatieprogramma revalidatiecentrum Hoensbroeck	2
1.3 Verwachtingen	5
1.4 Vraagstelling	12
2. Methode.....	14
2.1 Design.....	14
2.2 Onderzoekspopulatie	16
2.3 Dataverzameling.....	17
2.4 Data-analyse	18
3. Resultaten.....	20
3.1 Kenmerken respondenten	20
3.2 Resultaten voor de observatie	21
3.3 Resultaten na observatie.....	33
4. Discussie.....	42
4.1 Vergelijking resultaten en literatuur	42
4.2 Reflectie van het onderzoek	53
5. Conclusie	55
5.1 Vraagstelling	55
5.2 Aanbevelingen toekomstig onderzoek	57
Literatuurlijst.....	58
Bijlagen	60
Bijlage 1: Modulebeschrijving behandeling eerste drie weken	60
Bijlage 2: Modulebeschrijving vervolgbehandeling twee maal zes weken	61
Bijlage 3: Topiclijst.....	62
Bijlage 4: Informatiebrief Respondenten	63
Bijlage 5: Informed consent formulier	67
Bijlage 6: Overzicht verwachtingen respondenten.....	68

1. Inleiding

Om een vraagstelling te kunnen formuleren en te verduidelijken wordt in deze inleiding aan de hand van verschillende paragrafen een aantal onderwerpen beschreven. Allereerst komt het onderwerp ‘pijn’ aan bod. Daarna wordt beschreven wat het revalidatiecentrum Hoensbroeck en het revalidatieprogramma voor pijn inhouden. Vervolgens wordt weergegeven wat de term ‘verwachtingen’ inhoudt en wat daarover in de literatuur is gevonden. Tenslotte wordt de uiteindelijke vraagstelling beschreven.

1.1 Pijn

Uit een NIPO-onderzoek in 2000 is gebleken dat in Nederland 20% van de personen ouder dan 18 jaar last hebben van chronische pijn. Bij 60-plussers lag dit percentage zelfs op 28%. De gemiddelde klachtenduur was negen à tien jaar, waarbij het percentage vrouwen hoger was dan de mannen (60-40).¹ Dit is dus een grote patiëntengroep die je als fysiotherapeut tegen kunt komen.

Er zijn veel verschillende definities te vinden om pijn te beschrijven. Een speciale commissie van de International Association for the study of Pain (IASP) beschreef de volgende definitie:

‘Pijn is een onaangename, sensorische en emotionele gewaarwording die verband houdt met feitelijke of mogelijke weefselschade, of wordt beschreven in termen van weefselschade. Pijn is altijd subjectief. Ieder individu leert het woord pijn te gebruiken op basis van ervaring met weefselschade vroeg in het leven’ (Merskey 1991; orig 1979)²

Pijn is overweldigend, het eist alle aandacht van de persoon op en het verstoort zijn gedrag en gedachten. Ook is een persoon erop gericht de pijn te doen laten afnemen. Pijn is dus onaangenaam. Pijn is een sensorische gewaarwording ergens in het lichaam (waarbij fysiologische processen betrokken zijn). Aangezien pijn onaangenaam is, brengt het ook een emotionele ervaring met zich mee; pijn is dus subjectief.

Pijn kan ook optreden om beschadiging te voorkomen. Hierbij spelen de reflexen een belangrijke rol. Pijn waarschuwt een persoon om zich (actief) te beschermen tegen pijnveroorzakende en schadelijke prikkels, dan wel (passief) rust te gunnen aan beschadigde lichaamsdelen. Bij chronische pijn lijkt de pijn zijn nuttige signaalfunctie verloren te hebben.

Over een precieze definitie van chronische pijn verschillen de meningen. Vaak wordt pijn als chronisch beschouwd wanneer deze langer duurt dan zes maanden of als pijn langer aanhoudt dan de verwachte hersteltijd van de oorspronkelijke weefselbeschadiging. De rol van weefselbeschadiging

(nociceptie) kan bij chronische pijn variëren van duidelijk tot onduidelijk. Daarnaast zijn de psychologische en sociale factoren van invloed hierop.

Aangezien chronische pijn een lange duur kent, krijgen psychologische mechanismen, zoals leerprocessen de kans om hun invloed uit te oefenen.³

1.2 Revalidatieprogramma revalidatiecentrum Hoensbroeck

1.2.1 Revalidatiecentrum Hoenbroeck

Revalidatiecentrum Hoensbroeck richt zich op de diagnose, behandeling, scholing, training en re-integratie van mensen met verschillende soorten handicaps. Deze patiënten worden behandeld op één van de vijf afdelingen. Daarnaast bevat Stichting Revalidatie Limburg ook het Hoensbroeck Audiologisch Centrum, Hoensbroeck Centrum voor Arbeidsperspectief en Franciscusoord kinderrevalidatie, mytylschool en gehandicaptenzorg. Tevens is Stichting Revalidatie Limburg aangesloten bij Revalidatie Nederland.

Het revalidatiecentrum werkt ook mee aan wetenschappelijk onderzoek en opleiding en bijscholing van deskundigen binnen de revalidatie. Het Ontwikkelingscentrum Pijnrevalidatie stelt zorg op maat centraal. Patiënten met beperkte klachten worden behandeld binnen de eerste lijn. Als een intensievere behandeling vereist is of het gewenste resultaat niet wordt bereikt, worden ze doorverwezen naar de tweede- of derdelijns gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport rekent tot de taken van een ontwikkelcentrum voor pijnrevalidatie: het bieden van patiëntenzorg, het doen van onderzoek en het overdragen van kennis.

Wanneer iemand met chronische pijn uitbehandeld is in de eerste- en/of tweedelijnszorg en de klachten blijven bestaan, wordt vaak een indicatie gegeven voor het revalidatieprogramma in een revalidatiecentrum.⁴

1.2.2 Revalidatieprogramma

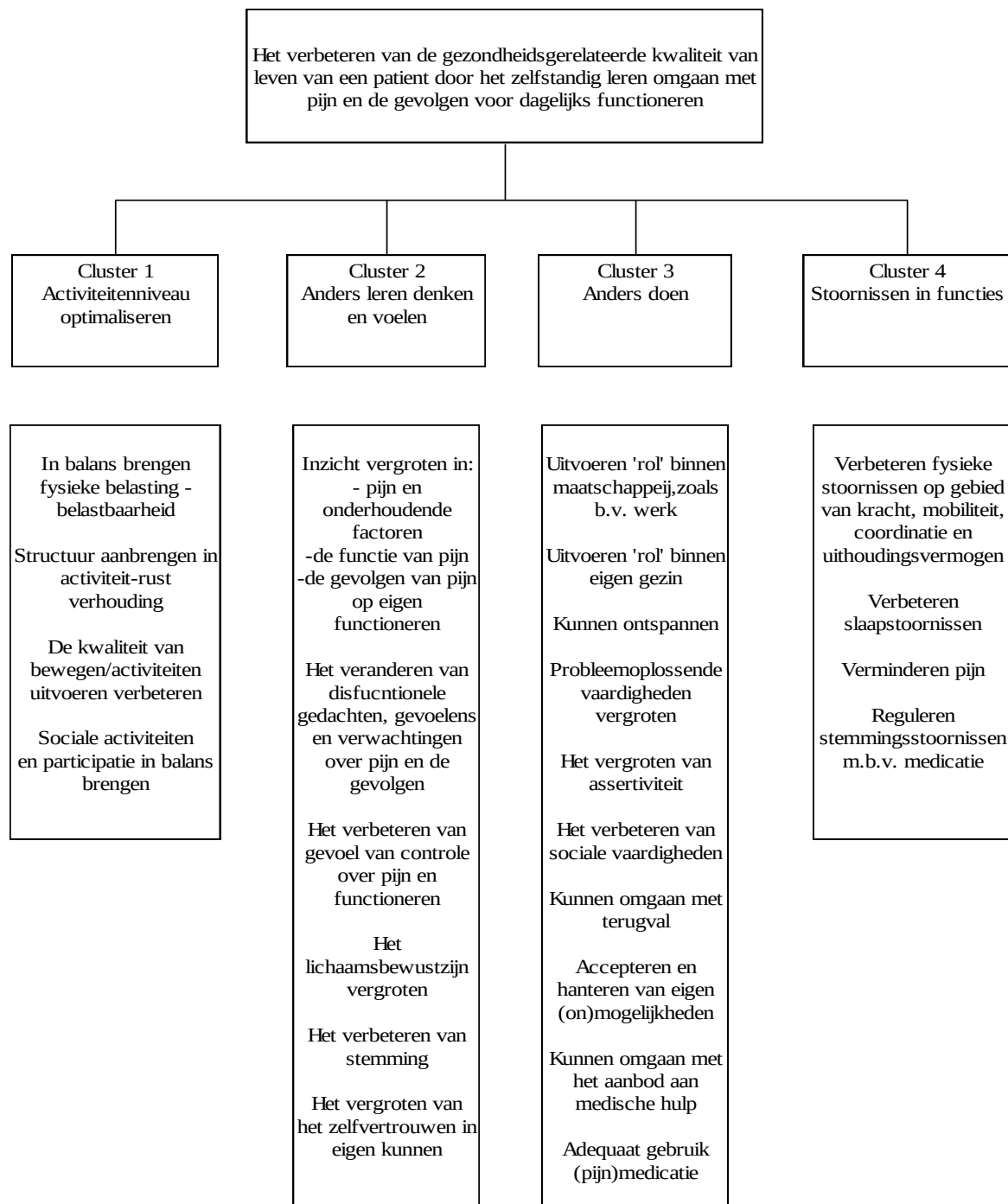
Het revalidatieprogramma is ontstaan in de jaren tachtig met als uitgangspunt het operante conditioneringsmodel; later zijn daar nog cognitieve modellen en/of theorieën aan toegevoegd, om de effectiviteit en kwaliteit van het programma te verbeteren. Het revalidatieprogramma past binnen de afspraken in het Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland; Pijn Kennis Centrum Maastricht (2005, A. Köke e.a.)⁵

De volgende definitie wordt gehanteerd voor het revalidatieprogramma:

‘Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, met als doel cliënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren’.⁶

Doelstelling van het pijnrevalidatieprogramma is het verbeteren van de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van een patiënt door het zelfstandig leren om te gaan met pijn en de gevolgen voor dagelijks functioneren.⁵

Onderstaand figuur geeft een overzicht van de verschillende onderdelen/domeinen waarop het pijnprogramma van het revalidatiecentrum zich richt.



Figuur 1. Overzicht doelstelling pijnrevalidatie⁶

Doelgroep voor dit programma zijn volwassen patiënten met disfunctioneren bij pijnklachten (A-specifiek/specifiek), zich uitend in functionele beperkingen van houdings- en bewegingsapparaat, langer dan zes weken bestaand en medisch stabiel. Sociale en psychische factoren spelen een zeer complexe, belangrijke onderhoudende rol. Verder is de patiënt bereid een actieve rol te spelen bij het vinden van een oplossing van het probleem.

Dit programma is niet geschikt voor mensen met de volgende contra-indicaties:

- Ernstige psychopathologie.
- Ernstige twijfel aan de veranderbaarheid van de patiënt(systeem).
- Beheerst de Nederlandse taal niet voldoende.
- De patiënt is niet in staat om voldoende tijd vrij te maken.⁵

Verder gelden de indicaties van de algemene indicatiestelling revalidatiezorg namelijk:

- De verwachte mate van herstel.
- De meervoudigheid van de aanwezige of te verwachten beperkingen en handicaps, gecombineerd met de complexiteit van de doelstellingen, in aanmerking genomen de levensfase en het premorbide niveau van functioneren van de patiënt.
- Leerbaarheid en trainbaarheid van de patiënt.
- De mogelijkheid dat de patiënt weer (op termijn) in een eigen, eventueel aangepaste, woonsituatie kan functioneren.⁷

Op dit moment worden 180-200 patiënten op jaarbasis gezien door het Revalidatiecentrum Hoensbroeck, waarvan er circa 125-150 de behandeling volgen.⁵

Binnen een pijnrevalidatieprogramma onderscheidt men vier fasen:

- Screeningsfase: eerste beoordeling of pijnrevalidatie geschikt is voor het pijnprobleem van de patiënt.
- Observatiefase: inventarisatie van het pijnprobleem en het opstellen van doelen en een behandelplan.
- Behandelfase: uitvoeren van het behandelplan; aanleren en toepassen vaardigheden
- Nazorgfase: begeleiden van de patiënt in het blijvend toepassen van aangeleerde vaardigheden op langere termijn.⁶

Het revalidatieproces is opgesteld aan de hand van de gedragsveranderingfasen van de patiënt. De stappen die worden gevolgd, zijn: kennismaking, gedragsverandermotivatatie, functionele analyse, doelstellingen bepalen, behandelplan uitvoeren, evaluatie voortgang en tenslotte de afronding van de behandeling.

De inhoud van de behandeling ziet er als volgt uit:

Voorafgaand aan de start van de behandeling ondergaat de patiënt een eerste kennismaking om de bereidheid tot verandering/open staan voor pijnrevalidatie te controleren en vervolgens een medische intake bij de revalidatiearts.

De start van de behandeling neemt de eerste drie weken in beslag. Deze hebben als doel het optimaliseren van de bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt en het analyseren van het pijnprobleem door het team. Er wordt gewerkt aan de hand van verschillende modules.

De vervolgbehandeling bestaat uit twee periodes van elk zes weken. In de eerste zes weken vindt er dagelijks behandeling plaats; in de tweede zes weken is dit nog twee maal per week. De inhoud van de behandeling wordt opgesteld aan de hand van de probleemanalyse, die eerder is gemaakt. Deze worden ook regelmatig geëvalueerd met het hele behandelteam.

Op basis van evidence uit wetenschappelijk onderzoek zijn er een aantal behandelmodules samengesteld. Een compleet overzicht van deze behandelmodules is terug te vinden in de bijlagen; bijlage 1 en 2. Aan het einde van de behandeling wordt aan de hand van besprekingen van het behandelteam een nazorgtraject opgesteld voor de patiënt. De inhoud is per individu verschillend. De behandeling wordt regelmatig geëvalueerd. Ook de effecten worden geëvalueerd met behulp van verschillende vragenlijsten; welke zijn afgestemd op de door de Landelijke Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie ontwikkelde core set Pijnrevalidatie.⁵

1.3 Verwachtingen

Om de meest relevante effecten van pijnrevalidatie te registreren bij een complex probleem als pijn heeft de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) en de Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie een aantal domeinen omschreven in een landelijke core set pijnrevalidatie. Deze zijn: pijn, fysiek functioneren, emotioneel functioneren, participatie (maatschappelijk/arbeid), hulpvraag/doelen patiënt, zorggebruik, ervaren effect/tevredenheid patiënt en negatieve gevolgen van de revalidatie behandeling.⁸ Binnen deze domeinen verwachten de behandelaren effecten van de revalidatiebehandeling of men verwacht dat vooruitgang binnen deze domeinen bijdraagt aan het eindresultaat. De vraag is echter of dit wel de domeinen zijn, die de patiënten ook als meest relevant aangeven. Ook kan worden afgevraagd of patiënten verwachten dat binnen de domeinen van deze landelijke core set de behandeling effectief is.

Om een beter beeld hierover te krijgen, is er een literatuurstudie naar verwachtingen van patiënten over behandelinhoud en/of resultaten van behandeling uitgevoerd. Vooraf is het belangrijk om te weten wat onder ‘verwachten’ verstaan wordt. Volgens de ‘van Dale’ betekent ‘verwachten’: denken dat (iets) zal gebeuren of willen.⁹ Vanuit deze betekenis van ‘verwachten’ is verder gegaan met het onderzoek.

Een aantal artikelen zijn verkregen door de externe begeleider Drs. A.J.A. Köke. Daarnaast is er gezocht in verschillende databanken, zoals PubMed, Cochrane Library, PeDro en DocOnline. Daarbij is ook hulp verkregen van dr. M. Goossens (Universitair hoofddocent Universiteit Maastricht/pijnonderzoeker). Er is op verschillende zoekwoorden geselecteerd zoals: Chronic pain, patient, expectations en beliefs en met de MeSH termen pain en pain clinics in de periode van 1990 tot en met november 2008. Op basis van deze zoekstrategie zijn drieënvijftig artikelen gevonden, waarna ook enkele artikelen zijn gevonden via de aangegeven gerelateerde artikelen. Op dat moment is geselecteerd op basis van titel. Na het lezen van de abstracts, zijn er dertien bruikbare artikelen gevonden. Tijdens het lezen van deze artikelen bleek dat er twee artikelen niet bruikbaar waren, aangezien de artikelen over medicatie gaan en dus niet aansluiten bij de vraagstelling. Om een goed overzicht te hebben, is de gevonden literatuur in een schema gezet. Nadat de artikelen in een schema waren verwerkt, bleek dat er zes artikelen waren gevonden die aansloten op de vraagstelling. De andere artikelen gingen over resultaten van bepaalde behandelingen of over meetinstrumenten en waren daarom niet geschikt. Van deze zes artikelen is een onderverdeling gemaakt. De eerste drie artikelen geven het belang aan van de verwachting van de patiënt over de inhoud en het resultaat van een behandeling. Een korte samenvatting van deze artikelen volgt hieronder.

- In de studie van Smeets, Beelen, Goossens, Schouten, Knottnerus en Vlaeyen (2004) is de factorstructuur onderzocht van de Credibility Expectation Questionnaire (CEQ) bij patiënten met chronische lage rugklachten door een bevestigende factoranalyse. Verder is er onderzocht of er een correlatie bestaat tussen het behandelingsvertrouwen en –verwachting en patiënten(karakter)eigenschappen. Daarnaast of het behandelingsvertrouwen en –verwachting zijn geassocieerd met de uitkomst van de revalidatie. Met de term behandelingvertrouwen wordt hoe geloofwaardig, hoe overtuigend en hoe logisch de behandeling lijkt voor de patiënt bedoeld. Behandelingverwachting refereert naar de verbeteringen die de patiënt denkt te behalen voor hem of haar persoonlijk.

De patiënten die meededen aan dit onderzoek komen uit drie verschillende revalidatiecentra in Nederland. De leeftijd ligt tussen de achttien en vijfenzeventig jaar. De klachten van de patiënten zijn aspecifieke lage rugklachten die langer aanwezig zijn dan drie maanden, tevens scoren de patiënten hoger dan drie op de Roland Disability Questionnaire en ze kunnen minimaal honderd meter lopen. De patiënten mogen tijdens het onderzoek wel medicatie gebruiken, maar geen andere behandeling verkrijgen.

De patiënten werden in groepen verdeeld van maximaal vier patiënten. In groep A zaten drieënvijftig patiënten, die drie keer per week dertig minuten aërobetraining op een fiets en vijfenzeventig minuten training voor kracht en uithoudingsvermogen van de lage rug- en bovenbeenspieren kregen. In groep B kregen achtënvijftig patiënten operante gedragsmatige Graded activity training en probleemoplossingstraining in drie groepsessies en maximaal zeventien individuele sessies van dertig minuten. Ook kregen de patiënten

huiswerkoefeningen en psychologische hulp van maatschappelijk werk of een psycholoog. Groep C kreeg hetzelfde als groep A alleen in combinatie met probleemoplossingstraining. Graded activity startte pas in de derde week met in totaal negentien sessies. De laatste groep, D, was de wachtlijst. Deze patiënten moesten alleen een vragenlijst invullen, één week voor de start van het programma en direct na de tien weken van het programma.

De uitkomst van deze studie was:

- De bevestigende factoranalyse ondersteunt een twee factorstructuur van de Credibility Expectation Questionnaire (CEQ) bij patiënten met chronische lage rugklachten. Deze factoren zijn behandelingsvertrouwen en –verwachting.
- Laag behandelingsvertrouwen was geassocieerd met hoger pijngerelateerde angst en lage interne controle van pijn.
- Behandelingsvertrouwen hangt significant samen met patiëntspecifieke kenmerken en tevredenheid.
- Lage behandelingsverwachting hangt samen met een hoger niveau van pijngerelateerde angst en geen uitstralende pijn.
- Behandelingsverwachting hangt significant samen met handicap en tevredenheid.

Globaal gezien is de behandelingsverwachting alleen een voorspeller in een actieve therapievorm (Groep A en C) en is een combinatie van actieve en passieve therapie een voorspeller voor behandelingsvertrouwen (Groep B).¹⁰

- Het doel van de studie van Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders en Evers (2005) is om te bepalen welke verwachtingen patiënten hebben van de behandeling en om na te gaan in welke mate verwachtingen over de behandeling een voorspellende waarde hebben voor de korte en lange termijn van cognitieve gedragsmatige therapie voor chronische pijnpatiënten. De doelgroep van het onderzoek zijn patiënten die verwezen zijn voor gedragsmatige revalidatie in revalidatiecentrum Hoensbroeck tussen 1992 en 1996. Patiënten behoorden tot de doelgroep wanneer deze gediagnosticeerd waren met chronische lage rugklachten en fibromyalgie. De leeftijd lag tussen de achttien en vijfenzeventig jaar. In totaal hebben honderdeenzeventig patiënten meegedaan, zevenennegentig patiënten met lage rugklachten en vierenzeventig personen met fibromyalgie, de duur van de klachten was gemiddeld tien jaar. 75% Van de patiënten was van het vrouwelijke geslacht, de gemiddelde leeftijd was tweeënveertig jaar, 78% was laag opgeleid, 8% was single op dat moment, 57% was arbeidsongeschikt voor achttien maanden.

De fibromyalgie patiënten werden ad random toebedeeld ofwel tot de wachtlijst (A) of een educatieprogramma met cognitieve coping vaardigheden training (B) of een educatieprogramma met aandachtscontrole (C). De patiënten met chronische lage rugklachten werden verdeeld over de wachtlijst (A) ofwel een programma bestaande uit operante gedragsmatige behandeling met cognitieve coping vaardigheden training (B) of een

educatieprogramma met aandachtscontrole (C). De patiënten kregen vragenlijsten over verwachtingen, die ze twee weken voor de start van het programma moesten invullen.

Daarnaast ook bij het begin, aan het einde van de behandeling en zes en twaalf maanden na de behandeling. Dit geldt voor alle groepen behalve voor de mensen van de wachtlijst, die kregen de verwachtingsvragenlijst niet. De verwachtingen werden gevraagd aan de hand van twee aspecten. Eerst een korte vragenlijst (met de drie onderwerpen: zal de behandeling bijdragen aan een betere omgang met de pijn voor de patiënt zelf?, zouden chronische pijnpatiënten betere omgang met pijn hebben door de behandeling?, is het leren van relaxen en concentreren een logische behandeling voor chronische pijn?). Daarnaast het intensiteitsniveau voor chronische pijn via een VAS schaal (puntscore: 1-10).

De resultaten op het gebied van de verwachtingen zijn als volgt:

- Patiënten die, voor de behandeling, dachten dat de behandeling hen zou helpen bij betere omgang met de pijn rapporteerden significante betere pijnomgang en –controle, hoger activiteitentolerantie en pijngedrag, minder catastroferende gedachten en negatieve emoties en ook een hoger gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven direct na de behandeling.¹¹
- Deze studie van Cipher en Fernandez (1997) bestudeert de contributie van vier verwachtingsgerelateerde variabelen ten opzichte van de tolerantie en de vermindering van pijn, pijnverwachting, respons verwachting (verwachte tijd van uithouding van pijn), zelf-effectiviteit verwachting en gevaarverwachtingen. Hierbij gaat het om experimentele pijn oftewel pijn die extra is opgelegd.

De doelgroep van deze studie zijn chronische pijnpatiënten van twee pijnklinieken in Dallas, Texas. De patiënten deden vrijwillig mee, hiervan zijn twaalf mannen en zevenentwintig vrouwen. Hiervan zijn zesendertig personen caucasian, twee hispanic en één persoon van een andere etnische groep. De gemiddelde leeftijd was 46,7 jaar met een niveau van educatie van veertien jaar. De meeste klachten van de vrijwilligers waren midden tot lage rugklachten, hoofdpijn, nek-schouderpijn en fibromyalgie

De patiënten kregen een vragenlijst met pijnvragen over de beïnvloeding van hun pijn op bijvoorbeeld het dagelijks functioneren op een 4 puntsschaal (wordt niet beïnvloed – aantal beïnvloedingen). Het ging erom dat patiënten hun hand in een bak met water (-1 tot +1 graad) moesten doen en van tevoren deze vragen moesten beantwoorden (vraag 1, 3 en 4 moest worden ingevuld op een 10 puntsschaal)

1. Hoeveel pijn verwacht u wanneer uw hand in het water is?
2. Hoelang verwacht u dat u uw hand in het water kan houden?
3. Hoe zeker bent u dat u die tijd gaat halen?
4. Hoeveel gevaar of schade denkt u te lopen tijdens deze oefening?

Daarna kregen ze de vraag om de hand drie minuten in het water te doen, met de vraag: ‘Hoe bereid bent u om dit te doen?’ Dit moest gescoord worden op een 11 puntsschaal (Niet bereid – volledig bereid).

Het uiteindelijke resultaat gaf aan dat de enige significante voorspeller voor pijntolerantie respons verwachting (verwachtte tijd van uithouding van pijn) was.¹²

De patiënten uit de verschillende artikelen komen voor een groot gedeelte overeen qua leeftijd, geslacht en klachten (vooral rugklachten en fibromyalgie). In twee artikelen komt naar voren dat pijngerelateerde angst samenhangt met de behandelingsverwachting. In beide artikelen wordt er data verzameld aan de hand van een vragenlijst. De therapievormen verschillen echter wel, aangezien in de studie van Smeets e.a. tevens gewerkt wordt met actieve therapievormen (lichamelijke beweging). In beide artikelen wordt gesproken over gedragsmatige therapieën. Er wordt echter niet concreet ingegaan op de daadwerkelijke inhoud/vormgeving van deze therapie. Hierdoor is niet aan te geven of hierover hetzelfde wordt gesproken. Om deze reden kunnen de verwachtingen worden beïnvloed.^{10, 11}

De onderstaande artikelen gaan over literatuur waarin is beschreven wat patiënten daadwerkelijk verwachten van een pijnkliniek.

- Allcock, Elkan en Williams (2007) hebben een onderzoek gedaan om te ontdekken hoe patiënten denken over hun pijn, hoe de emoties zijn op het moment van de verwijzing naar een pijnkliniek en hun verwachtingen.

De patiënten stonden op de wachtlijst van een ‘pain management service’ in een ziekenhuis in Engeland. Dit ziekenhuis biedt verschillende opties en services voor patiënten met chronische pijn voor verlichting van de pijn en voor het verbeteren van de kwaliteit van leven.

In totaal deden achttien patiënten, negen mannen en negen vrouwen in leeftijd variërend van zevenentwintig tot en met zesenzeventig jaar mee aan het onderzoek. Hiervan waren twee mensen werkeloos, elf mensen met pensioen, één iemand werkte en was alleenstaande ouder en vijf mensen hadden een baan waarvan één persoon op dat moment nog werkte. De klachten van deze patiënten waren als volgt: ‘failed back surgery syndroom’ (n=2), specifieke rugklachten (n=3), ‘failed back surgery’ (n=3), lage buikklachten na verwijdering van de baarmoeder (n=1), hoofdpijn (n=1), osteoarthritis van de knieën (n=1), ‘facial neuralgia’ (n=1), nek en schouderklachten (n=1), rug- en beenpijn (n=1) en lage rugklachten (n=4).

Er werden drie focusgroepen geïnterviewd. Deze patiënten hadden verschillende pijnklachten. De groepen bestonden uit vijf, zes of zeven personen. De personen werden geïnterviewd door een onafhankelijk persoon. De resultaten zijn als volgt:

- Veel patiënten vonden het moeilijk te zeggen wat ze wilden van de kliniek aangezien ze er niets van wisten.
- Als er doorgevraagd werd, wilden ze dat er iets gedaan werd voor de pijn.

- Eén persoon dacht te zijn doorverwezen, omdat ze was uitbehandeld.
- Eén persoon hoopte dat de kliniek zou helpen hem te motiveren om hem zelf te helpen.
- Andere patiënten dachten dat de aanwezigheid van andere patiënten zou helpen bij het gevoel van apartheid en depressie, welke zij voelden als ze thuis waren.¹³
- Een samenvatting van evidence van studies met rugklachten over de verwachtingen en tevredenheid van patiënten over de behandeling als onderdeel van een practice guideline development van Verbeek, Sengers, Riemens en Haafkens (2004). Deze heeft als doelgroep zowel acute en chronische patiënten. Er zijn 12 kwalitatieve en 8 kwantitatieve studies bekeken. De resultaten hiervan zijn:
 - Patiënten wilden weten wat de oorzaak was van hun pijn en wilden informatie en instructies. Ze verwachtten een goede diagnose, zodat ze konden bewijzen dat hun pijn echt is. Patiënten waren vaak teleurgesteld over het niet verkrijgen van een diagnose of het krijgen van een inadequate diagnose.
 - Acht studies gaven aan dat patiënten een instructie of advies verwachtten voor hun rugpijnmanagement. Dit gold vooral voor patiënten voor wie pijn coping een prioriteit was of voor patiënten met langere ervaring in het zorgsysteem voor hun pijn.
 - Patiënten waardeerden een vertrouwensband met de provider die goed communiceert en goed naar hen luistert. Dit heeft een positief effect op het resultaat van de behandeling.
 - Samenvattend is in deze review te lezen dat patiënten met rugklachten een diagnose/verklaring verwachten voor hun pijn, instructie en advies voor rugpijnmanagement, pijnvermindering en ziektecertificatie.¹⁴
- Petrie, Frampton, Large, Moss-Morris, Johnson en Meechan (2005) bestudeerden de verwachtingen van patiënten bij het eerste bezoek aan een pijnkliniek. Ze hebben gevraagd wat de meest tevreden en teleurstellende uitkomst zou zijn en of ze verandering verwachtten in medicatie. Daarnaast of ze verwachtten of er verder medisch onderzoek werd gedaan naar aanleiding van hun aanmelding.

Geïnccludeerd werden zevenenzeventig patiënten verwezen naar Auckland, Regional Pain Clinic, die de eerste verwijzing kregen en langer dan zes maanden chronische pijn ervaren. Hiervan waren tweeënveertig vrouwen, vijfendertig mannen, de leeftijd was gemiddeld 50.9 jaar (SD 16) en drieëntwintig patiënten ontvingen een uitkering. De gemiddelde duur van de klachten was zes jaar (SD 7.9). Op een tien puntsschaal over hun pijn gaven de patiënten gemiddeld een 7.9 (SD 1.7) aan. De klachten van de patiënten waren: rugklachten 20.3%, hoofd, nek, gelaat 23%, borst-thoracale pijn 6.8%, voet of knie 6.8%, buik 4.1%, meerdere pijnpunten 33.8% en andere klachten 5.2%.

De patiënten kregen een kort gestructureerd interview met open en gesloten vragen. Ze moesten een Pain Disability Index, een elf puntsschaal voor handicap in verschillende

domeinen en de Zung self-rating depression scale invullen. De resultaten zijn hieronder beschreven:

32.5% van de patiënten had geen verwachting. In de andere categorieën gaven de meeste patiënten aan dat ze een verklaring of verbeterd begrip verwachtten over hun pijnconditie. Hetzelfde aantal (32.5%) verwachtte een genezing of vermindering van hun pijn. Een klein percentage verwachtte een advies over het managen van de pijn en omgang met de pijn.

26% van de patiënten gaf aan dat vermindering en controle van de pijn, de meest tevreden uitkomst zal zijn. De daarna meest geuite positieve verwachting was een verklaring en verbeterd begrip van hun pijn en een complete genezing of ‘reparatie’ van hun pijn.

Een kleine groep gaf aan, dat het weten van de mogelijkheden van verbetering tevredenheid zou geven. Als de patiënten te horen kregen dat er niets meer aan te doen was, zagen de patiënten dit als de meest teleurstellende uitkomst van de pijnkliniek.

In dit artikel wordt niet beschreven wat de behandeling inhoudt van Regional Pain Clinic te Auckland. Hierdoor is het niet duidelijk of er pijnrevalidatie, pijnbestrijding of een andere behandelvorm wordt toegepast. De verwachting kan worden beïnvloed door de kennis van de patiënten over de pijnkliniek. Het is dus niet duidelijk op welke behandelingen de verwachtingen betrekking hebben.¹⁵

De patiënten uit de verschillende artikelen komen voor een groot gedeelte overeen qua leeftijd, geslacht en klachten (vooral rugklachten en fibromyalgie). Twee studies maakten gebruik van interviews om data te verzamelen.^{13, 15} Eén studie is een review, die verschillende onderzoeken beschrijft.

Om een goed overzicht te krijgen van de verwachtingen die patiënten dus daadwerkelijk kunnen hebben, zijn er een aantal samenvattende categorieën gemaakt naar aanleiding van de artikelen. Deze kunnen tijdens de dataverzameling extra worden benadrukt om een vergelijking te maken tussen de literatuur en dit onderzoek. Deze zijn:

- De patiënten hebben geen verwachting.^{13, 15}
- Patiënten verwachten pijnvermindering.^{14, 15}
- Patiënten verwachten gemotiveerd te worden.¹³
- Patiënten verwachten een verbeterd begrip of diagnose; om zo te kunnen bewijzen dat de pijn daadwerkelijk bestond.^{14, 15}
- Patiënten verwachten instructie of advies voor pijnomgang.^{14, 15}
- Patiënten verwachten een verandering van gevoel of een betere kwaliteit van leven.¹¹
- Patiënten waarderen een vertrouwensband met de behandelaren en dat deze goed communiceren. Dit heeft een positief effect op het resultaat van de behandeling.¹⁴

Deze categorieën zullen zeer specifiek verwerkt worden in het onderzoek, door deze tijdens de dataverzameling extra te benadrukken. Er wordt gekeken of deze categorieën ook in dit onderzoek naar voren komen.

Dit onderzoek onderscheidt zich van de bovenstaande literatuur, doordat er specifiek wordt ingegaan op het pijnrevalidatieprogramma van het revalidatiecentrum Hoensbroeck. Tevens wordt er niet alleen gevraagd naar de verwachtingen over de inhoud en het resultaat, maar zullen meerdere aspecten aan bod komen, zoals het behandelteam en dergelijke.

1.4 Vraagstelling

Er is al veel onderzoek gedaan naar de effecten van een bepaalde behandeling bij een chronische pijnpatiënt, maar er is nog weinig onderzoek naar de rol van de patiënt hierin en zijn/haar verwachtingen, over de daadwerkelijke behandeling en de opbouw en het team en dergelijke. Vandaar dat de onderstaande vraagstelling is opgesteld om hier meer inzicht in te krijgen.

‘ Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten, die verwezen zijn voor het revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum Hoensbroeck, over zijn eigen rol, de inhoud/aanpak en het resultaat (binnen welke domeinen) van de behandeling? ’

Om deze vraagstelling specifieker te kunnen beantwoorden zijn er ook een aantal subvragen geformuleerd. Deze zijn samen met de externe begeleider samengesteld:

1. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over diagnostiek?*
2. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de inhoud, oorzaak en uitleg e.d.?*
3. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de opbouw?*
4. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het behandelteam?*
5. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt van de afzonderlijke disciplines van het behandelteam? (Fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werk en revalidatiearts)*
6. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over zijn eigen bijdrage aan het behandelproces?*
7. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het resultaat/effect?*
8. *Op welke domeinen verwacht de patiënt effect?*
9. *Wat zijn deze effecten binnen de verschillende domeinen?*
10. *Wat zijn de overeenkomsten/verschillen tussen de verwachtingen van de patiënten die de observatiefase wel en niet hebben doorlopen?*

Er worden twee groepen patiënten onderzocht; patiënten die nog moeten starten met revalidatie en patiënten die een eerste observatiefase, van drie weken, hebben doorlopen.

Gekeken wordt of de patiënten na de observatiefase andere verwachtingen hebben dan patiënten die de observatiefase nog niet hebben doorlopen.

2. Methode

2.1 Design

Om bovengenoemde vraagstelling te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatief onderzoek uitgaande van de grounded theory.¹⁶ Een kwalitatief onderzoek is geschikt om de aard en de variatie van verschijnselen, ervaringen en belevingen te bestuderen.¹⁷ Bij dit onderzoek is het onderwerp vaag beschreven en er is weinig over bekend. Met behulp van dit onderzoek wordt het onderwerp in kaart gebracht c.q. verhelderd. Het onderzoeksprobleem omvat kwalitatieve vragen en er dienen kwalitatieve gegevens verzameld te worden om inzicht te krijgen in de verwachtingen van patiënten omtrent eigen rol, inhoud/aanpak en het resultaat van de behandeling binnen het revalidatieprogramma.¹⁸

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van individuele interviews met patiënten, die verwezen zijn voor het revalidatieprogramma. Deze methode wordt veelal gebruikt, als waarnemingsmethode wanneer de vraagstelling betrekking heeft op meningen en ervaringen.¹⁹ In dit geval gaat het dus om de verwachtingen van de patiënten. Door middel van de interviews kan er zeer specifiek doorgevraagd worden om op die manier de informatie te verkrijgen over de verwachtingen, welke belangrijk is voor het beantwoorden van de vraagstelling. Er is gekozen voor een semi-interview, omdat de vragen en antwoorden van te voren niet vastliggen, maar de onderwerpen wel. In de topiclijst staan deze in een logische volgorde weergegeven. Mocht het gesprek dit toelaten, dan kan eventueel ook van deze volgorde afgeweken worden.²⁰

Op het moment dat er een aantal individuele interviews afgenomen zijn, wordt de balans opgemaakt. Een precies aantal interviews kan nog niet gegeven worden, omdat de onderzoekers hierbij afhankelijk zijn van het patiëntenaanbod. Deze interviews worden dan uitvoerig uitgewerkt, bestudeerd en gecodeerd. Op deze manier ontstaat er dan een totaaloverzicht van informatie die tot dan toe is gevonden. Vervolgens kan dan gekeken worden wat nog belangrijke zaken zijn die nagevraagd kunnen worden bij de volgende reeks interviews. Ook kan misschien de keuze voor een bepaalde groep patiënten wat specifiekier gemaakt worden. Op deze manier wordt geprobeerd eventuele aanvullende, nieuwe informatie te verkrijgen over de verwachtingen van patiënten ten aanzien van het revalidatieprogramma.

Voor het opstellen van de topiclijst is gebruik gemaakt van de eerder beschreven literatuur in de inleiding. De indeling voor de topiclijst is gemaakt aan de hand van de onderzoeksvraag en de verschillende subvragen. Deze topiclijst is te vinden in de bijlagen; bijlage 3.

2.1.1. Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de afwezigheid van toevallige vertekeningen.²¹ Bij kwalitatief onderzoek wordt niet gewerkt met geheel voorgestructureerde instrumenten. Als onderzoeker ben je afhankelijk van toeval(ligheden) en moet je open staan voor onverwachte gebeurtenissen. Echter bij kwalitatief onderzoek moet ook duidelijk zijn waarop de onderzoeksconclusies gebaseerd zijn. Ze moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn.¹⁸

De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek kan op verschillende manieren gewaarborgd worden, namelijk door middel van niet-intrusieve waarneming, ‘geprotocoliseerd’ werken aan de hand van de topiclijst, onderzoekerstriangulatie, interviewsituatie, omgeving, documentatie en deskundigheid van derden.

Er is gebruik gemaakt van niet-intrusieve waarneming in de vorm van geluidsopnames. Hierbij worden de uitgesproken verwachtingen op geluidsband vastgelegd. Op deze manier wordt er niet alleen geregistreerd via aantekeningen. Daarnaast wordt bij de verschillende interviews steeds op dezelfde manier gewerkt. Dit principe wordt bij verschillende aspecten van het onderzoek toegepast. Hiervoor is de topiclijst opgesteld. Er wordt gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie, want afwisselend is één van de twee onderzoekers de hoofdinterviewer. Er wordt dan wel volgens dezelfde topics gewerkt om de gegevens te verzamelen.¹⁸ De interviewsituatie is ook van invloed op de betrouwbaarheid. Als tijdens een interview ‘toevallig’ de partner erbij aanwezig is, zullen de antwoorden misschien heel anders zijn, dan dat de patiënt alleen is. Er wordt dan ook gestreefd naar een individueel gesprek met de patiënt.²⁰ Daarnaast hebben de patiënten ook de vrije keuze om het interview af te nemen in het revalidatiecentrum of in de vertrouwde omgeving van de thuissituatie. Dit kan de antwoorden van het interview ook mogelijk beïnvloeden.

Alle informatie over het complete onderzoek wordt gedocumenteerd om voor derden inzichtelijk te maken hoe deze onderzoeksgegevens zijn ontstaan en hoe deze geanalyseerd zijn geworden. Hierdoor wordt tevens de herhaalbaarheid (repliceerbaarheid) vergroot. Dit wordt ook wel externe betrouwbaarheid genoemd.²¹

Daarnaast is er regelmatig contact met deskundigen over de opbouw van het totale onderzoek. Ook bij de analyse van de onderzoeksresultaten is gebruik gemaakt van deze deskundigen om de interviews te laten analyseren/coderen.

Op deze manieren is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

2.1.2. Validiteit

Validiteit is de aan- of afwezigheid van systematische vertekeningen van het onderwerp van onderzoek. Interne validiteit wordt opgevat als de mate waarin de methoden en technieken van onderzoek ervoor zorgen dat de resultaten en onderzoeksconclusies ook werkelijk het beoogde verschijnsel betreffen.²¹ Oftewel is er onderzocht, wat er beweerd werd te onderzoeken?

Om de validiteit te waarborgen werden open vragen gesteld en werden garanties ingebouwd, zodat de patiënt ook daadwerkelijk zegt wat hij/zij vindt. Dit gebeurt door middel van garantie voor anonimiteit, de patiënt de tijd geven en als interviewer geen oordelen vellen. Aan het einde van ieder interview wordt een samenvatting van het geheel gegeven. De patiënt is dan in de gelegenheid om commentaar te leveren op de voorlopige resultaten. Op deze manier kan vertekening tegen worden gegaan.

Externe validiteit is de mate van generaliseerbaarheid of verplaatsbaarheid van onderzoeksconclusies naar andere personen, situaties, verschijnselen en tijdstippen dan die van het onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek is het belangrijk te streven naar theoretische generalisatie, zodat de verworven inzichten inzicht kunnen geven in vergelijkbare groepen. Bij dit onderzoek wordt doelgericht bepaald welke kenmerken en situaties wel en niet bij de onderzochte groep voor moeten komen.²¹ De variabelen zijn geselecteerd aan de hand van theoretische overwegingen, die bekend zijn bij het revalidatiecentrum in Hoensbroeck. De geïnterviewde groep moet een afspiegeling zijn van de kenmerken en verdeling van kenmerken van de groep patiënten, die verwezen zijn naar het revalidatiecentrum. Indien nodig zullen de selectiecriteria van de onderzoekspopulatie gewijzigd worden, wanneer de analyse van de eerste gegevens aanleiding geeft om aan de onderzoekspopulatie nieuwe kenmerken toe te voegen.

Daarnaast wordt er toestemming gevraagd aan de patiënten voor deelname aan het onderzoek en speciaal voor het opnemen van het interview op geluidsband. Hiervoor is een Informed consent formulier opgesteld. Dit formulier is te vinden in de bijlagen; bijlage 5.

2.2 Onderzoekspopulatie

De doelgroep is de chronische pijnpatiënt die verwezen is voor het revalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum.

Op de volgende bladzijde zijn de inclusie- en exclusiecriteria te vinden, die gebruikt zijn voor de eerste selectie van patiënten om te interviewen. Deze zijn opgesteld aan de hand van de criteria voor deelname aan het revalidatieprogramma van Hoensbroeck en zijn vervolgens toegespitst op dit onderzoek.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
De patiënt is verwezen, aangemeld en staat op de wachtlijst van het HRC	De patiënt is begonnen met het revalidatieprogramma van het HRC
Patiënten die voor het eerst in aanraking komen met een dergelijk revalidatieprogramma als in het HRC	Patiënten die eerder hebben meegedaan aan een dergelijk revalidatieprogramma als in het HRC
Pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat	Contra-indicaties, zoals deze beschreven staan in de algemene indicatiestelling revalidatiezorg
Pijnklachten bestaan langer dan 6 maanden	Psychopathologie, die prevaleert boven de revalidatie-indicatie of revalidatiebelemmerend werkt
De patiënt is medisch stabiel	De patiënt beheerst de Nederlandse taal niet voldoende
Beperkingen in het functioneren	De patiënt heeft een ernstige vorm van enige depressie

Figuur 2. Overzicht in- en exclusiecriteria respondenten interview

Allereerst is de recrutering van patiënten afhankelijk van de beschikbaarheid van patiënten die op de wachtlijst staan voor het revalidatieprogramma. Om de validiteit te waarborgen wordt het onderzoek het liefst op een zo breed mogelijke populatie uitgewerkt.

Het is bekend dat er aan het revalidatieprogramma in Hoensbroeck meer vrouwen dan mannen deelnemen. Er zullen dus zeker ook mannen geïnterviewd worden. De meest voorkomende leeftijdscategorie is 40-55 jaar. Patiënten die buiten deze leeftijdscategorie vallen, worden daarentegen zeker niet uitgesloten. Daarnaast is ook bekend dat de meerderheid van de deelnemers laaggeschoold is. Na afloop van alle interviews kan beschreven worden of de uiteindelijke deelnemers representatief zijn voor de pijnpatiënten, die verwezen worden naar het Hoensbroeck revalidatiecentrum.

2.3 Dataverzameling

De patiënten op de wachtlijst worden benaderd aan de hand van een informatieve brief. In deze brief wordt de doelstelling van het onderzoek uitgelegd. De patiënten kunnen met behulp van het antwoordformulier aangeven of ze interesse hebben in deelname. De uitwerking van deze brief is te vinden in de bijlagen; bijlage 4.

Vervolgens worden de patiënten geselecteerd aan de hand van de opgestelde criteria. Deze patiënten worden door één van de twee onderzoekers persoonlijk, telefonisch benaderd. Hierin worden dan verdere afspraken gemaakt over afname van het interview.

Daarna wordt er gestart met de individuele interviews. Er worden zoveel interviews uitgevoerd tot er een inhoudelijke verzadiging ofwel saturatiepunt bereikt wordt.¹⁸ Een precies aantal is vooraf nog moeilijk aan te geven, met name door de afhankelijkheid van het patiëntenaanbod. De interviews nemen maximaal anderhalf uur tijd in beslag. De interviews worden steeds door twee onderzoekers afgenomen. Eén onderzoeker is de hoofdinterviewer en de ander schrijft mee en vult eventueel aan. De interviews worden afgenomen aan de hand van verschillende interviewvragen, gerelateerd aan de topiclijst. Aan het begin van ieder interview wordt kort uitgelegd wat de bedoeling is en dat duidelijk moet zijn dat er geen foute antwoorden bij dit interview mogelijk zijn. Elk onderdeel van het interview wordt kort ingeleid. Tijdens het interview wordt regelmatig samengevat wat de patiënt heeft verteld, dit om te controleren of de informatie die de patiënt geeft op de juiste wijze geïnterpreteerd is. De verkregen gegevens worden tenslotte anoniem uitgewerkt, bestudeerd en gecodeerd. Na afronding van het onderzoek worden de persoonsgegevens en de verkregen geluidsfragmenten van de individuele interviews vernietigd.

2.4 Data-analyse

Een kwalitatieve analyse is niet alleen een serie technieken of hulpmiddelen om gegevens te verwerken, bewerken en te ordenen (analyse in engere zin). Het gaat ook om reflectie op de eerder gestelde formulering van onderzoeksvragen, waarnemingsprocedures en ordeningscategorieën (analyse in bredere zin). Het zijn dus hulpmiddelen om het reflectieproces te sturen. Kwalitatief onderzoek heeft een open karakter, dat heel open begint en in de loop van het onderzoek steeds verder wordt uitgebreid. Perioden van waarneming en analyse worden constant afgewisseld en gestuurd door de resultaten voortdurend te reflecteren.²²

Na ieder interview worden de gegevens, die verkregen zijn door middel van de interviews verwerkt in WORD; deze worden compleet uitgetypt aan de hand van de verkregen geluidsopnamen. Op deze manier kunnen de antwoorden van patiënten geheel in hun eigen woorden uitgewerkt worden, eventueel aanvullend met eigen toelichtend commentaar. Dit betekent dus dat de kwalitatieve analyse plaats gaat vinden op de uitgeschreven versies van de interviews.²²

De kwalitatieve analyse bestaat uit waarnemen, selecteren en interpreteren. Het waarnemen van woorden en zinnen.²² Het selecteren, omdat de interviews gericht zijn op het beantwoorden van de vraagstelling. En het interpreteren, omdat de onderzoekers aan de hand van de complete tekst van de interviews, antwoorden op de vraagstelling en subvragen gaan formuleren in termen van het analytisch kader (begrippen/trefwoorden, interviewonderwerpen, variabelen).

Er wordt dan ook gestart met het open coderen van het eerste interview. Er worden zoveel mogelijk trefwoorden/codewoorden in de kantlijn geplaatst. Deze trefwoorden geven een bepaald onderwerp aan en wat daarover gezegd wordt. Dit proces levert een heel aantal trefwoorden op, die uitgewerkt zullen worden in een overzicht/tabel, zodat het achteraf ook makkelijker is om hetzelfde trefwoord

met elkaar te gaan vergelijken en de trefwoorden te kunnen gaan ordenen en groeperen rondom een centraal onderwerp.²²

Het coderen van alle interviews zal ook plaatsvinden door onafhankelijke onderzoekers. Dit zal gedaan worden door de interne begeleider Y. Nelissen- de Vos en externe begeleider A. Köke. Mocht het nodig zijn, dan kan aan de hand van al deze informatie het interview of de interviewvragen worden aangepast.

Bij de complete uitwerking van het tweede interview kan er vervolgens al meer gericht gecodeerd gaan worden. De toepasbaarheid van de trefwoorden kan getoetst worden. Dit zal veelal weer leiden tot aanscherping en herformulering van trefwoorden en er zullen ook nieuwe trefwoorden ontstaan. Op deze manier wordt de tabel met trefwoorden weer verder uitgebreid en zal er opnieuw ordening en groepering plaatsvinden.

Op deze manier zullen alle verdere interviews geanalyseerd worden. Na een aantal interviews wordt de balans opgemaakt. Er kan dan gekeken worden wat nog meer belangrijke zaken zijn die nagevraagd kunnen worden bij de volgende reeks interviews. Ook kan misschien de keuze voor een bepaalde groep patiënten wat specifieker gemaakt worden.

Als de analyse zicht heeft gegeven op belangrijke abstracte ordeningscategorieën, wordt het materiaal per eenheid geordend naar de belangrijkste aandachtspunten, om zo een profiel te maken van alle eenheden. Deze profielen vormen later het basismateriaal voor de vergelijkende analyse.²²

Wanneer voor alle centrale onderwerpen de variabelen/profielen zijn uitgewerkt, wordt het onderzoeksmateriaal vanuit een nu vaststaand analytisch kader gecodeerd. Dit wordt ook wel selectief coderen genoemd. Hiermee kunnen wederom overzichten en tabellen worden gemaakt, waarna er uitspraken gedaan kunnen worden over eventuele samenhang van variabelen.

Vervolgens kan antwoord gegeven gaan worden op de onderzoeksvraag en de subvragen. De resultaten zullen ook onderbouwd worden met illustraties uit onderzoeksmateriaal. Dit gebeurt bijvoorbeeld met citaten uit de verschillende interviews. Deze citaten worden goed ingeleid en de interpretatie ervan wordt duidelijk toegelicht, omdat anders de kans bestaat dat deze vanuit een ander perspectief gelezen worden.²² De gevonden patronen worden onderbouwd. Op deze manier kan dit kwalitatief onderzoek leiden tot formulering van een typologie. Deze zijn dan gebaseerd op verschillen en overeenkomsten die eerder in een overzicht/tabel zijn weergegeven. Ook kan worden nagegaan waarom sommige eenheden afwijken van het patroon. Hierbij kan ook gebruik worden gemaakt van eerder beschreven literatuur, die over dit onderwerp bekend is.²²

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

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit de interviews. Dit in relatie tot de vraagstelling. Het hoofdstuk is opgedeeld in twee onderdelen, namelijk de resultaten van respondenten voor de observatie in Hoensbroeck en de resultaten van respondenten na de drie weken observatie in Hoensbroeck. Allereerst wordt in paragraaf één kort ingegaan op de persoonlijke kenmerken van de respondenten voor en na de observatie. Vervolgens worden in paragraaf twee de resultaten weergegeven per topic van de respondenten voor de observatie. Tenslotte wordt in paragraaf drie ingegaan op de resultaten, wederom per topic, van de respondenten na de observatie.

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

Er kan gediscussieerd worden over de plaatsing van de uitgesproken verwachtingen van de respondenten bij de verschillende topics. Er is gekozen om de verwachting van de respondent te plaatsen bij de topic waarbij de vraag is gesteld. Zo kan het zijn dat een verwachting niet geheel aansluit bij de topic. Dit is gedaan om zo precies mogelijk aan te geven wat de respondenten verwachten bij de verschillende topics.

3.1 Kenmerken respondenten

De gegevens van de acht respondenten zijn overzichtelijk uiteengezet in een overzicht. Deze is hieronder weergegeven.

Respondent	Geslacht	Leeftijd	Partner	Kinderen /thuis	Vooropleiding	Arbeid	Klachtenduur	Lokalisatie
R1	Man	24	Nee	0	LBO	Nee	?	Rug
R2	Man	34	Ja	0	LBO	Nee	> 5 jaar	Artrose alle gewrichten
R3	Man	55	Nee	0	MBO	Nee	> 5 jaar	Fybromialgie
R4	Vrouw	53	Ja	2/2	MAVO	Nee	> 5 jaar	Rug
R5	Man	57	Ja	3/0	LBO	Ja	4 jaar	Rug
R6	Vrouw	57	Nee	1/0	HAVO	Nee	> 5 jaar	Rug
R7	Man	38	Ja	2/1	HBO	Nee	> 5 jaar	Rug
R8	Vrouw	45	Ja	0	MAVO	Nee	2 jaar	Knie

Figuur 3. Overzicht kenmerken respondenten

De onderzoekers interviewden in totaal acht mensen individueel, waarvan er vier nog niet de observatie hadden gehad in Hoensbroeck en vier wel de observatie. Zowel mannen als vrouwen werden geïnterviewd en er was diversiteit ten aanzien van veel kenmerken. Van de vier mensen die geïnterviewd zijn voor de observatie, waren er drie vrouwen en één man, variërend in leeftijd tussen achtendertig en zevenenvijftig jaar. Drie respondenten zijn in de thuissituatie geïnterviewd en één respondent in Hoensbroeck. Eén respondent was van Poolse afkomst (R6). Van de vier mensen die geïnterviewd zijn na de observatie, waren er alleen maar mannen in de leeftijd tussen vierentwintig en zevenenvijftig jaar. Twee respondenten zijn in de thuissituatie geïnterviewd en twee respondenten in Hoensbroeck. Alle hadden de Nederlandse nationaliteit. Zoals eerder genoemd was bij alle interviews afwisselend één van de onderzoekers de hoofdinterviewer. Bij geen van alle interviews was de partner cq. familie aanwezig. Gemiddeld duurde elke interview zestig minuten.

3.2 Resultaten voor de observatie

In deze paragraaf komen de resultaten van respondenten voor de observatie aan bod. Opgebouwd aan de hand van de verschillende topics, die gebruikt zijn bij de verschillende interviews.

3.2.1 Herkomst kennis

De respondenten hebben op verschillende manieren informatie ingewonnen over het revalidatieprogramma en het revalidatiecentrum. Respondenten zochten veelal via internet naar informatie (4,7,8) en bestudeerden de informatie die ze via het revalidatiecentrum ontvangen hadden (4,6,7).

R: "Bij de aanvraag zeg maar heb ik de website van Hoensbroeck doorgenomen en ook de folders die je krijgt toegestuurd van euh Hoensbroeck heb ik allemaal gelezen. Dan volgt eerste gesprek en toen heb ik nog eens de folder euh nog eens doorgenomen." (R7)

Er waren ook respondenten die reeds ervaring hadden met revalidatie, zowel elders als in Hoensbroeck (6,7).

R: "En ik heb zeker goeie ervaringen met euh Hoensbroeck. Ik heb andere kwaal, namelijk oorsuizen. Dat was ook schrik van leven, toen is dat begonnen."

I: "Ja"

R: "En dankzij euh programma, ook revalidatieprogramma bij audiologisch centrum in Hoensbroeck".

I: "Hoensbroeck"

R: "Ja....ik heb dat, maar ik heb dat geaccepteerd." (R6)

Daarnaast werden er ook nog ervaringen uitgewisseld met patiënten die al deelgenomen hadden aan het revalidatieprogramma in Hoensbroeck (4,8).

I: "Ja..Dus op die manier hoopt u dan wat extra informatie en duidelijkheid al te krijgen over het euh programma?"

R: "Ja. Ik heb wel euhm twee mensen gesproken die daar ook gezeten hebben en euhm ik moet zeggen die waren allebei vol lof..."

I: "Oké"

R: "En euhm die hebben ook euh de resultaten die ze verwachten euh heeft Hoensbroeck ook waargemaakt." (R4)

3.2.2 Diagnostiek

Bij alle respondenten is er een diagnose gesteld voor de klachten, die er bestaan. De patiënten zijn dan ook tevreden over de diagnostiek die ze tot nu toe gehad hebben naar de oorzaak van de klachten (4,7,8).

I: "U heeft net al kort verteld over de diagnose die er bij u gesteld is. Bent u tevreden over de onderzoeken die u daar tot nu toe voor gehad hebt?"

R: "Ja dat denk ik wel." (R4)

Eén respondent is daarentegen niet tevreden, omdat er bij haar een aantal fouten zijn gemaakt bij het stellen van de diagnose (6).

R: "Een jaar later op mijn eigen initiatief heb ik afspraak gemaakt met mijn orthopeed. En tot mijn verbazing kreeg ik dat ze diagnose van de huisarts was verkeerd geïnterpreteerd." (R6)

Twee respondenten verwachten in Hoensbroeck dan ook geen verdere diagnostiek. Eén geeft aan dat de diagnose al bekend is en de ander geeft aan meer behandeling/therapie te verwachten (4,8).

De andere twee respondenten verwachten juist wel nog verdere diagnostiek in Hoensbroeck. Eén verwacht dat er onderzoek gedaan zal worden naar zijn belastbaarheid en het mentale (psychische) vlak en de ander verwacht een duidelijker beeld te krijgen van de klachten in de vorm van een second opinion. Hierbij hebben ze geen verwachting over het soort onderzoek (7,6).

I: "Of der onderzoeken worden gedaan, of der euh diagnoses worden gesteld?"

R: "Nou ik denk dat ze mijn belastbaarheid gaan uitproberen de eerste periode."

R: "Maar ook mentaal zou ook wel prettig zijn."

I: "Verwacht u dat?"

R: "Ja."

I: "En wat moet ik me dan voorstellen bij mentaal?"

R: "Nou ja, je vader rol. Het is drastisch anders dan euh wat ik voor ogen had."

I: "Mhmm"

R: "Toen wij kinderen kregen. Ik ben vrij perfectionistisch. Maar ook de partner rol is dusdanig veranderd." (R7)

3.2.3 Inhoud van het revalidatieprogramma

De verschillende respondenten hebben heel uiteenlopende verwachtingen over de inhoud van het revalidatieprogramma. Alle respondenten verwachten een team van specialisten, dat hen zal ondersteunen bij het leren omgaan met pijn. Geen van de respondenten verwacht geheel pijnvrij te worden.

R: “Zonder twijfel een verwachting, dat ik niet wordt verlost van pijn.” (R6)

De één verwacht bij de inhoud meer informatie, adviezen en aangepaste oefeningen in de vorm van ontspanning, rust en bewegen (6), terwijl een ander meer gesprekken over lichamelijke en geestelijke toestand verwacht (8).

Als algemeen doel voor de revalidatie wordt het leren omgaan met pijn genoemd (4,6,7,8), het accepteren (6,8) en het oppakken van het ‘normale’ leven (4,8).

I: “Zou u een algemeen doel kunnen euh formuleren? Voor iedereen die naar het pijn revalidatieprogramma gaat.”

R: “Euhm. Leren omgaan met de pijn, denk ik.”

I: “Mhmmh. Wat verstaat u daaronder?”

R: “Dat je euh ... de pijn weerstand op je hele leven. Dat je daar euh beter mee om kunt gaan, maar dat je ook deels kunt uitschakelen dat je dat niet voelt. Door andere dingen ... euh ja bezig te zijn.” (R7)

Deze algemene doelstellingen kwamen ook overeen met de persoonlijke doelstellingen van de respondenten. Een respondent gaf nog als persoonlijke doelstelling aan om te leren omgaan met de veranderde vader- en partnerrol en verder de belasting te gaan opbouwen (7).

R: “Nou dat ik euh, minder tijd op bed door te brengen.”

I: “Mhmmh”

R: “En dan als iedere minuut, of kwartier of of wat dan ook is winst dus dan euh. Ik ben met 5 uur meer op zijn al vrij vol. Met euh als het 3 is of 4, ik lig nu al sinds euh 3 jaar, ja 22 à 23 uur op bed. Dus dat is vrij heftig.”

I: “Mhmmh”

R: “2 en een half à 3 jaar.”

I: “Dus u wilt een beetje de belasting opbouwen.”

R: “Ja, alles wat ik meer op bent is pure winst.” (R7)

Drie van de vier respondenten verwachten geen uitleg meer te krijgen over de oorzaak van de pijn; het heeft geen meerwaarde (4,7,8).

R: “Ik denk dat ik die uitleg allang gehad heb.” (R4)

Eén respondent verwacht wel nog uitleg te krijgen over de oorzaak van de pijn, maar heeft geen verwachting over de soort of inhoud van de uitleg (6). Een andere respondent geeft wel nog aan dat als er uitleg gegeven zou worden, dat hij verwacht dat de uitleg informatie over de symptomen bevat (7).

De respondenten hebben heel uiteenlopende verwachtingen over het leren omgaan met pijn. Eén respondent verwacht dat de pijn meer naar de achtergrond moet en dat er aandacht moet zijn voor de psyche. Om dit te leren is discipline nodig (4).

I: “Discipline denk ik sowieso. En dat je eens tegen jezelf kunt zeggen halt tot hier en nu niet verder. Dat je jezelf niet forceert.” (R4)

Twee respondenten verwachten dat het leren omgaan met pijn met name een acceptatieproces is (6,8), waarvoor weinig spanning oftewel ontspanning, controle, structuur en doorzettingsvermogen nodig is (6).

I: “Enne kunt u misschien nog aangeven waar u zelf aan moet werken om dat leren om te gaan met de pijn?”

R: “... ..dat is dat is dat is belangrijkste zo min mogelijk spanning. Ennuh...dat is verdere om leven onder controle krijgen, maar als naast pijn en gezondheid klachten komt iets van buiten, dus brutaliteit van buiten dan stopt euhm deze structuur en en en met negatieve invloed. En dan euhm net als mijn is gebeurd, verliest men toch evenwicht en alles. Dat alle alle gebouw, ik voel me nu net in stukken, omdat die structuur bestaat niet. Ik kan mezelf niet vinden met functioneren, alles is ja rommelig. En en het is gewoon een pijn.” (R6)

Weer een andere respondent verwacht dat bij het leren omgaan met pijn de negatieve cirkel doorbroken wordt en dat de klachten zowel lichamelijk als geestelijk aangepakt moeten worden (8). Alle respondenten verwachten dat het leren omgaan met pijn wordt vormgegeven door gesprekken (4,6,7,8) die gevoerd zullen worden door een team van deskundigen (6,8), de psycholoog (4,7,8) of wel door gesprekken met lotgenoten (8). Eén respondent verwacht daarnaast ook nog meditatie of oefeningen met gedachtes (7).

I: “Ja, met meditatie of met bepaalde oefeningen. Dat je het in je hoofd kunt blokkeren.” (R7)

De respondenten hebben ook een uitspraak gedaan over de verwachtingen ten aanzien van therapievormen. Eén respondent verwacht bewegingstherapie bij fysiotherapie en ergotherapie, maar verwacht ook gesprekken met betrekking tot psychologie. Daarnaast verwacht ze ook dat verpleging een rol heeft. Over de inhoud van de therapievormen doet deze respondent geen uitspraken (4). Een andere respondent verwacht alleen nieuwe oefeningen, maar kan hierbij niet de inhoud van nieuwe oefeningen aangeven (6). Weer een andere respondent heeft een zeer specifieke verwachting en verwacht spierversterking en conditieverbetering (7). Tenslotte de laatste respondent, deze verwacht een dagprogramma bij verschillende therapeuten, waarbij iedere therapeut zijn eigen programma heeft (8).

I: “Therapievormen. Heeft u verwachting over verschillendevormen van de therapie? Hoe zal de therapie vorm gegeven worden?”

R: “Ik denk dat het euh ’s morgens zal beginnen en het zal aan het eind van de middag wel euh eindigen. En daar in die tussentijd zal je euhm...met euhm..psycholoog euhm ergotherapeut met fysiotherapeut...met mensen die euhm die zullen wel een dagprogramma hebben.” (R8)

3.2.4 Opbouw van het revalidatieprogramma

De respondenten hebben verschillende verwachtingen over de opbouw van het revalidatieprogramma. Drie respondenten geven aan dat er gestart wordt met een observatiefase (6,7,8) en dat er aan de hand van deze informatie een persoonlijk dagprogramma samengesteld gaat worden (4).

I: “Je hebt eerst drie euh observatieweken dan en waar ik nou vandaag mee gestart ben en euh aan de hand daarvan kunnen ze eigenlijk een programma samenstellen wat bij je aansluit. Op ja wat voor jouw eigenlijk belangrijk is. En dan euhm gaan ze aan de hand van wat daar uit komt, gaan ze een programma, een revalidatieprogramma samenstellen en dat is voor elk persoon verschillend. Dus euh...” (R4)

Een andere respondent verwacht bijvoorbeeld geleerd te krijgen hoe ze het beste haar knie kan belasten. Ze verwacht eruit te halen wat erin zit met betrekking tot de beweeglijkheid van haar knie (8). Eén respondent geeft aan dat er gekeken wordt hoe iemand in elkaar zit en dat er geleidelijk opbouwend grenzen verlegd gaan worden (7).

Tenslotte is er één respondent die helemaal geen verwachting kan aangeven over de opbouw van het revalidatieprogramma, omdat ze hier nog te weinig informatie over heeft (6).

Drie van de vier respondenten gaven aan geen voorkeur te hebben voor een individuele behandeling of een behandeling in groepen (4,6,8). Twee respondenten gaven hierbij wel aan dat het afhankelijk was van de soort therapie. Fysiotherapie met bewegen bijvoorbeeld in een groep, maar een gesprek met een psycholoog eerder individueel (4,6).

I: “Ja..oké. En euh tijdens de behandeling in Hoensbroek wordt deels gewerkt in groepen, maar ook individueel. Heeft u daar bepaalde verwachtingen over?”

R: “Dat heb ik gekregen van psycholoog. Dat dat is nou intiem of euh zelfs dat wordt individueel, maar de rest komt met groepen. Goed, Ik vind goed.” (R6)

Eén respondent verwacht dat de behandeling meer individueel zal zijn en geeft hier ook de voorkeur aan. Er zijn wel mensen in de omgeving, maar iedereen doet zijn eigen programma (7).

De respondenten deden vervolgens ook uitspraken over de verwachtingen van het contact met andere patiënten c.q. lotgenoten. Twee respondenten hadden positieve verwachtingen over het contact met andere patiënten (6,8). Het is interessant (6), je kunt leren van je lotgenoten (8) en ervaringen uitwisselen (6). Eén respondent gaf ook nog aan zich eenzaam te voelen met de pijn en mede daarom contact met andere patiënten erg fijn te vinden (6).

R: “Dat dat dat zou ik fijn vinden. Omdat ik ben alleen en en met die pijn en dat gevoel euhm ja daar zijn anderen. En oké ik kan relaties van andere pijnpatiënten lezen, maar dat is anders als ik heb contact met mens.” (R6)

Eén respondent was wisselend over zijn verwachtingen met betrekking tot het contact. Negatief aan contact met andere patiënten vond hij dat er vaak ‘klagers’ waren en daar had hij geen zin in, dat drukt je naar beneden (7). Hij ziet echter ook positieve kanten aan het contact, omdat je steun van elkaar hebt en je aan elkaar kunt optrekken. Hij maakt zelf een schifting tussen de verschillende patiënten waarmee hij contact wil hebben (7).

De respondenten hadden ook verwachtingen over de duur van het revalidatieprogramma. Drie respondenten gaven aan dat het programma begint met een observatie (6,7,8). Eén van deze respondenten gaf hierbij ook nog aan dat deze observatie drie weken in beslag neemt (6). De verwachtingen over de totale duur van het programma lopen zeer uiteen. Eén respondent verwacht een totale duur van 20 weken (8), een andere verwacht drie tot zes maanden (7). Weer een andere respondent verwacht een totale duur van 15 weken en geeft hierbij aan dat het eerst drie weken observatie zijn en dan twee maal 6 weken revalidatieprogramma (6). Bij één respondent heerst veel onduidelijkheid over de duur van het programma, omdat ze steeds weer andere verhalen over de duur van het programma hoort. Zij kan dan ook totaal geen verwachting uitspreken over de totale duur van het programma (4).

R: “En er werd mij dan verteld dat ik dan 3 maanden twee dagen per week moet komen en nu hoor ik vandaag dat er tussen de observatietijd en de eigenlijke revalidatie dat daar dan 3 maanden tot 4 maanden tussen kan zitten, voordat het eigenlijke begint en dat mensen dan nog euh 12 weken lang of of langer zeg maar 5 dagen per week hier zijn.”

I: “Euhhu.”

R: “En dat kan gewoon niet.....nee. Ze moeten mensen een beetje meer duidelijkheid geven, vind ik.”

I: “Oké. Over de duur?”

R: “Ja over de duur en de tijd ongeveer.....”

I: “Dus u heeft nu eigenlijk ook nog geen idee, hoe vaak, ja...frequentie per week?”

R: “Nee totaal niet. Nee, want je hoort zoveel verschillende verhalen.” (R4)

Alle respondenten hebben nog geen verwachting of de duur die ze aangeven voldoende zal zijn om hun doel te bereiken (4,6,7,8).

3.2.5 Team van het revalidatieprogramma

In het algemeen hebben de respondenten uiteenlopende verwachtingen over het behandelteam. Respondenten verwachten van het behandelteam begeleiding (8), de juiste ‘handvaten’ (8), maar verwachten ook dat ze veel kunnen leren van de deskundigen (4,8). Eén respondent verwacht allemaal verschillende therapeuten zoals: een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een psychiater.

Daarnaast geeft hij ook nog aan zwemmen te verwachten (7). Weer een andere respondent heeft weinig verwachtingen, maar verwacht misschien wel mensendieck therapie, omdat ze deze eerder ook

al eens had gehad. Ze verwachtte ook geen aparte disciplines, maar echt één team, zodat het probleem van verschillende kanten bekeken wordt (6).

R: "Wat ik vind, vind ik perfect. Het wordt één team, niet apart. Psycholoog, een arts, een therapeut dat en dat. Tot nu toe ben ik behandeld door...specialisten die apart proberen wat te doen. En die vind ik fantastisch, oké. Ik kom daar voor de programma dus, ik krijg met eenzelfde team te maken met verschillende therapeuten. Op een moment komt toch gezamenlijk euh gezamenlijk bijeenkomst en die kunnen elkaar iets vertellen over mijn geval. En inderdaad kunnen ze me beter helpen."

I: "Ja".

R: "Dat wordt iets gevonden, dat is niet alleen maar zo zo en zo. Nee dat wordt met meerdere ogen en met meerdere euh deskundigen bekeken."

I: "Ja".

R: "En dat verwacht ik, juist op deze manier.....van alle kanten kan mij kan men mij lijmen, want ik ben in stukken. Door...door...door deze beeld." (R6)

De respondenten spreken ook verwachtingen uit over het contact met de verschillende behandelaren. Twee respondenten verwachten dat het team open staat voor de patiënten (4,6). Daarnaast verwacht een respondent dat de band met het team goed is (4). Weer een andere respondent verwacht dat het team alles zal overleggen met de patiënt (6). Eén respondent verwacht dat gemaakte afspraken worden nagekomen door het team, dat er respect en eerlijkheid is. De respondent geeft hierbij aan dat ze dit in het voortraject gemist heeft en dat het contact met Hoensbroek heel rommelig was (8).

R: "En ik hoop ook wel de eerlijkheid en en het respect, hoewel ik dat nu in het voortraject heel erg mis."

I: "Ja...oké."

R: "En dat ik dat wel heel jammer vindt dat het op deze manier moet gaan."

I: "Ja"

R: "Dat ik altijd degene moest zijn die moest bellen en dat het dan euhm dat ik dan pas teruggebeld kan worden na een heel boos telefoontje, omdat die er dan wel is en die niet is.....Dus dat zijn niet zo handig is." (R8)

Tenslotte heeft één respondent als voorwaarde aan het team, dat ze in het begin van het programma de patiënt niet over de grens laten gaan, want dan kost het de respondent een aantal weken om daarvan te herstellen (7).

R: "Euhm ... ja ... wat voor, meestal eerst proberen ze mij over mijn grens te laten gaan, dat kost iedere keer een aantal weken, dat zou ik wel jammer vinden zeg maar. Want dan val je weer terug en dat is wel fijn als je je grenzen geleidelijk aan zou kunnen verhogen, dan eerst erover heen zeg maar en kijken wat het met je doet. Dan gaan we pas opbouwen of zo. Dat vind ik een nutteloze, zonde van me tijd." (R7)

Eén respondent verwacht dat de fysiotherapeut zich gaat richten op het bewegen (4). Een andere respondent geeft hierbij specifiek aan dat de fysiotherapeut de belasting gaat verhogen door middel van spierkrachtverbetering en conditieverbetering. Ook in de vorm van zwemmen, omdat je dan 'losser' kunt bewegen (7). Eén respondent kan geen specifieke verwachting uitspreken over de fysiotherapeut, omdat volgens haar iedere therapeut op zijn/haar eigen manier patiënten behandelt (6).

R: “Dat is net, euhm.....met met met dat is elke mens of euh jij bent fysiotherapeut, jij bent fysiotherapeut, maar jullie hebben toch andere manier van patiënt behandelen. Dus dat kan ik niet vast zeggen, die moet mij zo zo zo. Ik kan niet zeggen moet zo, die moet beginnen. Wat is goed voor mij...ja.” (R6)

Tenslotte spreekt een respondent een verwachting uit over de fysiotherapeut en ergotherapeut samen, namelijk dat deze behandelaren gaan kijken wat de mogelijkheden voor de behandeling zijn en vervolgens dingen aanleren, zoals bijvoorbeeld het leren belasten door middel van oefeningen. Deze respondent kon dan ook geen verwachting uitspreken over het verschil tussen de fysiotherapeut en de ergotherapeut (8).

Eén respondent kan niet echt een duidelijke verwachting uitspreken over de ergotherapeut, omdat ze niet precies weet wat een ergotherapeut inhoudt. Ze verwacht dat de ergotherapeut haar zal begeleiden bij de veranderingen, die ze in haar leven wil gaan creëren (4). Een andere respondent verwacht dat de ergotherapeut zich richt op het totaal en functioneren in het leven, bijvoorbeeld leren meer of minder aandacht aan iets te besteden (6). Tenslotte verwacht een respondent dat de ergotherapeut zich gaat richten op de dagindeling, bijvoorbeeld de tijd op een dag anders indelen, zodat je grenzen kunt verleggen bij activiteiten (7).

R: “ergo dat je de tijd die je op bent euh anders kunt gaan indelen, dat je daar ook grenzen in kunt verleggen in activiteiten.” (R7)

Eén respondent verwacht dat de psycholoog gaat onderzoeken/inventariseren hoe je in het leven staat, bijvoorbeeld de vader- en partnerrol en daarnaast dat de psycholoog het perfectionisme van de respondent kan afzwakken (7). Een andere respondent verwacht dat de psycholoog je in de goede richting kan wijzen, omdat iedereen alles anders ervaart (6). Weer een andere respondent verwacht dat de psycholoog zich gaat richten op het leren omgaan met pijn, omdat pijn een grote psychische invloed heeft op heel je manier van leven (4).

I: “De psycholoog....en op welke manier denkt u dat of waarom denkt u dat?”

R: “Omdat heel veel, die pijn heeft een heel grote psychische invloed op alles, op heel je manier van leven alles. Dus ik denk dat dat heeeel belangrijk is.” (R4)

Er is één respondent die geen onderscheid maakt tussen de psycholoog en de maatschappelijk werker en een verwachting uitspreekt over deze twee disciplines samen. Zij geeft aan dat lichamelijke klachten een verband hebben met de psyche. Zij verwacht van deze disciplines dat ze haar helpen om uit de negatieve cirkel te komen, omdat het niet lukt om er zelfstandig uit te komen. Daarnaast verwacht ze dat ze haar gaan leren hoe ze de klachten kan accepteren (8).

R: “En ik denk dat euhm, euhm de lichamelijke euhm klachten natuurlijk ook heel veel met het psychische te maken heeft. En euhm....ja ik ik ben niet euhm iemand die euhm.....bij andere mensen heel veel dingen blootlegt. Dus ik ben meer iemand ik probeer het wel zelf op te lossen en ik merk nu dat ik in de cirkel zit en dat ik het niet meer zelf op kan lossen en...”

I: “Ja”

R: “En welk gaatje ik ook probeer, ik word elke keer weer terug in die cirkel geworpen. En dat is het moeilijke om...euhm er alleen uit te komen.”

I: “Ja”

R: “En dat het natuurlijk niet erg is om de hulp te moeten vragen of krijgen van...psycholoog of of of maatschappelijk werker of weet ik...”

I: “Ja”

R: “Weet ik.... wie....dat maakt me niet zoveel uit.”

I: “Ja”

R: “Alleen.. dat ik het maar kan accepteren en dat accepteren dat is denk ik....voor mij het grootste dilemma als ik kan accepteren dat het zo is en dat ik aan mijn been een stukje beter kan gaan bewegen, dat dat dat het voor mij dan eigenlijk al het bepaalde resultaat heeft wat ik er van verwacht.” (R8)

Eén respondent heeft dezelfde verwachting van de maatschappelijk werker, als van de psycholoog, namelijk dat deze gaat kijken hoe je in het leven staat en dan wederom gericht op de vader- en partnerrol (7). Een andere respondent verwacht dat de maatschappelijk werker maatschappelijke zaken/verplichtingen kan regelen, zoals bijvoorbeeld de woning die van invloed is op het in stand houden van de pijn- en gezondheidsklachten (6).

R: “Nou in algemeen maatschappelijk werkers hebben iets wat euh naast euh naast euh ziektes en dat en wat, is er ook leven. Dus die kan eventueel helpen met euh regelen, nou ja gewoon ja totaliteit ja, verplichtingen ja. Ik ben een stuk ook van maatschappij ja, ik heb verplichtingen, ik heb mijn leven zelfs ja. Dus de situatie met mijn woning is ook euh heeft euh invloed heeft op mijn mijn euh pijn en gezondheid en zeker euh in de loop van die maanden en die korte maanden ik ben zo ziek geworden. En het is niks euh en dus ja die mensen die helpen met die problemen, dus..” (R6)

Tenslotte is er één respondent die geen verwachting heeft over deze discipline, omdat ze er nog nooit mee in aanraking is geweest en totaal niet weet waar deze zich mee bezighoudt (4).

Twee respondenten verwachten dat de revalidatiearts een coördinerende rol heeft en regelmatig overlegt met het team van specialisten (7,8).

R: “Ik denk dat die een hele coördinerende rol, die ook euh beetje een zo’n soort met zijn team van specialisten overleg mee heeft.” (R7)

Daarnaast verwacht één respondent dat de revalidatiearts het programma samenstelt en dat je op hem/haar kunt terugvallen als er problemen zijn (8). Een andere respondent verwacht dat de revalidatiearts een rol als algemeen arts heeft, want respondenten kunnen naast pijnklachten ook nog andere klachten hebben en al deze klachten hebben invloed op elkaar (6). Tenslotte is er één

respondent die geen verdere verwachting heeft over de revalidatiearts. Zij verwacht dat deze alleen de procedure opstart (4).

3.2.6 Eigen rol van de patiënt

Alle respondenten hebben een uitspraak gedaan over de eigen rol binnen het revalidatieprogramma. Alle respondenten verwachten dat ze een actieve rol zullen hebben (4,6,7,8). Eén respondent voegt hierbij nog toe dat je open moet zijn en je coöperatief moet opstellen (7). Weer een andere respondent geeft hierbij nog specifiek aan dat het belangrijk is om er voor 100% achter te staan (4).

R: “Nou ik denk wel dat je er voor 100% achter moet staan. Want ik denk als je dat niet doet, dat het dan helemaal geen zin heeft. Ik denk dat je dan alle hulp hier eigenlijk die geboden wordt aan moet euh grijpen ook en dat je er echt iets mee moet doen, want doe je dat niet ja dan ben je hier op de verkeerde plaats denk ik.” (R4)

Eén respondent heeft een uitgebreide verwachting over de eigen rol en verwacht naast een actieve rol, dat ze 100% inzet moet hebben, zich sociaal moet opstellen tegenover de groep, dat ze een kartrekker is en anderen kan stimuleren. Tenslotte verwacht zij ook dat ze huishoudelijke taken zal moeten doen, zoals koken en opruimen (8).

3.2.7 Resultaat van het revalidatieprogramma

In het algemeen hebben de respondenten positieve verwachtingen over het resultaat en effect van het revalidatieprogramma, alhoewel dit natuurlijk moeilijk aan te geven is, als je nog niet aan het programma begonnen bent.

Drie respondenten verwachten het grootste resultaat bij het accepteren van de klachten (4,6,8).

Daarnaast verwachten ze aan het einde meer te kunnen doen dan wat ze nu doen, hierbij te denken aan fietsen, lopen (4,8). Eén respondent verwacht dat de pijn naar de achtergrond gaat, dat ze zichzelf grenzen kan stellen, fysiek sterker is en misschien zelfs al wat kan werken in bijvoorbeeld de vorm van vrijwilligerswerk (4). Een andere respondent verwacht mobieler, stabiel en sterker te zijn (7).

R: “Een stuk mobieler ben, een stuk minder op bed lig en der anders mee om ga maar niet euh niet als vaste vorm geven van zoveel uur meer op zijn of zo. Meer euh zo grote, grote wandeling of zo.”

R: “Dan heb je sowieso meer reserves als je een goede conditie hebt en als je meer spieren hebt kun je meer opvangen.”

I: “Ja”.

R: “Dan is alles stabiel en sterker.” (R7)

Er is ook een respondent die een positieve toekomst verwacht, waarin ze uit de negatieve cirkel is en zich makkelijker kan ontspannen (6). Tenslotte is er nog een respondent die verwacht dat haar knieflexie verbeterd is in vergelijking met de start van het programma (8).

Alle respondenten verwachten dat de behandeling bij het revalidatiecentrum geen invloed zal hebben op de oorzaak van de klachten, want daar is niks meer aan te veranderen (4,6,7,8).

I: “Denkt u ook dat de behandeling invloed zal hebben op de oorzaak van de klachten?”

R: “Nee...nee, want de oorzaak is toch al gebeurd en daar kan niemand niks aan veranderen.” (R8)

De respondenten hebben verschillende verwachtingen over de invloed van het programma op de pijnklachten. Geen van de respondenten verwacht pijnvrij te worden. Twee respondenten verwachten acceptatie van de pijnklachten (6,8), waardoor de pijn anders wordt aangepakt en meer naar de achtergrond gaat (8). Twee andere respondenten verwachten dat ze leren hoe ze (anders) om moeten gaan met de pijn (4,6). Weer een andere respondent verwacht dat de pijn in intensiteit (sterkte) zal afnemen, doordat de hersteltijd sneller wordt. Dit door de verbeterde conditie en spierkracht (7).

I: “Oké. Zal de behandeling invloed hebben over de pijn klachten?”

R: “Ja.”

I: “Op wat voor manier?”

R: “Nou het euh in het begin behoorlijk afzien worden. Dat je dat je flink aan, extra aan de bak moet, waardoor de pijn ook tijdelijk euh ja fors zal toenemen.”

I: “In intensiteit of in duur?”

R: “... hoe bedoel je?”

I: “Intensiteit dat de pijn zeg maar erger word of dat de pijn langer aan houdt.”

R: “Ik denk beide wel, want je hersteltijd word, wat vaak nu een paar dagen is, minder rekening mee worden gehouden dan word het wel, lig toch wel vaak.”

I: “Ja.”

R: “Als er dan fors overheen word gegaan, ja dan moet je daar door heen. Moet je doorstaan en dan zul je uiteindelijk de vruchten daarvan plukken. Dus ik ga er van uit, het zijn allemaal gestudeerde mensen, die weten waar ze het over hebben.”

I: “Dus uiteindelijk zal de pijn in intensiteit, de sterkte ervan af nemen, maar ook de hersteltijd zal euh..”

R: “Die zal afnemen als je een betere conditie hebt. Dan heb je sowieso meer reserves als je een goede conditie hebt en als je meer spieren hebt kun je meer opvangen.” (R7)

Alle respondenten verwachten dat het revalidatieprogramma van invloed zal zijn op het dagelijks functioneren. Eén respondent verwacht dat het functioneren in het algemeen beter zal worden dan dat het nu is (8). Drie respondenten verwachten actiever te worden met huishoudelijke taken (4,6,7).

I: “En verwacht u dat de behandeling invloed zal hebben op uw dagelijks functioneren? Net al een beetje....”

R: “Dat hoop ik wel ja, haha.”

I: “En op welke euh dingen denkt u dan voornamelijk?”

R: “Dat ik gewoon weer zelf euh mijn huis kan stofzuigen en euhm ja.....dat ik zelf weer dingen kan doen, lekker in de tuin bezig zijn. En euh ja.....” (R4)

Eén respondent geeft hierbij wel aan dat dit alleen kan verbeteren, als haar woonsituatie verandert. Want de woonsituatie is van invloed op het in stand houden van de negatieve cirkel. Ze zal deze huishoudelijke taken dan ook gebruiken als afleiding voor de pijn (6). Tenslotte geeft een respondent ook nog aan dat hij verwacht/hoopt actiever te worden in het gezinsleven (7).

Ook zal het revalidatieprogramma volgens de verwachtingen van de respondenten van invloed zijn op de emotionele toestand. Twee respondenten verwachten dat ze zichzelf bloot moeten geven en moeten leren om hun gevoelens te durven uiten (4,8). Eén respondent verwacht dat zijn humeur beter zal worden en dat je meer van dingen kunt genieten, als je anders met de pijn om kunt gaan (7). Tenslotte is er nog een respondent die verwacht dat ze verstandiger is, dat ze meer zelfvertrouwen zal hebben, en meer zichzelf zal zijn (6).

I: "Ja en verwacht u dat de behandeling ook invloed zal hebben op uw euh emoties, uw emotionele toestand?"

R: "Ja"

I: "Op welke manier denkt u dat?"

R: "Euhm....wat ik wil, ik word verstandig en door die gebeurtenissen van vorig jaar ben ik mijn zelfvertrouwen kwijt. En euh zelfs nadat ik euh gesprek met met euh psycholoog. Ik ben in stukken, emotioneel ik ben kapot plus nog extra gezondheidsklachten die zijn toegenomen en nog wat. En ik heb mijn zelfvertrouwen verloren."

I: "Ja"

R: "En dat is, dat is vreselijk. Dat ben ik...ja.....ik wil, ik wil, ik wil gewoon mezelf zijn."

I: "Ja en verwacht u dat ze daar in euh Hoensbroek iets mee kunnen?"

R: "Ja"

I: "Oké"

R: "Dat verwacht ik zeker. Dat heb ik nu nog nodig om toch...euh om toch euhm ja..om toch verder te gaan."

I: "Ja"

R: "En en dat is klaar. Als men deze kracht niet hebt, dat zijn vermogen, dat is kracht. Dat is belangrijk, ja dat is basis." (R6)

Alle respondenten geven aan dat de sociale contacten verminderd zijn door de klachten. Ze verwachten dan ook allemaal dat het revalidatieprogramma van invloed zal zijn op de sociale contacten en dat de sociale contacten dan ook toe zullen nemen en verbeteren (4,6,7,8). Twee respondenten hopen dat ze misschien weer kunnen gaan werken, eventueel vrijwilligerswerk, waardoor de sociale contacten zullen toenemen (4,6). Eén respondent verwacht zelfs dat het contact met lotgenoten van het revalidatieprogramma ook na het programma zal blijven bestaan (8).

I: "Wat denkt u dat het revalidatieprogramma invloed zal hebben op het sociaal functioneren? Omgaan met anderen, sociale contacten?"

R: "...ja ik denk wel dat je ja, dat je ook....dat soort dingen beter leert. En ik ben er ook van overtuigd als je in een groep bent en euhm dat als je zolang met mensen samen euh bent dat er zeker euhm contacten blijven hangen."

Eén respondent geeft aan dat zijn vaderrol zal verbeteren en hij minder afhankelijk zal worden van bijvoorbeeld zijn moeder (7).

De nu volgende toelichting bij de resultaten van de respondenten voor de observatie heeft niet direct betrekking op één van de topics. Twee (vrouwelijke) respondenten gaven aan dat ze het confronterend vonden dat in veel brieven, die ze van het revalidatiecentrum in Hoensbroeck kregen, wordt gesproken over de partner van de patiënt. Er vanuit gaande dat iedere respondent een partner heeft. In het geval van deze twee respondenten is er geen partner. Ze vinden dit niet professioneel. (6,8)

R: “Ja hier staat, een confronterende is, dat is is altijd fijn als euh directe omgeving betrokken is. Nou ja helaas ik ben alleen. En dat ben ik uit vorige ja, is van belangrijk dat mijn partner aanwezig is. Nou helaas ik ben hartstikke alleen.”

I: “Ja”

R: “En dat is pijnlijk. Het is standaard optie. Ik ben alleen en door de jaren ook. Alleen met pijn. Dus die pijn, soms die ik heb, we zijn samen met pijn. En ik had die pijn onder euh controle en nu de laatste periode pijn beheerst mijn leven.” (R6)

3.3 Resultaten na observatie

In deze paragraaf komen de resultaten aan bod van respondenten die geïnterviewd zijn, nadat ze de observatiefase hebben doorlopen. De resultaten zijn weergegeven aan de hand van de verschillende topics, welke zijn gebruikt tijdens de verschillende interviews.

3.3.1 Herkomst kennis

Door de observatiefase werd veel kennis opgedaan over het revalidatieprogramma, dit was kenmerkend voor alle respondenten (1,2,3,5).

I: “Nou euh ik had der van te voren euh niet, niks van, niets van gehoord. Ik wist helemaal niet euh dat dat zo ging. Ik, ik heb der kennis mee gemaakt in die drie weken observatie, dat vond ik euh hartstikke intensief.” (R5)

Daarnaast werd er informatie ingewonnen door het gebruik van internet (3).

R: “Ja ik heb euh het internet afgestruind natuurlijk iedereen dat euh met vragen over het een of ander en...”

I: “Welk een of ander?”

R: “Mijn pijnklachten zijn euh afkomstig van fibromyalgie enfin er zijn hier meer mensen met die euh aandoening en dat is gewoon niet door de wetenschap erkend als zijnde een ziekte. Maar ja ... men heeft er toch last van en hier word de mens geleerd en mee om te kunnen gaan.” (R3)

3.3.2 Diagnostiek

Bij alle respondenten is een diagnose gesteld voor de klachten die bestaan. Drie van de vier patiënten zijn ontevreden over de onderzoeken die zijn gedaan (1,3,5). Aangezien de onderzoeken en diagnoses nog veel vragen oproepen.

I: “Nee, daar ben ik niet tevreden over want zoals ik al aan gaf de de dieperliggende oorzaak is nooit gevonden en dan komt de ... diagnose fibromyalgie maar dat is eigenlijk een alles omvattend ... we weten het niet.” (R3)

Eén van de respondenten is tevreden over de onderzoeken voorafgaande aan de deelname aan het Hoensbroeck revalidatieprogramma. Ook al is nu bekend waar de klachten vandaan komen, de respondent is niet tevreden, omdat hij altijd pijn heeft (2).

R: “... Ja ... Tevreden ... Dat in ieder geval weet wat er aan de hand is. Dus dan ... Dat je dan weet dat er toch wat is ... En voor de rest, ja ben ik niet tevreden natuurlijk dat ik dat ik toch dagelijks met veel pijn rondloop.” (R2)

Twee respondenten verwachten geen verdere diagnostiek naar de klachten. De klachten zijn bekend en er kan niets meer aan worden gedaan (5,1). De andere twee respondenten uit deze groep geven aan een ‘verlate’ diagnose te verwachten. Hierbij gaat het om de klachten, die ten gevolge zijn van de gestelde diagnose (2,3).

I: “Daarin verwacht u wel een diagnose als ik het goed begrijp?”

R: “... nnjjaaa. Een verlate diagnose. Dat bedoel ik dus allemaal euh allang geleden maar nog 35 jaar euh verkeerd belasten of gebruikt te hebben kunt u zich voorstellen dat er dingen veranderd, vergroeiën, de verkeerde manier.”

I: “Mhmh.”

R: “Ik denk ze dan nog wel iets van zullen vinden of zeggen van ja.”

I: “Dus u verwacht daar nog wel onderzoek na.”

R: “Ja.” (R3)

3.3.3 Inhoud van het revalidatieprogramma

De eerste gedachten van de respondenten over de inhoud van het revalidatieprogramma lopen zeer uiteen. Er wordt gesproken over de gedachte dat de respondenten verwachten dat er oefenstof wordt geboden (3,5). Verder wordt er verwacht dat de behandeling zal ingaan op de neerwaartse spiraal om deze te doorbreken (3) en dat het een persoonsgerichte dagbehandeling wordt, die in gaat op de balans van zowel de lichamelijke als geestelijke toestand (2). Eén respondent geeft aan het moeilijk te vinden om invulling te geven aan de therapieën (1).

I: “Maar hoe dat ingevuld gaat worden heb je daar nog geen idee over?”

R: “Nee geen idee.”

I: “Ook niet iets wat je denkt, als ik me.....als ik daar kom dan zal ik wel dit dit en dat moeten doen?”

R: “Dat wel, dat zullen sowieso de zwemlessen zijn, het fitnessgedeelte, de arbeidstherapie.....en ja wat er verder op me af zal komen.....?” (R1)

Ook over het doel lopen de verwachtingen erg uiteen. Alle respondenten geven aan dat leren omgaan met de pijn een doel is van het revalidatieprogramma (1,2,3,5). Dit moet wel op iedereen persoonlijk worden afgestemd (2).

I: “MhMh en kunt u iets van een algemeen doel formuleren? Zeg maar voor iedereen”.

R: “Ik denk voor iedereen euhm ik denk dat het grootste gedeelte het leren omgaan.”

...

I: “Hoe denkt u over dit algemene doel?”

R: “... Ja over het algemene doel vind ik euh is natuurlijk goed, maar kijk toch voor persoonlijk is voor iedereen euhm iedereen heeft een andere behoefte denk ik.” (R2)

Ook balans vinden (al dan niet door tips) behoort tot één van de doelen (3,5). Daarnaast zijn doelen die de respondenten aanhalen: fysieke opbouw (1,5), terugkeer naar werk (1,5), terugkeer in maatschappelijk en sociaal leven (1) en inzicht geven in de gedachtes die optreden bij pijn (3).

R: “Het algemene doel van het revalidatieprogramma zal zijn euh de gemiddelde mens met deze pijnklachten euh ... inzicht te geven in het hoe en wat van positieve en negatieve gedachte die optreden bij pijn. ... ja. Zo ken ik het beste omschrijven.” (R3)

Ook als persoonlijk doel wordt het leren omgaan met pijn aangegeven (2,5). Verder wordt aangegeven dat afvallen tijdens de revalidatieperiode een doel is (5), net als: terugkeer naar werk (1), beter sociaal leven en relatie (1), fysieke opbouw (1) en leren om open zijn (5).

R: “... ... nou mijn verwachtingen zijn om leren open te zijn, dat ik, dat ik niet moet gaan denken van ik zeg dat maar liever niet. Ik ben altijd euh euh tenminste ik ben altijd bang te zeggen van het toen me verrekte pijn, dat wil ik liever niet doen. Euh en euh een sporter die doet dat gewoon en dit ... dan zit ik hier thuis en dan denk ik had ik het maar niet gedaan. Dus ik moet toch wel open ervoor, ik moet durven te zeggen wat me, wat me, wat in me hoofd op komt wat ik denk. Het kan zijn dat ze dan tegen mij zeggen er kan niks mee gebeuren. Ik zeg maar, ik denk dat de grootste mee heb.” (R5)

Ook wordt aangegeven dat het veranderen van de thuissituatie een doel is (3).

R: “Nou van heel inactief zal wel weer gewoon voor mezelf willen zorgen, de tuin, het huishouden euh wat klusjes doen, hobby's uitoefenen...” (R3)

De verwachtingen verschillen over of er wel of geen uitleg zal zijn over de oorzaak van de pijn. Twee respondenten denken dat er geen uitleg zal zijn over de oorzaak, aangezien deze vaststaat/niet veranderd. Ze hebben ook al veel uitleg gehad voorafgaande aan het revalidatieprogramma (1,2). Twee respondenten verwachten uitleg over de bepalende factoren op lange termijn (2,3).

R: “... ik denk euh uitleg in de trent van ja euh ... wat je kunt verwachten misschien op de lange termijn. Hè verergering of wat dan ook ... dat zou ik dan verwachten. En voor de rest het is iets dat blijft het gaat niet meer weg en dus ja ...” (R2)

Voor het leren omgaan met de pijn zijn verschillende aspecten nodig volgens de respondenten. De pijn moet een plaats krijgen (5) en er zal een balans moeten zijn (2). De respondenten moeten hun grenzen weten te bepalen. (1,2,3,5).

R: “Ik denk euh in eerste instantie het euh ... ja het het weten waar je grenzen zijn en daar ook aan houden dus, dus op een bepaald patroon gaan leven zo zo zie ik het. Hè als je weet tot hier, dan heb je in ieder geval een grens, kijk nu heb ik die niet en dan ga ik van uit dat ik daar wel geweest krijg, zo gezegd.” (R2)

Open zijn naar de buitenwereld is belangrijk volgens één respondent (5). Verder zijn stimuleren door het revalidatiecentrum (1,3), eigen verstand gebruiken en zelfbeheersing nodig om te leren omgaan met pijn (1).

R: “Ik weet nog niet eens eigenlijk of daar een therapie voor is, ja of nee. Ja gedrag of zelfbeheersing of zoiets dergelijks.”

...

R: “Euhm dan het gedrag, qua euh flipbuien dat toch vaker heb, omdat er onbegrip is van andere personen.” (R1)

Op de vraag welke therapievormen worden toegepast tijdens het programma wordt door driekwart van de patiënten sporten genoemd (1,2,5). Verder wordt gedacht aan (psychologische) gesprekken (2,5).

R: “... .. wat ik der van verwacht, ja het is ... ik heb wel euh gemerkt in de 3 weken observatie dat dat ... der een enorm verschil tussen de therapieën euh tussen euh ... oefenstof, oefeningen doen, wat verhalen ook euh het stukje geestelijk wat je eigenlijk bij de fysiotherapie als je dat hebt ook krijg, krijg je alleen gesprekken een beetje ouwehoeren. Het is zo intensief begeleid, heb ik nog eigenlijk het meeste baat gehad bij het geestelijk.” (R5)

3.3.4 Opbouw van het revalidatieprogramma

De opbouw van het revalidatieprogramma ziet voor de respondenten verschillend uit. Eén respondent ziet het programma als verhelderend, als een spiegel die wordt voorgehouden. Je moet de antwoorden dan ook bij jezelf zoeken, maar daarbij gestimuleerd worden door het revalidatiecentrum (3). Het programma zal in overleg met de patiënt worden vormgegeven, zegt één respondent (2). Twee respondenten geven aan dat ze verwachten dat er gesport gaat worden (1,5). Eén respondent geeft aan dat er van pijncontingent naar tijdcontingent gewerkt gaat worden (1).

R: “.....Ja, dat is een goeie, hoe gaat men te werk.....euh ze laten je de eerste..... ja 3 weken laten ze je gewoon eigenlijk je gang gaan, dus je ken gewoon zo ver gaan als je wilt. Je ken je.....ja je ken jezelf eigenlijk te ver gaan....door de rug gaan en laat maar gaan en dan gaan ze

er op een gegeven moment naar kijken en daarna gaan ze kijken naar een programma voorja hoe moet ik dat zeggen.....euhm stel je ken 25 kg tillen."

I: "ja"

R: "Op een gegeven moment pak je 30 of weet ik wat, waarin je gaat te ver. Dan gaan hun zeggen van pak je eerst 15 of 17,5 kg en dan gaan ze langzaam gaan ze dat opbouwen en proberen drover heen te gaan zonder dat je een terugval gaat krijgen." (R1)

Als laatste wordt aangegeven dat het programma wel intensief gaat worden (5). Als het gaat om de behandeling in groepen of individueel verschilt dit per persoon. Eén respondent geeft aan dat er geen voorkeur bestaat, het is een beslissing van het team van het revalidatieprogramma (5). Verder wordt aangegeven dat er wordt gekozen voor individuele behandeling vanwege competitiedrang met andere patiënten. Deze respondent heeft hierover een gesprek gehad met de behandelaars. Toen is er besloten om toch te kiezen voor groepsbehandeling (3). Voor één respondent hangt het af van welke therapie, of er in een groep of individueel gewerkt wordt (2).

R: "Dat heb ik daar ook duidelijk aan gegeven ik kom voor mijzelf en als ik daar een uur ben en ik moet op 5 man wachten waar ik zelf niet uit ken halen dan kan ik beter een half uur alleen daar zitten en dan heb ik ik daar wel een half uur profijt van."

I: "Dus als ik het goed wilt u het psychologische gedeelte wilt u het liefste individueel?"

R: "Ja, dat vind ik wel."

I: "En het lichamelijke zou op zich met meerdere kunnen?"

R: "Ja"

I: "Dus daar gaat ook uw voorkeur naar uit? Of zegt u van nee ik wil alles individueel of.."

R: "Nee ik heb duidelijk aangegeven dat dat de punten de punten zijn die mij dus bezig houden, die wil ik best in een groepje doen maar die wil ik gewoon dat zijn mij ... mijn problemen of mijn euh punten en ik moet zeggen dat zijn ze goed mee in gegaan. Ik zit nu in een groeps- en individueel programma. maar goed het sporten doe je toch met een paar mensen en daar heb ik ook geen moeite mee. Ik ben niet iemand die de hele dag alleen door Hoensbroeck wil .."

I: "Ja."

R: "Zeg maar wandelen." (R2)

Ook geeft iemand aan om graag in een groepsverband te worden behandeld aangezien er steun is van andere patiënten (3). Het contact wordt dan ook gezien als ervaringen uitwisselen en het begrip en steun van elkaar.

Drie respondenten verwachten dat de duur van de behandeling 12 weken zal zijn (1,2,3). Eén respondent geeft aan 16 weken bezig te zijn met het revalidatieprogramma (5). Verwacht wordt dat deze tijd voldoende is om resultaat te boeken (1,2). Twee respondenten geven aan dat het programma eventueel kan worden verlengd, mocht dit nodig zijn (2,3).

I: "Maar denk u zelf dat die 12 weken voldoende zal zijn?"

R: "Ik ga er in in grote lijnen uit van wel... ik bedoel... als er nou zo onnoemelijk veel variatie tussen de patiënten zal zitten zou je dat ook werken. Dus ik ga er van uit dat je daar wel voldoende aan zult hebben. En ik denk dat het aan de andere kan niet zo mocht zijn dat hun de hand reiken om er wat langer van te maken of meer dagen of wat dan ook." (R2)

3.3.5 Team van het revalidatieprogramma

Er zijn veel verschillende verwachtingen als de respondenten denken aan het team van het revalidatieprogramma. De aspecten die worden genoemd zijn: positieve gesprekken met therapeuten (5), het team zal een stok achter de deur zijn (5), er wordt een spiegel voorgehouden en structuur geboden door het team en het team zal de patiënt stimuleren (3).

R: "Euh zij zijn de stok achter de deur die mij kunnen dadelijk zeggen van hey (naam respondent)., doe dat nou eens niet." (R5)

Verder wordt verwacht dat er maatwerk wordt geboden voor de patiënt met steeds dezelfde therapeuten (2). Ook zal het team een begeleidende functie hebben (1).

Er worden geen voorwaardes gesteld aan de behandelaren (2,5). Dit geldt ook voor het contact met de behandelaren (2,3,5). Eén respondent hoopt wel dat de therapeuten vriendelijk en open zullen zijn (1). De fysiotherapeut wordt gezien als iemand die gespecialiseerd is in het menselijk lichaam (1). Deze zal gespecialiseerd zijn op het gebied van pijn en stemt de behandeling op de patiënt af (5). Eén respondent verwacht tips te krijgen om meer structuur te krijgen om dingen aan te pakken (3). Driekwart van de patiënten geeft aan dat de fysiotherapeut zich vooral bezighoudt met oefeningen en sporten (1,2,5).

R: "Al zeg ik maar dat ze dar iets meer professioneler zijn op het gebied van pijn."

I: "Hoe bedoelt u dat?"

R: "Nou als ik hier naar de fysiotherapie ga, en ik word daar behandeld, dat doet die wat het prettigste voor mij is, massage en een beetje euh een beetje oefeningen en dat handhaaft hij, want dat is het prettigste voor mij. Der word niet meer over gesproken het is gewoon, het zelfde. Voor mij was het prettig, maar het leverde eigenlijk niks op. Daar was euh bekijken wat dit doet, wat dit doet, is veel gevarieerder, kijken wat meneer (naam respondent) nodig heeft wat hij kan. Het was veel ruimer opgezet." (R5)

De ergotherapie en arbeidstherapie worden door twee respondenten als hetzelfde gezien. Zij helpen de patiënten bij de terugkeer naar werk (1,2).

R: "Dus dat is gewoon voor het lichamelijk gebeuren op dat moment heel belangrijk maar ook daarna ... dus dat vind ik een hele belangrijke en dan heb je verder om toch weer om terug in de arbeidsmarkt heb ik met de arbeidstherapie kun je ... kun je, weet je wat je kunt en meteen in die richting kan ik wat of in die richting gewoon niet. Kijk als je niet kunt staan, moet je niet euh euh ... politieagent worden of stadswacht of weet ik wat."

I: "Ja"

R: "Dat heb je in ieder geval weer een visie van ik kan die kant op." (R2)

Daarnaast wordt verwacht dat de ergotherapeut zal bijdragen door middel van ontspanningsoefeningen (5) en tips ten aanzien van houding (zowel statisch als dynamisch) (3).

De verwachtingen ten aanzien van de psycholoog zijn divers. Er wordt aangegeven dat de psycholoog de patiënt laat nadenken om zo dingen mentaal op een rijtje te zetten (5). Verder helpt de psycholoog bij het doorbreken van de negatieve cirkel (2), verdraagzamer te worden (1), het leren omgaan met de pijn (3) en inzicht geven in jezelf om anders tegen dingen aan te kijken (3).

R: "Nou de psycholoog is iemand die mij euh die dieper inzicht geeft in mij zelf. ... en in de dingen die ik verkeerd interpreteer en anders zou moeten zien. En dat lukt me heel aardig, alleen de vraag dat ik der zelf euh al mee klaar ben. Ik denk het niet." (R3)

Van de maatschappelijk werker wordt verwacht dat hij hulp biedt bij de gedachtes van werk afhaken (5), verdraagzamer worden en balans vinden (1). De bijeenkomsten bij de maatschappelijk werker worden wel als confronterend gezien door één respondent (2). Eén respondent verwacht wegwijs te worden gemaakt in de maatschappij, door te leren de maatschappij anders te interpreteren en deze hier eventueel op aan te spreken. Tevens worden de maatschappelijke verplichtingen aangehaald (3).

R: "Nou dat die mij een beetje wegwijs maakt in euh in het grote, in de grote buizen we ... de grote boze buiten wereld waar wij dus eigenlijk al jaren kiezen leert van leven omdat ons, als pijnpatiënt toch min of meer altijd aan de euh ... maatschappij onttrokken hebben. Ooeehhh wat die voor mij persoonlijk kan doen. Euhm ... nou die kan mij wijzen op dingen die ik verkeerd euh interpreteer van de maatschappij of dingen waar ik de maatschappij best op mag aanspreken euhm sociale dienst van de euh gemeente of noem maar op. Dingen waarvan ik nou niet op de hoogte ben, waar ik ... overeengelijkt wordt zeg maar." (R3)

Tenslotte wordt verwacht dat de revalidatiearts een controlerende rol zal hebben (3,5). Deze zal een rol op de achtergrond hebben (5). Verder wordt verwacht dat de arts eventueel nog een patiënt kan doorverwijzen, mocht dit nodig zijn (2). En mocht iemand medisch advies nodig hebben, dan zou deze terecht kunnen bij de revalidatiearts (5).

R: "Ik verwacht dat het ook zo is dat, misschien een paar keer bij haar kom, voor bespreken hoe het gaat en euh medisch gezien euh euh als ik vragen zou hebben van ik heb dit wel en ik krijg als ik dit doe dan krijg ik dit, daar antwoord op krijgen. Is dat iets, mag dat, kan dat? Denk dat zij wel ervaring heeft op het lichamelijke klachten." (R5)

3.3.6 Eigen rol van de patiënt

De verwachting over de eigen rol van de patiënt zien de respondenten als dat de patiënt open moet zijn (2,5), eerlijk moet zijn (2), 100% inzet moet hebben en een actieve rol bekleedt (1,3). Eén respondent geeft aan dat de patiënt ook eigen inzicht moet hebben (1).

R: "Een speciaal iets niet, maarik, ja ze verwachten natuurlijk wel dat je alles euh zelf doet en dat je zelf ook een beetje inzicht hebt in nu ga ik te ver of euh niet te ver. Kijk ze zullen je er wel in begeleiden of zeggen van je gaat nou even iets te ver, neem eens een stapje terug, misschien lig je straks weer af. Ja hoe moet ik dat zo zeggen. Ja....." (R1)

3.3.7 Resultaat van het revalidatieprogramma

De respondenten hebben verschillende verwachtingen over het resultaat van het revalidatieprogramma, namelijk: afgevallen zijn (5), tips/leefregels hebben gekregen (5), een prettiger mens zijn (5), actiever in het leven staan (3), lichamelijk beter kunnen functioneren (1), betere (seksuele) relatie (1), terugkeer naar werk (1), een structuur/balans hebben (2,3) en positiever denken (1,2,3).

R: "Voor mij is het geslaagd als ik ... euhm ... ja een beetje positiever ben in het hele gebeuren denk ik ... en ... weet ... wanneer het genoeg is laat ik het zo zeggen toch die die balans die grens. Als ik dat weet en als ik er wat positiever mee om kan gaan dan is het voor mij euh goed"
"Dus ik denk dat ik ook wel wat dingen ga doe die ik nu niet doe of bewust niet doe of wat dan ook".
 (R2)

Alle respondenten zijn het erover eens dat de behandeling geen invloed zal hebben op de oorzaak van de klachten, aangezien de oorzaak niet veranderd kan worden (1,2,3,5).

R: "... ... ik denk niet dat de behandeling invloed heeft op de oorzaak van mijn klachten. Die is der en die blijft der maar. De bedoeling is dat ik er mee leer omgaan.

I: Mhmh

R: Dat ik de klachten laat voor wat ze zijn, die zijn er, die gaan als der geen wonder gebeurt ook niet meer weg. Dat is ook niet belangrijk als ik er maar mee om kan gaan." (R3)

De respondenten verwachten niet dat de pijnklachten zullen verdwijnen, maar wel minder intensief worden door verschillende redenen: afleiding (5), onderdrukking (3), balans (1) en versterking van de rug, zodat deze minder belast wordt (2).

R: "Ja.. dat hoop ik althans euh wel dat de pijnklachten wat minder worden, waardoor je dus de ruggspieren weer gaat verstevigen en de ruggenwervel eigenlijk minder gaat belasten." (R2)

Het revalidatieprogramma zal invloed hebben op het dagelijks functioneren, door uiteindelijk een actiever dagelijks functioneren te hebben volgens één respondent (3). Een andere respondent geeft aan meer te kunnen doen in het huishouden (1). Twee respondenten geven aan dat het dagelijks functioneren zal worden beïnvloed door het programma, door balans te kunnen toepassen (2,5). Echter geeft één van deze twee aan dat in eerste instantie de behandeling geen invloed zal hebben op het dagelijks functioneren (5).

R: "Nee, ik denk dat ik nou na 2.5 jaar euh mijn functioneren wel tamelijk uitgeknepen heb. Wat kan ik, wat euh is prettig, dat ik alleen euh het verschil moet maken tussen tussen, nou dat kan niet meer, doe dat nou eens zo, ga niet euh euhm te ver wandelen. Euh ... fiets dan euh zo euh een heuveltje pakken, een klein heuveltje, doe dat, bij heuvels stap ik af, he. Doe een klein heuveltje, van die dingen euh, daar heb ik al bijna alles, alle mogelijkheden mee getest."

...

I: "Mhmh. kan ik zeggen dat het wel invloed zal hebben op het dagelijks functioneren maar misschien euh op het gebied van balans vinden?"

R: "Ja." (R5)

Het revalidatieprogramma is van invloed op de emotionele toestand volgens de respondenten. De emotionele toestand zal veranderen op het gebied van: afsluiten wrok jegens werk (meneer heeft veel problemen gehad met zijn werk door zijn beperkingen) (5), zelfbeheersing (1), betere omgang met de huidige situatie (5) en een positieve gedachtegang (2,3).

R: "Absoluut ... dat weet ik eigenlijk wel 100% zeker dat het ... door dat je al euh slechter slaapt euh ... bij je al wat chagrijnig 's morgens en alles wat je moet doen dat is een drempel van een berg van boh. .. kijk ik ga het dan toch wel doen maar heel vaak met tegen zin of helemaal geen zin of wat dan ook. En dan totdat je dan wat meer last heb wordt je nog chagrijniger dus je emotie en en qua persoon denk ik dat het alleen maar positief is". (R2)

Op het gebied van het resultaat van sociaal functioneren verwacht één respondent dat hij meer open zal zijn naar de omgeving (5). Eén respondent hoopt op meer respect van zijn omgeving (1). Een ander geeft aan dat zijn sociale leven meer automatisme wordt en minder moeite kost (2). Eén respondent geeft aan uit de negatieve spiraal te willen komen (3).

R: "Zoals ik al net zeg van euh alle negativiteit die je uitstraalt die heeft, die slaat over op je omgeving en ja goed hele goede vrienden of broer en zussen die toch met je mee leven en zich kunnen inleven in jou situatie die hebben er wel begrip voor maar, iemand die verder van je af staat die zegt op een gegeven moment van ja, ik heb het wel even met dat gezeik van jou euh. Toedelo. Dus je manoeuvreert jezelf in een isolement en als je minder klaagt naar buiten toe dan heb je euh minder euh last van euh dat de omgeving je niet accepteert." (R3)

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden aan de hand van verschillende paragrafen diverse onderwerpen besproken. Allereerst wordt een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van de respondenten die zijn geïnterviewd voor en na de observatiefase. In diezelfde paragraaf worden de resultaten vergeleken met de literatuur die beschreven is in de inleiding. Er wordt in deze paragraaf dezelfde indeling aangehouden als in het hoofdstuk ‘Resultaten’. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf een reflectie op het onderzoek weergegeven. Hierin worden de discussiepunten besproken met betrekking tot het onderzoek. Eveneens wordt er een reflectie gegeven op de methode van het onderzoek.

4.1 Vergelijking resultaten en literatuur

In deze paragraaf wordt aan de hand van verschillende kopjes, zoals deze ook zijn gebruikt in het hoofdstuk ‘Resultaten’, een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van de patiënten die zijn geïnterviewd voor en na de observatiefase. Om dit overzichtelijk te maken wordt in een schema/tabel met steekwoorden beschreven wat de respondenten aangaven. Daarnaast wordt met een getal aangegeven hoeveel respondenten dit hebben aangegeven. Dit schema/deze tabel wordt daarna toegelicht. Eveneens wordt besproken of er een vergelijking gemaakt kan worden met gevonden literatuur, die beschreven is in de inleiding.

Er kan gediscussieerd worden over de plaatsing van de uitgesproken verwachtingen van de respondenten bij de verschillende topics. Er is gekozen om de verwachting van de respondent te plaatsen bij de topic waarbij de vraag is gesteld. Zo kan het zijn dat een verwachting niet geheel aansluit bij de topic. Dit is gedaan om zo precies mogelijk aan te geven wat de respondenten verwachten bij de verschillende topics.

4.1.1 Herkomst kennis

Dit kopje bespreekt waar en hoe de respondenten informatie hebben ingewonnen over het revalidatieprogramma.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Internet (3)	Internet (1)
Ontvangen informatie van Hoensbroeck (3)	Observatiefase (4)
Eerdere ervaring revalidatie (2)	
Ervaringen eerdere revalidanten (2)	

Zowel de respondenten die geïnterviewd zijn voor en na de observatiefase maken gebruik van het internet om aan informatie te komen. De respondenten na de observatiefase geven aan dat de observatiefase voor veel opheldering heeft gezorgd. Dit vooral op het gebied van inhoud en opbouw van het revalidatieprogramma. Drie respondenten geven aan dat er zowel het fysieke als het psychische aspect aan bod komt. Eén respondent geeft aan dat er van pijncontingent naar tijdcontingent gewerkt gaat worden. Dit komt overeen met wat in de observatiefase wordt aangeboden. In de literatuur is hierover geen informatie gevonden.

4.1.2 Diagnostiek

Dit kopje gaat in op drie aspecten van diagnostiek. In de literatuur is te vinden dat de patiënten vaak teleurgesteld zijn in het niet verkrijgen van een diagnose of het krijgen van een inadequate diagnose.¹⁴ Vandaar dat de respondenten als eerste de vraag kregen of ze tevreden waren over de voorgaande onderzoeken, voordat ze in aanmerking zijn gekomen met het revalidatiecentrum Hoensbroeck.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Tevreden (3)	Tevreden (1)
Ontevreden (1)	Ontevreden (3)

Bij alle respondenten is een diagnose gesteld, maar hierbij zijn soms fouten gemaakt en de diagnose roept vaak ook vragen op. In de literatuur wordt beschreven dat de patiënten een goede diagnose verwachten van de zorginstelling.¹⁴ Hieronder zijn de antwoorden van de respondenten op de vraag of er diagnoses worden gesteld en onderzoeken worden gedaan.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Wel (2)	Wel (2)
Niet (2)	Niet (2)

Er kan dus niet worden gezegd dat de observatiefase hier duidelijkheid in schept. In vergelijking met de literatuur geldt dus voor de helft van de patiënten dat ze een diagnose en onderzoek verwachten. Hieronder zijn de antwoorden weergegeven op de vraag waar dan onderzoek naar gedaan wordt.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Klachten (1)	Klachten (2)
Belastbaarheid (lichamelijk en geestelijk) (1)	

Hierbij is alleen overkomst tussen de verwachting van de respondenten die zijn geïnterviewd voor en na de observatiefase, dat er onderzoek wordt gedaan naar de klachten. De respondent die verwacht dat er onderzoek wordt gedaan naar de belastbaarheid, heeft al eerder deelgenomen aan een revalidatieprogramma.

4.1.3 Inhoud van het revalidatieprogramma

In dit kopje worden verschillende delen van de inhoud besproken. Allereerst de eerste gedachtes van de respondenten over de verwachting bij de inhoud van het revalidatieprogramma. Deze zijn weergegeven in de tabel. De verwachtingen die zijn gegeven door de respondenten hebben ook betrekking op de middelen, die worden toegepast bij de verschillende aspecten van de inhoud. Een voorbeeld is dat gesprekken nodig zijn voor het leren omgaan met pijn. Deze gesprekken kunnen uitgevoerd worden door een team van deskundigen.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Gesprekken (geestelijk en lichamelijk) (1)	Balans (geestelijk en lichamelijk) (1)
Leren omgaan met pijn (4)	Oefenstof (2)
Niet pijnvrij (4)	Neerwaartse spiraal doorbreken (1)
Ontspanning (1)	Persoonlijke dagbehandeling (1)
Team van deskundigen (2)	Moeilijk een verwachting te vormen (1)

De eerste gedachtes van de respondenten over de verwachting van de inhoud zijn zeer verschillend. De enige overeenkomst is dat twee respondenten aangeven dat er geestelijke en lichamelijke aspecten aan bod komen

Vervolgens is er doorgevraagd over het doel van het revalidatieprogramma.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Leren omgaan met pijn (4)	Leren omgaan met pijn (4)
Acceptatie (2)	Persoonlijke afstemming (1)
Oppakken 'normale' leven (2)	Balans vinden (2)
	Fysieke opbouw (2)
	Terugkeer werk (2)
	Terugkeer maatschappelijk en sociaal leven (1)
	Inzicht geven in gedachtes bij pijn (1)

Een overeenkomstigheid is dat alle patiënten verwachten dat een doel van het revalidatieprogramma leren omgaan met pijn zal zijn. In de literatuur is ook te vinden dat een klein percentage advies verwachten over het managen van de pijn en de omgang met pijn.¹⁵ In datzelfde artikel wordt ook aangegeven dat voor 26% van de patiënten pijncontrole één van de meest tevreden uitkomsten zal zijn.¹⁵ Er moet een kanttekening geplaatst worden bij de vergelijking met deze literatuur.¹⁵ In het artikel staat niet beschreven welke behandelingen worden aangeboden in de pijnkliniek waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarom is niet te zeggen of dit te vergelijken is met de behandeling in het revalidatiecentrum Hoensbroeck.

Daarnaast lijkt het alsof de respondenten die geïnterviewd zijn na de observatiefase een duidelijker beeld hebben van het doel.

Ook is gevraagd naar het persoonlijk doel van de respondenten.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Leren omgaan met de pijn (4)	Leren omgaan met pijn (2)
Acceptatie (2)	Afvallen (1)
Oppakken 'normale' leven (2)	Terugkeer werk (1)
Leren omgaan veranderde vader- en partnerrol (1)	Beter sociaal leven en relatie (1)
Belasting opbouwen (1)	Fysieke opbouw (1)
	Leren open zijn. (1)
	Veranderen thuissituatie (1)

In de literatuur is te vinden dat patiënten iets gedaan wilden hebben aan de pijn als ze zijn verwezen naar een pijnkliniek.¹³ De patiënten stonden op wachtlijst van een 'pain management service' in een ziekenhuis in Engeland. Dit ziekenhuis biedt verschillende opties en services voor patiënten met chronische pijn voor verlichting van de pijn en voor het verbeteren van de kwaliteit van leven.¹³ De invulling van deze opties en services wordt niet aangegeven in het artikel.

In dit onderzoek komt naar voren dat de respondenten verwachten dat leren omgaan met pijn een onderdeel zal zijn van het programma. Ook is er gevraagd of de respondenten verwachten dat er uitleg zal worden gegeven over de oorzaak van de pijn.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Wel (1)	Wel (2)
Niet (3)	Niet (2)

Mocht er uitleg zijn over de pijn, dan verwachten de respondenten dat deze over de volgende aspecten zal gaan.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Uitleg over symptomen (1)	Bepalende factoren op langere termijn (2)

Over de inhoud van de uitleg is een verschil te zien tussen de respondenten die zijn geïnterviewd voor en na de observatiefase. Echter zijn het maar drie respondenten die een voorstelling kunnen maken van de uitleg over de pijn. In één van de artikelen, die zijn beschreven in de inleiding, staat dat patiënten willen weten wat de oorzaak is van hun pijn, zodat ze kunnen bewijzen dat de pijn 'echt' is.¹⁴ Dit is in dit onderzoek niet naar voren gekomen. In een ander artikel komt naar voren dat patiënten een beter begrip willen voor de pijn.¹⁵ Drie respondenten geven aan verbeterd begrip te willen over symptomen en bepalende factoren op langere termijn.

Over wat er nodig is om te leren omgaan met de pijn zeggen de respondenten het volgende.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Pijn naar de achtergrond (1) Gesprekken (4) Meditatie (1) Aandacht voor psyche (2) Aandacht voor het lichamelijke (1) Discipline (1) Acceptatie (2) Weinig spanning oftewel ontspanning (1) Controle (1) Structuur (1) Doorzettingsvermogen (1) Negatieve cirkel doorbreken (1)	Pijn moet een plaats krijgen (1) Balans (4) Grenzen bepalen (4) Open zijn naar de buitenwereld (1) Stimulans door revalidatiecentrum (1) Eigen verstand gebruiken (1) Zelfbeheersing (1)

De enige overeenkomst is dat twee respondenten aangeven dat de pijn nu te veel op de voorgrond staat en dat dit anders moet.

Over therapievormen hebben de respondenten een verwachting. Deze volgt hieronder.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Bewegingstherapie/oefeningen (3) Gesprekken (1) Verpleging (1) Iedere therapeut eigen programma (1)	Sporten (3) (Psychologische) gesprekken (2)

Over het algemeen is te zeggen dat de respondenten die geïnterviewd zijn voor en na de observatiefase hetzelfde denken over therapievormen van het revalidatieprogramma. Al denkt één respondent dat verpleging deel zal uitmaken van het programma.

4.1.4 Opbouw van het revalidatieprogramma

De spontane antwoorden van de respondenten als het gaat over de opbouw van het revalidatieprogramma zijn als volgt:

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Opbouwend grenzen verleggen (1) Persoonlijk dagprogramma (1) Leren om te belasten (1) Kijken hoe iemand in elkaar zit (1) Eerst observatiefase (3) Geen verwachting (1)	Pijncontingent → tijdcontingent (1) Spiegel die wordt voorgehouden (1) Antwoorden zoeken bij jezelf (1) Overleg met patiënt (1) Verhelderend (1) Sporten (1) Intensief (1)

Een overeenkomst die door twee respondenten wordt aangegeven, is dat er langzaam opgebouwd wordt. Er werd gevraagd naar de voorkeur van therapie in groepen of individueel. Deze resultaten zijn hieronder weergegeven.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Geen voorkeur (3)	Geen voorkeur (1)
Afhankelijk van therapie (2)	Afhankelijk van therapie (1)
Individueel (1)	Individueel (1)
	Groepsverband (1)

De meningen over de therapie in groepen of individueel komen redelijk overeen. Echter valt het op dat de respondenten die geïnterviewd zijn voor de observatiefase geen specifieke voorkeur hebben voor groepstherapie. Over het contact met andere patiënten hadden de respondenten de volgende verwachtingen.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Ervaringen uitwisselen (1)	Ervaringen uitwisselen (1)
Steun (1)	Steun en begrip (1)
Positief (2)	
Naar beneden drukken/negatief (1)	
Interessant (1)	
Leren van anderen (1)	

Ervaringen uitwisselen en steun waren de overeenkomsten op het gebied van contact met andere patiënten. De literatuur vertelt dat patiënten verwachten dat de aanwezigheid van andere patiënten zou helpen bij het gevoel van apartheid en depressie, die ze thuis ervaren.¹³ Uit dit onderzoek blijkt dus ook dat steun een factor is. De respondenten hadden ook een verwachting over de duur van de behandeling.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Observatiefase van 3 weken (1)	12 weken (3)
20 Weken (1)	16 weken (1)
Drie tot zes maanden (1)	Eventuele verlenging (1)
Totale duur 15 weken (incl. observatie) (1)	
Geen verwachting (1)	
Geen verwachting of dit voldoende is (4)	Tijd is voldoende (2)

Opvallend is dat de respondenten die zijn geïnterviewd voor de observatiefase erg verschillend denken over de duur van de behandeling. De respondenten die zijn geïnterviewd na de observatiefase hebben hier een duidelijker beeld over. De patiënten van voor de observatiefase gaven ook aan dat hier veel onduidelijkheid over bestaat.

4.1.5 Team van het revalidatieprogramma

In het algemeen hebben de respondenten de volgende verwachting als het gaat over het team van het revalidatieprogramma.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Begeleiding (1)	Begeleiding (1)
De juiste handvaten aanreiken (1)	Stok achter de deur (1)
Leren van deskundigen (2)	Spiegel voorhouden (1)
Verskillende therapeuten (1)	Structuur bieden (1)
Mensendieck therapie (1)	Stimuleren (1)
Alle disciplines vormen één team – multidisciplinair team (1)	Positieve gesprekken (1)

De enige overeenkomst is dat twee respondenten aangeven dat het team voor begeleiding gaat zorgen. Eén respondent geeft aan dat hij verwacht gestimuleerd te worden door het team van het revalidatieprogramma. In de literatuur staat dat ook één patiënt aangaf dat hij hoopte dat de kliniek hem kon motiveren om hemzelf te helpen.¹³

De respondenten spreken vervolgens hun verwachtingen uit over het contact met de behandelaren.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Open staan voor de patiënten (2)	Open (1)
Goede band (1)	Vriendelijk (1)
Overleg met de patiënt (1)	Geen voorwaardes contact (3)
Afspraken nakomen (1)	
Respect en eerlijkheid (1)	
Geen voorwaardes (3)	Geen voorwaardes (4)
Voorwaarde: niet over de grens (1)	

In de literatuur staat beschreven dat patiënten een vertrouwensband waarderen en dat de behandelaren goed moeten communiceren.¹⁴ Ook in dit onderzoek hopen de respondenten op een positief contact met de behandelaren. Echter geven de respondenten geen voorwaardes aan ten aanzien van de behandelaren. De nu volgende tabellen gaan over de verwachtingen van de respondenten over de verschillende leden van het team van het revalidatieprogramma. Om welke therapeut/discipline het gaat, wordt door middel van kopjes aangegeven.

Fysiotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Bewegen (1)	Oefeningen/sporten (3)
Belasting verhogen (1)	Gespecialiseerd in menselijk lichaam (1)
Zwemmen/losser bewegen (1)	
Geen verwachting (1)	

Een overeenkomst is dat de respondenten verwachten dat de fysiotherapeut zich bezighoudt met bewegen. Eén respondent gaf aan geen verschil te zien tussen de fysiotherapeut en ergotherapeut.

Fysiotherapeut en ergotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase

Mogelijkheden bekijken (1)
Aanleren (1)

Antwoorden respondenten na observatiefase

Ergotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase

Geen verwachting (1)
Begeleiden (1)
Functioneren in het leven (1)
Dagindeling (1)

Antwoorden respondenten na observatiefase

Terugkeer werk (2)
Ontspanning (1)
Houding (1)

Ten aanzien van de ergotherapeut is er geen enkele overeenkomst te zien. Eén respondent gaf aan geen verschil te zien tussen ergotherapie en arbeidstherapie. Deze verwacht dat hierbij aandacht zal zijn voor terugkeer naar werk.

Psycholoog

Antwoorden respondenten voor observatiefase

Leren omgaan met pijn (1)
Inventariseren hoe je in het leven staat (1)
Perfectionisme afzwakken (1)
Goede richting wijzen (1)

Antwoorden respondenten na observatiefase

Leren omgaan met pijn (1)
Op een rijtje zetten (1)
Negatieve cirkel doorbreken (1)
Verdraagzamer worden (1)
Inzicht geven in jezelf (1)
Anders tegen dingen leren aankijken (1)

Een overeenkomst is dat de respondenten het leren omgaan met pijn als een taak zien voor de psycholoog. Eén respondent gaf aan dat de psycholoog en maatschappelijk werker zich met dezelfde dingen bezig houden.

Psycholoog en maatschappelijk werker

Antwoorden respondenten voor observatiefase

Negatieve cirkel doorbreken (1)
Acceptatie (1)

Antwoorden respondenten na observatiefase

De negatieve cirkel doorbreken wordt door twee respondenten gezien als een taak voor de psycholoog. Dit is een overeenkomst.

Maatschappelijk werker

Antwoorden respondenten voor observatiefase

Inventariseren hoe je in het leven staat (1)
Maatschappelijke zaken/verplichtingen regelen (1)
Geen verwachting (1)

Antwoorden respondenten na observatiefase

Gedachtes van werk afhaken (1)
Wegwijs maken in de maatschappij (1)
Verdraagzamer worden (1)
Confronteren(1)

Naar aanleiding van de vraag over de verwachtingen van de taak van maatschappelijk werker gaven twee respondenten aan hulp te krijgen bij het functioneren in de maatschappij. Hierbij gaat het ook om aspecten van (wettelijke) verplichtingen en dergelijke.

Revalidatiearts

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Coördinerende rol (2)	Controlerende rol (2)
Algemene arts (1)	Medisch advies (1)
Samensteller programma (1)	Achtergrond (1)
Erop terug kunnen vallen (1)	Verwijzer (1)
Geen verwachting (1)	

Er zijn twee overeenkomsten te zien ten aanzien van de verwachtingen over de revalidatiearts. Er wordt verwacht dat deze een coördinerende/controlerende rol bekleedt. Daarnaast kun je met deze persoon over klachten praten die ofwel betrekking hebben op de pijn of met betrekking tot andere klachten.

4.1.6 Eigen rol van de patiënt

De respondenten hebben een uitspraak gedaan over de eigen rol van de patiënt.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Actieve rol (4)	Actieve rol (2)
Open zijn (1)	Open zijn (2)
100% Inzet (1)	100% Inzet (1)
100% Achter de behandeling staan (1)	Eigen inzicht (1)
Sociaal opstellen (1)	
Huishoudelijke taken doen (1)	

Op het gebied van de eigen rol zijn veel overeenkomsten te vinden. De respondenten verwachten een actieve rol te bekleden, open te moeten zijn en 100% inzet te moeten tonen. Opvallend is dat één respondent verwacht te moeten helpen bij huishoudelijke taken als ze verblijft in het revalidatiecentrum.

4.1.7 Resultaat van het revalidatieprogramma

Allereerst hebben de respondenten globaal aangegeven wat ze verwachten van het resultaat van de behandeling.

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Fysiek meer kunnen doen (3)	Fysiek meer kunnen (1)
Terugkeer werk (1)	Terugkeer werk (1)
Accepteren van de klachten (3)	Afgevallen zijn (1)
Pijn naar de achtergrond (1)	Prettiger mens zijn (1)
Grenzen kunnen stellen (1)	Actiever in het leven staan (1)
Neerwaartse spiraal doorbroken (1)	Betere (seksuele) relatie (1)
Makkelijker kunnen ontspannen (1)	Tips/leefregels hebben gekregen (1)
Verbeterde kniemobiliteit (1)	Structuur/balans hebben (1)
	Positiever denken (1)

Een aantal overeenkomsten zijn te vinden in fysiek meer kunnen doen en terugkeer naar werk. In één van de artikelen, de review beschreven in de inleiding, wordt geschreven dat patiënten met rugklachten advies of instructie verwachten voor rugpijnmanagement.¹⁴ Ook in dit onderzoek verwacht één respondent tips/leefregels te krijgen voor het einde van het programma. Met de nu komende vijf schema's/tabellen wordt aan de hand van verschillende kopjes aangegeven over welk gebied van resultaat het schema/de tabel gaat.

Oorzaak van de klachten

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Geen invloed (4)	Geen invloed (4)

Alle respondenten zijn het erover eens dat de behandeling geen invloed zal hebben op de oorzaak van de klachten. De oorzaak is bekend en daar kan niets aan worden veranderd. In de literatuur echter was één van de meest geuite verwachtingen een complete genezing of 'reparatie' van hun pijn. Dit is een groot verschil met dit onderzoek.¹⁵

Pijnklachten

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Niet pijnvrij (4)	Niet pijnvrij (4)
Pijnintensiteit en hersteltijd afnemen (1)	Minder intensief (4)
Acceptatie pijnklachten (2)	Afleiding (1)
Pijn naar de achtergrond (1)	Onderdrukking (1)
Leren omgaan met pijn (2)	Balans (1)
	Minder belasting rug (1)

Hierbij is een verschil te zien tussen dit onderzoek en de gevonden literatuur, zoals beschreven in de inleiding. In dit onderzoek verwachten de respondenten niet pijnvrij uit de behandeling te komen. Ze

verwachten beter met de pijn om te kunnen gaan, maar geen vermindering van pijn. Echter in twee artikelen wordt beschreven dat de patiënten pijnvermindering verwachten.^{14, 15}

Dagelijks functioneren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Actiever huishoudelijk werk (3)	Meer huishoudelijk werk (1)
Algemeen functioneren beter (1)	Actiever dagelijks functioneren (1)
Actiever gezinsleven (1)	Balans toepassen (2)
	Geen invloed (1)

Als overeenkomstigheid kan hier worden gezien, dat de respondenten verwachten meer in het huishouden te kunnen doen.

Emotionele toestand

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Gevoelens uiten (2)	Afsluiten wrok jegens werk (1)
Betere omgang pijn (1)	Zelfbeheersing (1)
Beter humeur (1)	Betere omgang huidige situatie (1)
Meer zelfvertrouwen (1)	Positieve gedachtegang (2)
Verstandiger (1)	
Meer zichzelf zijn (1)	

Ten aanzien van de emotionele toestand worden veel verschillende aspecten genoemd. Hierin kan geen overeenkomst worden gevonden. Wel verwachten alle respondenten een positieve verandering.

Sociaal functioneren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Sociale contacten toenemen en verbeteren (4)	Open zijn naar omgeving (1)
Terugkeer werk (2)	Respect van omgeving (1)
Lotgenotencontact (1)	Automatisme (1)
Minder afhankelijk (1)	Negatieve spiraal doorbreken (1)
Verbeterde vaderrol (1)	

Ook hierbij geldt dat alle respondenten verschillende aspecten aangeven op het gebied van sociaal functioneren. Maar iedereen verwacht een positieve verandering.

In de literatuur komt naar voren dat in twee artikelen patiënten geen verwachting hebben ten aanzien van een revalidatieprogramma.^{13, 15} Dit is in mindere mate terug te zien in dit onderzoek. Bij zeer open vragen hadden sommige respondenten (vooral de respondenten die geïnterviewd zijn voor de observatiefase) moeite om een verwachting uit te spreken. Na het afbakenen of het anders formuleren van een vraag bleek het eenvoudiger om een verwachting te vormen.

Tenslotte is er nog een aspect in de literatuur gevonden dat niet is teruggekomen in dit onderzoek. Er wordt in één artikel aangegeven dat een patiënt dacht doorverwezen te zijn, omdat ze was uitbehandeld.¹³ Dit is niet naar voren gekomen in dit onderzoek.

4.2 Reflectie van het onderzoek

Een beperking is dat er bij het literatuuronderzoek bleek dat er niet veel literatuur beschikbaar was over het onderwerp verwachtingen. Er is een beperkt aantal artikelen gevonden (zes artikelen) die gebruikt zijn voor het onderzoek.

Binnen dit onderzoek zijn een aantal strategieën, genoemd in hoofdstuk twee ‘Methode’, succesvol toegepast om onder andere de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen. Dit kwalitatieve onderzoek kent toch een aantal beperkingen.

Een eerste beperking in de methode is dat het saturatiepunt van informatie in een kwalitatief onderzoek doorgaans optreedt bij tien à vijftien interviews (Wester, 1991). Een meer homogene onderzoeksgroep zorgt dat saturatie eerder optreedt (Maso en Smaling, 1998). Hoewel de inclusiecriteria zorgen voor een zekere overeenkomst, zijn de respondenten relatief heterogeen van aard. Heterogeen met betrekking tot geslacht, leeftijd, huidige persoonlijke situatie (partner, kinderen, werk). Hierdoor is een diversiteit aan gegevens verzameld, waarbij het verzadigingspunt niet bereikt is. Ook de laatste interviews brachten nog nieuwe informatie. Wenselijk zou zijn geweest een groter aantal respondenten te betrekken bij het onderzoek om saturatie te bereiken.

De tweede beperking is een gevolg van hetgeen hiervoor staat. Als het saturatiepunt bereikt zou zijn, zou er overgegaan worden naar een groepsdiscussie, maar zoals reeds vermeld is dit punt niet bereikt. Daarnaast was het sowieso onmogelijk om een groepsdiscussie te organiseren, omdat de eerst geïnterviewde respondenten dan al bezig zouden zijn met het revalidatieprogramma. Dit zou de verwachtingen beïnvloeden en geen reëel beeld geven met betrekking tot de vraagstelling.

De derde beperking die hierbij aansluit, is dat het patiëntenaanbod niet groot was. De interviews zijn afgenomen in de periode van februari tot en met april 2009. Bij de eerste reeks interviews (vijf interviews) werd geconstateerd dat sommige respondenten al een observatiefase doorlopen hadden in het revalidatiecentrum in Hoensbroek. De verwachtingen van deze respondenten waren hierdoor mogelijk beïnvloed. Er is toen bewust gekozen om de tweede reeks interviews (drie interviews) te houden met respondenten die deze observatiefase nog niet doorlopen hadden. Op deze manier werd in het verdere onderzoek een onderscheid gemaakt tussen respondenten voor en na de observatiefase.

De vierde beperking heeft betrekking op de gehanteerde methode voor de dataverzameling. De data is verzameld door middel van het afnemen van interviews. Bij het uitwerken van de interviews werd duidelijk dat de interviewtechnieken van de onderzoekers gaandeweg steeds beter werden. Bij de eerste interviews had er regelmatig wat meer doorgevraagd kunnen worden door de onderzoekers. De vraag kan rijzen in hoeverre dit het weergegeven resultaat heeft beïnvloed en er informatie is blijven

liggen. Hierbij is het belangrijk om aan te geven dat één van de interviews (R2) twee keer heeft plaatsgevonden, omdat na afloop van het interview een technische storing is opgetreden.

De vijfde en tevens laatste beperking heeft betrekking op de gehanteerde methode voor de data-analyse. De uitgewerkte interviews zijn alle zeer uitgebreid gecodeerd door beide onderzoekers en vervolgens samengevoegd tot één codering, hierbij weer onderscheid makend tussen respondenten die zijn geïnterviewd voor en na de observatie. Gezien de tijd- en werkdruk was het niet mogelijk voor de interne- en externe begeleider om alle uitgewerkte interviews apart te coderen. Deze hebben alleen reactie gegeven op de codering van de onderzoekers.

Kortom dit kwalitatieve onderzoek kent dus toch een aantal beperkingen in betrouwbaarheid en validiteit.

5. Conclusie

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in twee paragrafen. In de eerste paragraaf worden de vraagstelling en de subvragen beantwoord zoals deze in de inleiding zijn opgesteld. Tenslotte worden zowel algemene aanbevelingen gedaan als aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

5.1 Vraagstelling

In de inleiding is de volgende vraagstelling beschreven:

‘ Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten, die verwezen zijn voor het revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum Hoensbroeck, over zijn eigen rol, de inhoud/aanpak en het resultaat (binnen welke domeinen) van de behandeling? ’

Met bijbehorende subvragen:

1. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over diagnostiek?*
2. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de inhoud, oorzaak en uitleg e.d.?*
3. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de opbouw?*
4. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het behandelteam?*
5. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt van de afzonderlijke disciplines van het behandelteam? (Fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werk en revalidatiearts)*
6. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over zijn eigen bijdrage aan het behandelproces?*
7. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het resultaat/effect?*
8. *Op welke domeinen verwacht de patiënt effect?*
9. *Wat zijn deze effecten binnen de verschillende domeinen?*
10. *Wat zijn de overeenkomsten/verschillen tussen de verwachtingen van de patiënten die de observatie wel en niet hebben doorlopen?*

Om antwoord te geven op de vraagstelling wordt er gebruik gemaakt van de subvragen. Aangezien de subvragen gebruikt zijn voor het opsplitsen van de vraagstelling. De eerste zeven subvragen zijn in de voorgaande hoofdstukken, te weten hoofdstuk drie ‘Resultaten’ en hoofdstuk vier ‘Discussie’ besproken. Daarnaast is er een overzicht samengesteld waarbij de antwoorden van de respondenten

door middel van korte steekwoorden worden weergegeven. Er wordt hierdoor een antwoord gegeven op de subvragen. Dit overzicht is terug te vinden in de bijlagen; bijlage 6.

De subvragen acht en negen gaan over het resultaat binnen de domeinen van de landelijke core set Pijnrevalidatie. Alle respondenten verwachten een positief effect te weten: pijn, fysiek functioneren, emotioneel functioneren, participatie (maatschappelijk/arbeid), hulpvraag/doelen en ervaren effect/tevredenheid. Enkele van deze effecten die worden benoemd door de respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek zijn: leren omgaan met pijn, actiever functioneren, meer huishoudelijke taken kunnen doen, meer zelfvertrouwen, terugkeer naar werk, afvallen, doorbreken negatieve spiraal en structuur vinden. Voor een compleet overzicht wordt wederom verwezen naar de bijlagen; bijlage 6.

Echter zijn er twee domeinen van de landelijke core set niet terug te zien in dit onderzoek. Het eerste domein is zorggebruik, dit wordt namelijk niet genoemd door de respondenten in dit onderzoek. Het tweede domein is negatieve gevolgen van de behandeling. In dit onderzoek verwacht geen van de respondenten een negatief effect.

Om de laatste subvraag te beantwoorden, is door de onderzoekers nagegaan of er een duidelijk verschil is tussen de patiënten die voor en na de observatiefase zijn geïnterviewd. Over het algemeen kan samenvattend gezegd worden, dat de indruk van de onderzoekers is dat de respondenten die zijn geïnterviewd na de observatiefase een duidelijk en helderder beeld hebben van wat er staat te gebeuren als ze beginnen met het revalidatieprogramma. Ook geven zij aan dat de observatiefase voor veel duidelijkheid heeft gezorgd. Dit vooral op het gebied van inhoud en opbouw van het revalidatieprogramma. Drie respondenten geven aan dat zowel het fysieke als het psychische aspect aan bod komt. Eén respondent geeft aan dat er van pijncontingent naar tijdcontingent gewerkt gaat worden. Dit komt overeen met wat in de observatiefase wordt aangeboden. Daarop volgend geven de respondenten die geïnterviewd zijn voor de observatiefase aan, het erg moeilijk te vinden een verwachting uit te spreken. Ze hebben weinig informatie om een verwachting te kunnen vormen. Dit geldt vooral voor de verwachtingen ten aanzien van de duur en het team van het revalidatieprogramma. Meestal zijn de respondenten al eens in aanraking gekomen met een revalidatiearts en/of fysiotherapeut, maar niet met een multidisciplinair team. Respondenten die zijn geïnterviewd voordat ze de observatiefase hebben doorlopen, vinden het moeilijk een verwachting te formuleren over een ergotherapeut en/of maatschappelijk werker. Met deze disciplines zijn de respondenten vaak nog niet in contact gekomen.

Bij de andere topics zijn niet zo'n grote verschillen in verwachtingen te zien tussen de twee groepen (respondenten voor en na observatiefase). Het valt op dat zowel door de respondenten geïnterviewd voor als na de observatiefase veel verschillende antwoorden zijn gegeven bij de topics. Een hypothese hierbij is dat de respondenten andere aspecten belangrijk vinden.

5.2 Aanbevelingen toekomstig onderzoek

Op dit moment is bekend wat de geïnterviewde respondenten verwachten voor of nadat ze de observatiefase hebben doorlopen. Het zou interessant zijn om dezelfde respondenten te interviewen nadat ze het programma hebben doorlopen. Enkele vragen zouden dan kunnen zijn:

- Zijn de verwachtingen uitgekomen?
 - Zo nee, welke niet?
 - Zo ja, welke wel?
 - Heeft dit invloed gehad volgens de respondenten?
 - Zo ja, welke invloed?
- Zijn er aspecten van de behandeling die niet waren verwacht?
 - Zo ja, welke?
 - Welke invloed heeft dit volgens de respondenten gehad?
- Wat moet volgens de respondenten duidelijker worden aangegeven voordat iemand begint aan het programma?

De respondenten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, hadden een grote variatiebreedte. Het vermoeden ontstaat dat hierdoor een grote verscheidenheid aan antwoorden is gegeven. Daarom rijst de vraag door welke factoren de verwachting wordt beïnvloed. Hierbij te denken aan: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, arbeidssituatie, relatie, thuissituatie etc. Het lijkt dus zinvol om onderzoek toe te spitsen op een meer homogene groep.

Tijdens de interviews is niet alleen gesproken over de specifieke vragen die de onderzoekers hadden. Twee respondenten die geïnterviewd zijn voor de observatie, hebben aangegeven dat ze het confronterend vonden dat in veel brieven, die ze van het revalidatiecentrum in Hoensbroek kregen, wordt gesproken over de partner van de patiënt. Er vanuit gaande dat iedere respondent een partner heeft. In het geval van deze twee respondenten is er geen partner. Ze vinden dit niet professioneel en confronterend. (6,8)

Dit is geen direct discussiepunt met betrekking tot het onderzoek, maar meer een discussiepunt/aanbeveling voor het revalidatiecentrum in Hoensbroek dat ze verder kunnen verwerken of verwerpen.

Literatuurlijst

1. W. Lammerts van Bueren; Als de pijn nooit ophoudt. Een onderzoek naar chronische pijn bij 60 plussers; Amsterdam; NIPO; 2000
2. B. van Cranenburgh; Pijn, vanuit een neurowetenschappelijk perspectief; Elsevier gezondheidszorg; 2002
3. M. van Kleef, F.W. Vreeling; Pijn en pijnbehandeling, een basaal onderwijscurriculum; Universitaire pers Maastricht, 1999
4. URL: <http://www.srl.nl/>
5. A. Köke; Revalidatieprogramma voor chronische pijn; Team Pijn Hoensbroeck revalidatiecentrum
6. A. Köke e.a.; Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland; Pijn en Kennis Centrum Maastricht; 2005
7. URL: <http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/>
8. A.J. Engers, A. Koke, M. Torenbeek; Nederlandse dataset Pijnrevalidatie; Stichting Revalidatie Limburg; 2007
9. URL: <http://www.vandale.nl/>
10. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, Schouten EG, Knottnerus JA, Vlaeyen JW; Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive behavioral treatment in chronic low back pain; Clin. J. Pain; Volume 24, Nummer 4; mei 2008
11. Goossens ME, Vlaeyen JW, Hidding A, Kole-Snijders A, Evers SM; Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain; Clin. J. Pain; Volume 21, Nummer 1; januari/februari 2005
12. CIPHER D, Fernandez E; Expectancy variables predicting tolerance and avoidance of pain in chronic pain patients; Elsevier Science Ltd.; Volume 35, Nummer 5; 1997
13. Allcock N, Elkan R, Williams J; Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities; Journal compilation, Blackwell Publishing Ltd.; mei 2007
14. Verbeek J, Sengers M, Riemens L, Haafkens J; Patient expectations of treatment for back pain; SPINE; Volume 29, Nummer 20; 2004
15. Petrie K, Frampton T, Large R, Moss-Morris R, Johnson M, Meechan G; What do patients expect from their first visit to a pain clinic; Clin. J. Pain; Volume 21, Nummer 4: Julie/augustus 2005
16. Strauss & Corbin; Grounded Theory Methodology; 1998

17. Hans Philipsen, Myrra Vernooij-Dassen; Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend; Huisarts en Wetenschap; september 2004
18. Baarda, de Goede & Teunissen; Basisboek Kwalitatief Onderzoek; Groningen; Stenfert Kroese; 2000
19. T. Hak; Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek; Huisarts en Wetenschap; oktober 2004
20. Baarda, de Goede en Van der Meer-Middelburg; Basisboek Interviewen; Tweede Herziene Druk; Wolters-Noordhoff Groningen
21. M. van Zwieten, D. Willems; Waardering van kwalitatief onderzoek; Huisarts en wetenschap; december 2004
22. F. Wester; Analyse van kwalitatief onderzoek; Huisarts en Wetenschap; November 2004

Bijlagen

Bijlage 1: Modulebeschrijving behandeling eerste drie weken

In deze fase komen de volgende modules aan bod:

- Module COPM: het inventariseren van individuele problemen m.b.v. de Canadian Occupational Performance Measure (COPM).
- Module introductie: een bijeenkomst voor patiënten en partners ter kennismaking.
- Module valueing: patiënt wordt gestimuleerd om meer inzicht te krijgen in wat voor hem/haar belangrijk is.
- Module pijnlessen: tijdens deze lessen wordt samen met de patiënt het pijn-gevolgenmodel ingevuld. Hierdoor krijgt de patiënt meer inzicht in zijn eigen probleem.
- Module bewegen: de patiënt krijgt oefeningen aangeboden waaruit hij/zij relevante oefeningen mag kiezen in de eerste week. De tweede week oefent de patiënt pijncontingent en in de derde week oefent de patiënt tijdcontingent.
Daarnaast wordt plezier in bewegen gestimuleerd.
- Module activiteiten: de patiënt werkt eerst pijncontingent en daarna tijdcontingent met de door de patiënt zelf gekozen activiteiten.
- Module gezonde leefstijl: er worden gesprekken gevoerd met een arts over slapen, medicatie en algemene gezondheid.
- Module probleemanalyse: iedere discipline van het behandelteam verzamelt specifieke informatie om het pijnprobleem te analyseren. Dit gebeurt ook door het voeren van individuele gesprekken. Dit vindt na de eerste 3 weken van de behandeling plaats, waarna de behandeling tijdelijk even stopt.

Bijlage 2: Modulebeschrijving vervolgbehandeling twee maal zes weken

- Module cognitieve herstructurering: Deze behandeling is gericht op het veranderen van gedrag, emoties en stemming. Er wordt duidelijkheid verkregen over disfunctionele gedachten, die een onderhoudende invloed hebben op het pijngedrag van de patiënt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van bijvoorbeeld rationele emotieve therapie (RET) en cognitieve therapie volgens Beck.
- Module problem solving: De patiënt krijgt probleemoplossende vaardigheden aangeboden zoals beschreven in 'Probleemoplossende vaardigheidstraining: een individueel en een groepsprogramma', (Auteurs: drs. A.M.J. Kole Snijders, drs. S.M. Geurts, dr. J.H.C. van de Hout en prof. dr. J.W.S. Vlaeyen).
- Module psychomotoriek: Hierin wordt geoefend met gedragsalternatieven. De aangrijpingspunten in de behandeling zijn onder andere bewegingsgedrag, lichaamstaal, lichamelijke spanningen, lichaamssensaties en lichaamsbeweging.
- Module activiteiten: Deze module bestaat uit verschillende onderdelen die ook in combinatie gegeven kunnen worden.
 - Graded activity
 - Graded exposure
 - Pacing: het plannen van activiteiten om zo goed mogelijk om te gaan met de energie.
 - Sport en spel
 - Fysieke training
- Module arbeid: Deze module bestaat uit informatieverstrekking en advies over de regelgeving omtrent betaald werk en er wordt eventueel een stappenplan opgesteld voor re-integratie.
- Module partner: De partner kan op verschillende manieren betrokken worden bij de behandeling, door middel van kennismaking, meeloopdagen en individuele begeleiding.
- Module sociale vaardigheidstraining: Het doel is om door middel van deze training het zelfvertrouwen te vergroten. Hierbij wordt gewerkt met een aangepaste vorm van de sociale vaardigheidstraining, welke is ontwikkeld door Goldstein.

Bijlage 3: Topiclijst

- Aanpak algemeen en opbouw van het revalidatieprogramma
 - Herkomst kennis
 - Doel van het revalidatieprogramma
 - Herkomst kennis m.b.t. het doel van het revalidatieprogramma
 - Persoonlijk doel van de patiënt
 - Werkwijze van het revalidatieprogramma
- Diagnostiek
 - Tevredenheid voorgaande onderzoeken
 - Verdere diagnostiek in Hoensbroeck
- Inhoud en opbouw revalidatieprogramma
 - Uitleg over oorzaak van de pijn
 - Leren omgaan met pijn
 - Groepsbehandeling of individuele behandeling
 - Duur behandeling
 - Therapievormen
- Het team van het revalidatieprogramma
 - Behandelaren
- Eigen rol van de patiënt
- Resultaat en effect van het revalidatieprogramma
 - Wanneer is de behandeling geslaagd
 - Oorzaak
 - Pijnklachten
 - Dagelijks functioneren
 - Emotionele toestand/emoties
 - Sociaal functioneren

Bijlage 4: Informatiebrief Respondenten

Heerlen, 10 januari 2009

Betreft: Onderzoek “Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum?”

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief willen we u informeren over het onderzoek met de titel “Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum?” Het onderzoek is een initiatief van het Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie te Hoensbroek. Het onderzoek zal in Limburg plaatsvinden in de periode tussen februari en april 2009. Deze brief informeert u over het doel, de aard en de duur van het onderzoek. Na het lezen van de brief kunt u beoordelen of u interesse en tijd heeft om aan het onderzoek deel te nemen. In de bijgevoegde bijlage vindt u meer details over het onderzoek.

Als onderzoekersstagiaires bij de Hogeschool Zuyd, zijn wij, Kim van Venrooij en Mandy Welters de uitvoerende onderzoekers binnen dit onderzoeksproject. Onze directe begeleiders zijn Drs. A. Köke en Dr. Y. Nelissen. Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma en het resultaat van de behandeling. We willen met de verkregen kennis in de toekomst de inhoud van het revalidatieprogramma nog beter afstemmen op de wensen en verwachtingen van patiënten.

Meewerken aan het onderzoek houdt in dat er een interview met u wordt gehouden, op een locatie die u zelf mag bepalen (bij u thuis of op het revalidatiecentrum), over wat uw persoonlijke verwachtingen ten aanzien van het revalidatieprogramma zijn. Naast het interview vindt er een groepsbijeenkomst plaats met enkele respondenten. Dezelfde vragen zijn het uitgangspunt, maar nu bestaat de mogelijkheid om met elkaar een discussie te voeren.

Wanneer u belangstelling heeft voor deelname aan het onderzoek, kunt u onderstaande antwoordstrook naar ons opsturen in de bijgevoegde gefrankeerde envelop. We willen u vragen deze voor 15 februari 2009 terug te sturen. Na het insturen van uw antwoordstrook zal één van ons telefonisch contact met u opnemen om een afspraak te maken voor afname van het interview en eventueel al planning voor de groepsbijeenkomst.

Met vriendelijke groet,

Kim van Venrooij
Mandy Welters
Uitvoerende onderzoekers

A. Köke
Verantwoordelijk onderzoeker
Ontwikkelcentrum Pijnrevalidatie
Hoensbroeck

Bijlage: Extra informatie over onderzoek



JA, ik heb interesse voor deelname aan het onderzoek “Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum?”

Naam:

Adres:

.....

.....

Telefoon:

Geboortedatum:

E-mail:

Geslacht: O Man O Vrouw

Extra informatie over het onderzoek (Bijlage)

Algemeen

- Indien u mee wilt doen aan het onderzoek zullen we u vragen een toestemmingsformulier in te vullen. Deelname aan het onderzoek geschiedt op volledig vrijwillige basis. Een eventuele beslissing om niet deel te nemen, zal geen enkele invloed hebben op de behandeling in het revalidatiecentrum. Daarbij komt dat, indien u zich nu opgeeft voor dit onderzoek, u zich op elk moment kunt terugtrekken. U kunt dit telefonisch of schriftelijk, met of zonder opgaaf van redenen, aan ons doorgeven.

Doel onderzoek

- Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma en het resultaat van de behandeling. We willen met de verkregen kennis in de toekomst de inhoud van het revalidatieprogramma nog beter afstemmen op de wensen en verwachtingen van patiënten.

Interview en Groepsbijeenkomst

- Het individuele interview zal ongeveer één à anderhalf uur duren. Indien u hiertegen geen bezwaar heeft, zal het interview op een geluidsband worden opgenomen. Het interview zal gepland worden op een datum en tijdstip waarop het u schikt.
De groepsbijeenkomst zal één à twee uur duren. Indien alle personen, die hiervoor gevraagd worden, geen bezwaar uiten, zal ook deze bijeenkomst opgenomen worden op een geluidsband. Deze bijeenkomst zal gepland worden wanneer de meeste personen in de gelegenheid zijn hieraan deel te nemen.
- De door u gegeven antwoorden tijdens het interview en groepsbijeenkomst worden verwerkt en geanalyseerd.

Privacy

- Om u privacy volledig te garanderen zullen alle gegevens, verkregen door het interview en de groepsbijeenkomst, anoniem worden verwerkt. Behalve wijzelf heeft niemand inzage in uw gegevens. De algemene persoonlijke gegevens en de band met gegevens zullen eind augustus 2009 vernietigd worden.

Vragen/Klachten

- Heeft u vragen over deze brief, dan kunt u contact opnemen met één van ons. Mocht u een klacht willen indienen over het onderzoek of een onderdeel van dit onderzoek, dan kan dit door contact op te nemen met A. Köke, telefoon 045-5282756, e-mail a.koke@srl.nl.

Bijlage 5: Informed consent formulier

“Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum?”

Ik, ondergetekende, _____

verklaar kennis te hebben genomen van de informatie over doel, aard en duur van het onderzoek met als titel “Wat zijn de verwachtingen van chronische pijnpatiënten over het pijnrevalidatieprogramma van het Hoensbroeck revalidatiecentrum?”, middels een informatiebrief. Daarnaast heb ik de mogelijkheid gehad tot het stellen van eventuele vragen.

Ik ben geïnformeerd over de volgende punten:

- Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en beëindiging van het onderzoek kan op ieder moment mondeling of schriftelijk plaatsvinden.
- Het onderzoek is gericht op het inventariseren van verwachtingen van chronische pijnpatiënten ten aanzien van het revalidatieprogramma van het revalidatiecentrum Hoensbroeck.
- Het onderzoek bestaat uit afname van een interview en kan aangevuld worden met een groepsbijeenkomst/-discussie. Elk zullen ongeveer één à anderhalf uur duren.
- De onderzoekers, Kim van Venrooij en Mandy Welters, waarborgen de privacy van de deelnemer, door de gegevens anoniem te verwerken. Daarbij wordt geen inzage in gegevens verleend aan derden. Na afronding van het onderzoek zullen de persoonsgegevens van de deelnemer en de bandopnames van interview en groepsbijeenkomst worden vernietigd.
- Bij klachten over het onderzoek kan contact opgenomen worden met A. Köke, telefoon 045-5282756, e-mail a.koke@srl.nl.

Na lezing akkoord,

Handtekening deelnemer

Handtekening onderzoekers

Plaats: _____

Datum: _____

Bijlage 6: Overzicht verwachtingen respondenten

Herkomst kennis

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Internet (3)	Internet (1)
Ontvangen informatie van Hoensbroeck (3)	Observatiefase (4)
Eerdere ervaring revalidatie (2)	
Ervaringen eerdere revalidanten (2)	

1. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over diagnostiek?

Tevredenheid voorgaande onderzoeken

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Tevreden (3)	Tevreden (1)
Ontevreden (1)	Ontevreden (3)

Diagnose en onderzoeken Hoensbroeck

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Wel (2)	Wel (2)
Niet (2)	Niet (2)

Inhoud onderzoeken

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Klachten (1)	Klachten (2)
Belastbaarheid (lichamelijk en geestelijk) (1)	

2. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de inhoud, oorzaak en uitleg e.d.?

Eerste gedachtes over de inhoud van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Gesprekken (geestelijk en lichamelijk) (1)	Balans (geestelijk en lichamelijk) (1)
Leren omgaan met pijn (4)	Oefenstof (2)
Niet pijnvrij (4)	Neerwaartse spiraal doorbreken (1)
Ontspanning (1)	Persoonlijke dagbehandeling (1)
Team van deskundigen (2)	Moeilijk een verwachting te vormen (1)

Doel van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Leren omgaan met pijn (4)	Leren omgaan met pijn (4)
Acceptatie (2)	Persoonlijke afstemming (1)
Oppakken 'normale' leven (2)	Balans vinden (2)
	Fysieke opbouw (2)
	Terugkeer werk (2)
	Terugkeer maatschappelijk en sociaal leven (1)
	Inzicht geven in gedachtes bij pijn (1)

Persoonlijk doel van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Leren omgaan met de pijn (4)	Leren omgaan met pijn (2)
Acceptatie (2)	Afvallen (1)
Oppakken 'normale' leven (2)	Terugkeer werk (1)
Leren omgaan veranderde vader- en partnerrol (1)	Beter sociaal leven en relatie (1)
Belasting opbouwen (1)	Fysieke opbouw (1)
	Leren open zijn. (1)
	Veranderen thuissituatie (1)

Uitleg over de oorzaak van pijn

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Wel (1)	Wel (2)
Niet (3)	Niet (2)

Inhoud van de uitleg oorzaak van pijn

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Uitleg over symptomen (1)	Bepalende factoren op langere termijn (2)

Nodig voor omgaan met pijn

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Pijn naar de achtergrond (1)	Pijn moet een plaats krijgen (1)
Gesprekken (4)	Balans (4)
Meditatie (1)	Grenzen bepalen (4)
Aandacht voor psyche (2)	Open zijn naar de buitenwereld (1)
Aandacht voor het lichamelijke (1)	Stimulans door revalidatiecentrum (1)
Discipline (1)	Eigen verstand gebruiken (1)
Acceptatie (2)	Zelfbeheersing (1)
Weinig spanning oftewel ontspanning (1)	
Controle (1)	
Structuur (1)	
Doorzettingsvermogen (1)	
Negatieve cirkel doorbreken (1)	

Therapievormen van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Bewegingstherapie/oefeningen (3)	Sporten (3)
Gesprekken (1)	(Psychologische) gesprekken (2)
Verpleging (1)	
Iedere therapeut eigen programma (1)	

3. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de opbouw?

Eerste gedachten over de opbouw van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Opbouwend grenzen verleggen (1)	Pijncontingent → tijdcontingent (1)
Persoonlijk dagprogramma (1)	Spiegel die wordt voorgehouden (1)
Leren om te belasten (1)	Antwoorden zoeken bij jezelf (1)
Kijken hoe iemand in elkaar zit (1)	Overleg met patiënt (1)
Eerst observatiefase (3)	Verhelderend (1)
Geen verwachting (1)	Sporten (1)
	Intensief (1)

Groepstherapie of individuele therapie

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Geen voorkeur (3)	Geen voorkeur (1)
Afhankelijk van therapie (2)	Afhankelijk van therapie (1)
Individueel (1)	Individueel (1)
	Groepsverband (1)

Contact met andere patiënten

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Ervaringen uitwisselen (1)	Ervaringen uitwisselen (1)
Steun (1)	Steun en begrip (1)
Positief (2)	
Naar beneden drukken/negatief (1)	
Interessant (1)	
Leren van anderen (1)	

Duur van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Observatiefase van 3 weken (1)	12 weken (3)
20 Weken (1)	16 weken (1)
Drie tot zes maanden (1)	Eventuele verlenging (1)
Totale duur 15 weken (incl. observatie) (1)	
Geen verwachting (1)	
Geen verwachting of dit voldoende is (4)	Tijd is voldoende (2)

4. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het behandelteam?

Eerste gedachten over het behandelteam van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Begeleiding (1)	Begeleiding (1)
De juiste handvaten aanreiken (1)	Stok achter de deur (1)
Leren van deskundigen (2)	Spiegel voorhouden (1)
Verschillende therapeuten (1)	Structuur geboden (1)
Mensendieck therapie (1)	Stimuleren (1)
Alle disciplines vormen één team – multidisciplinair team (1)	Positieve gesprekken (1)

Contact met de behandelaren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Open staan voor de patiënten (2)	Open (1)
Goede band (1)	Vriendelijk (1)
Overleg met de patiënt (1)	Geen voorwaardes contact (3)
Afspraken nakomen (1)	
Respect en eerlijkheid (1)	
Geen voorwaardes (3)	Geen voorwaardes (4)
Voorwaarde: niet over de grens (1)	

5. *Wat zijn de verwachtingen van de patiënt van de afzonderlijke disciplines van het behandelteam? (Fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werk en revalidatiearts)*

Fysiotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Bewegen (1)	Oefeningen/sporten (3)
Belasting verhogen (1)	Gespecialiseerd in menselijk lichaam (1)
Zwemmen/losser bewegen (1)	
Geen verwachting (1)	

Fysiotherapeut en ergotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Mogelijkheden bekijken (1)	
Aanleren (1)	

Ergotherapeut

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Geen verwachting (1)	Terugkeer werk (2)
Begeleiden (1)	Ontspanning (1)
Functioneren in het leven (1)	Houding (1)
Dagindeling (1)	

Psycholoog

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Leren omgaan met pijn (1)	Leren omgaan met pijn (1)
Inventariseren hoe je in het leven staat (1)	Op een rijtje zetten (1)
Perfectionisme afzwakken (1)	Negatieve cirkel doorbreken (1)
Goede richting wijzen (1)	Verdraagzamer worden (1)
	Inzicht geven in jezelf (1)
	Anders tegen dingen laten aankijken (1)

Maatschappelijk werker

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Inventariseren hoe je in het leven staat (1)	Gedachtes van werk afhalen (1)
Maatschappelijke zaken/verplichtingen regelen (1)	Wegwijs maken in de maatschappij (1)
Geen verwachting (1)	Verdraagzamer worden (1)
	Confronteren (1)

Revalidatiearts

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Coördinerende rol (2)	Controlerende rol (2)
Algemene arts (1)	Medisch advies (1)
Samensteller programma (1)	Achtergrond (1)
Erop terug kunnen vallen (1)	Verwijzer (1)
Geen verwachting (1)	

6. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt over zijn eigen bijdrage aan het behandelproces?

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Actieve rol (4)	Actieve rol (2)
Open zijn (1)	Open zijn (2)
100% Inzet (1)	100% Inzet (1)
100% Achter de behandeling staan (1)	Eigen inzicht (1)
Sociaal opstellen (1)	
Huishoudelijke taken doen (1)	

7. Wat zijn de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het resultaat/effect?

Eerste gedachtes ten aanzien van het resultaat van het revalidatieprogramma

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Fysiek meer kunnen doen (3)	Fysiek meer kunnen (1)
Terugkeer werk (1)	Terugkeer werk (1)
Accepteren van de klachten (3)	Afgevallen zijn (1)
Pijn naar de achtergrond (1)	Prettiger mens zijn (1)
Grenzen kunnen stellen (1)	Actiever in het leven staan (1)
Neerwaartse spiraal doorbroken (1)	Betere (seksuele) relatie (1)
Makkelijker kunnen ontspannen (1)	Tips/leefregels hebben gekregen (1)
Verbeterde kniemobiliteit (1)	Structuur/balans hebben (1)
	Positiever denken (1)

Resultaat ten aanzien van de oorzaak van de klachten

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Geen invloed (4)	Geen invloed (4)

Resultaat ten aanzien van de pijnklachten

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Niet pijnvrij (4)	Niet pijnvrij (4)
Pijnintensiteit en hersteltijd afnemen (1)	Minder intensief (4)
Acceptatie pijnklachten (2)	Afleiding (1)
Pijn naar de achtergrond (1)	Onderdrukking (1)
Leren omgaan met pijn (2)	Balans (1)
	Minder belasting rug (1)

Resultaat ten aanzien van het dagelijks functioneren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Niet pijnvrij (4)	Niet pijnvrij (4)
Pijnintensiteit en hersteltijd afnemen (1)	Minder intensief (4)
Acceptatie pijnklachten (2)	Afleiding (1)
Pijn naar de achtergrond (1)	Onderdrukking (1)
Leren omgaan met pijn (2)	Balans (1)
	Minder belasting rug (1)

Resultaat ten aanzien van het emotioneel functioneren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Gevoelens uiten (2)	Afsluiten wrok jegens werk (1)
Betere omgang pijn (1)	Zelfbeheersing (1)
Beter humeur (1)	Betere omgang huidige situatie (1)
Meer zelfvertrouwen (1)	Positieve gedachtegang (2)
Verstandiger (1)	
Meer zichzelf zijn (1)	

Resultaat ten aanzien van het sociaal functioneren

Antwoorden respondenten voor observatiefase	Antwoorden respondenten na observatiefase
Sociale contacten toenemen en verbeteren (4)	Open zijn naar omgeving (1)
Terugkeer werk (2)	Respect van omgeving (1)
Lotgenotencontact (1)	Automatisme (1)
Minder afhankelijk (1)	Negatieve spiraal doorbreken (1)
Verbeterde vaderrol (1)	