Masterproef: Is gedeelde pijn halve smart? De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk

Dr. Laura Daman, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Masterproef: Is gedeelde pijn halve smart? De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk

Abstract

Chronische pijn is een complex probleem dat we als huisartsen vaak moeilijk kunnen aanpakken en meestal niet effectief farmacologisch kunnen behandelen. Uit de wetenschappelijke richtlijnen weten we dat psychotherapie, patiënteducatie en begeleiding bij dagelijks beweging goede niet-farmacologische opties zijn om chronische pijn aan te pakken in de eerste lijn.

Het pijneducatietraject 'Je Pijn Te Lijf' werd in kleine groepjes patiënten met chronische pijn aangeboden in de praktijken van Geneeskunde voor het Volk: in 10 wekelijkse sessies van 2 uur kregen zij onder begeleiding van psychologen en huisartsen educatie en psychotherapie over hun pijn.

Tijdens dit kwalitatief onderzoek werden deelnemers van 4 groepen die deze pijncursus het voorbije jaar afgerond hebben in 4 Vlaamse praktijken van Geneeskunde voor het Volk geïnterviewd over hun ervaring bij het volgen van deze cursus, nu deze langer achter de rug was. Van de 26 deelnemers uit deze 4 groepen, werden in totaal 8 personen geïnterviewd in kleine groepjes van 1 tot 3 personen, telkens samen met de andere deelnemer(s) van hun pijngroep. De interviews werden gecodeerd in Nvivo en verwerkt volgens een flexibele thematische analysetechniek.

De geïnterviewde deelnemers aan de cursus waren allen tevreden over hun deelname. Er waren individuele verschillen betreffende welk aspect van de cursus het meest waardevol is. Hun ervaringen met pijn delen met lotgenoten en erkenning krijgen voor hun pijnprobleem was voor de meerderheid erg belangrijk. De meesten leerden veel bij over het pijnsysteem in het brein en werden zich bewuster van het effect van stress. Ze leerden hun pijn beter te aanvaarden en hun grenzen te bewaken.

Het verder organiseren van de cursus in zijn huidige vorm wordt aangeraden en kan hopelijk nog verder uitgebreid worden naar andere locaties. De positieve effecten in het dagelijks leven beginnen te verwateren in de groepen die al een jaar geleden hun cursus hebben afgerond. De suggestie om een opvolgmoment of praatgroep te voorzien na het afronden van de cursus kwam uit een interview voort en is een mogelijke oplossing die in de toekomst kan geëxploreerd worden.

Inhoudstafel

Abstract *3*

Inhoudstafel *4*

Inleiding *5*

Oriënterend literatuuronderzoek *6*

De opzoekvraag en de PICO 6

De gebruikte key-words, MESH-termen 6

In- en exlusiecriteria 6

De databanken waarin gezocht werd 7

De zoekstrategie van het pubmed literatuuronderzoek, de selectie van de artikels en korte inhoudelijke bespreking **7**

Resultaten literatuurstudie (antwoord op opzoekvraag) **9**

Bespreking scriptie aan basis van project **11**

Methodologie *11*

Onderzoeksopzet van het veldwerk **11**

Thematische analyse **14**

Resultaten *15*

Discussie *18*

Bespreking resultaten **18**

Terugkoppeling literatuur, implicaties **19**

Tekortkomingen **19**

Suggesties toekomstig onderzoek/ aanpassingen **20**

Conclusie *20*

Referenties *21*

Bijlage 1: Goedgekeurd Protocol Ethisch Comité *25*

Bijlage 2: Gunstig Advies Ethisch Comité *29*

Bijlage 3 Script Interviews – versie 08/07/2023 ..... *32*

Bijlage 4: Mindmap met codes gegroepeerd onder thema's *35*

Inleiding

Chronische pijn is een vaak voorkomende klacht en als huisarts weten we soms niet goed meer hoe we deze patiënten nog verder kunnen helpen.

Volgens de definitie in de ICD-11 (International Classification of Diseases), gebaseerd op onderzoeken van de International Association for the Study of Pain (IASP) spreken we van chronische pijn bij voortdurende of terugkerende pijn die langer dan 3 maand duurt.[1,2] Dit is een complex pijnsyndroom met biologische, psychologische en sociale factoren, dat vaak specifieke evaluatie en behandeling nodig heeft. Er zijn ook verscheidene socio-economische factoren die een duidelijke invloed hebben op de epidemiologie van chronische pijn.[3] Er wordt geschat dat 20% van de wereldbevolking ooit in aanraking komt met chronische pijn.[2] In België schat men dat 18% van de bevolking ooit aan matige of ernstige chronische pijn lijdt.[4]

Klassiek werden pijnklachten farmacologisch behandeld volgens de WHO-pijnladder.[5] We weten dat ongeveer 10% van de Belgische bevolking momenteel een vorm van zware pijnmedicatie inneemt (opioïden of opiaten).[6] Deze cijfers gaan overigens in stijgende lijn, wat bezorgdheid oproept wegens de ernstige nevenwerkingen en verslavingsgevoeligheid voor deze medicatie. In internationale richtlijnen blijkt dat er geen goed bewijs is voor farmacologische behandeling van chronische pijnproblemen, maar wel steeds meer bewijs dat non-farmacologische behandelingen een goed effect hebben. [7,8]

De uiteenlopende non-farmacologische behandelingen die aangeraden worden zijn o.a. bewegingstherapie onder begeleiding en kinesitherapie in verscheidene vormen, waaronder ook acupunctuur en dry needling. Verscheidene vormen van psychotherapie werden reeds onderzocht: ACT (acceptance and commitment therapie), CGT(cognitieve gedragstherapie), relaxatie en mindfulness, ... Ook patiënteducatie en zelfmanagement worden in sommige richtlijnen aangeraden. [9-20]

In de literatuur komt vaak naar voor dat er nog meer en beter onderzoek noodzakelijk is naar de niet-farmacologische behandelingen van chronische pijn.[15,16,28]

Doelstelling van het project

In 2020 werd door Dr. Leen Vermeulen in de praktijken van Geneeskunde voor het Volk een project opgestart voor patiënten met chronische pijn in de huidige versie. Zij volgden een pijneducatie-traject ‘Je Pijn te Lijf’ in verschillende groepssessies op basis van een werkboek. Dit traject werd ontwikkeld in het kader van een psychotherapie-opleiding die Dr Vermeulen gevolgd heeft.[21] Later werd het bijhorend werkboek op de markt gebracht als het boek ‘Je Pijn Te Lijf’.[22]

De pijneducatie werd voor groepen van 8 tot 12 personen georganiseerd in 10 wekelijkse contactmomenten van 2 uur. Elke sessie besprak een thema dat ook in het werkboek werd gevolgd, bv. pijn in het brein, bewegen met pijn, gedachten over pijn, pijngedrag, stress en pijn, ... Bij het laatste contactmoment werd een evaluatie van de cursus gegeven door de deelnemers die overwegend positief was.

Masterproef: Is gedeelde pijn halve smart? De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk - Dr Laura Daman

Dit project loop ook in de Franstalige praktijken van Geneeskunde voor het Volk / Medicine pour le Peuple, maar voor dit onderzoek beperken we ons tot de Nederlandstalige praktijken. Het project werd door Dr. Leen Vermeulen en enkele collega's voorgesteld en met enthousiasme onthaald op enkele nationale en internationale congressen voor artsen.

Na het afronden van de pijneducatie was er geen contact meer voorzien met de deelnemers. Tot op heden is niet opgevolgd hoe de deelnemers aan deze cursussen terugkijken op dit traject en hoe de impact hiervan is op hun leven nadien. In dit onderzoek willen we deze ervaring op langere termijn na afronden van de cursus nagaan.

Oriënterend literatuuronderzoek

De opzoekvraag en de PICO

De onderzoeksvraag: Wat is de ervaring van chronische pijnpatiënten die psycho-educatie in groep volgen in de huisartspraktijk?

De vertaling van de onderzoeksvraag naar PICO termen:

Patiënt: volwassen patiënten met chronische pijn in de huisartspraktijk

Intervention: georganiseerde pijneducatie en psychotherapie (in groep)

Control: opvolging pijnprobleem uitsluitend via de huisarts

Outcome: verbetering in pijnprobleem

De gebruikte key-words, MESH-termen

In CEBAM digital library for health:

- Zoekterm "chronic pain"
- Zoekterm "chronische pijn"

Literatuuronderzoek via PubMed: matching MeSH-termen met PICO:

Om de patiëntengroep te bepalen, gebruik ik de MeSH term "Chronic Pain". Om de context van de huisartspraktijk te bepalen kunnen we meerdere MeSH termen proberen, o.a. "General Practice", "General Practitioners", "Family Practice" en "Family Physicians". Voor de pijn educatie in groep, de interventie, kunnen we enerzijds "Patient Education as Topic" gebruiken (dit maakt het onderscheid met publicaties die handouts voor patiënteducatie zijn). Om het groepsaspect erbij te betrekken, wil ik gebruik maken van de MeSH term "Group Psychotherapy".

In- en exlusiecriteria

In CEBAM digital library for health:

- Veel richtlijnen gingen over farmacologische behandeling van pijn, deze konden op basis van de titels reeds worden uitgesloten.

In pubmed literatuuronderzoek:

- Literatuur over chronische niet-kanker niet- palliatieve pijn bij volwassenen: exclusie literatuur over kinderen, pijn bij kanker, palliatieve pijn; op basis van titel of abstract

- Exclusie literatuur over farmacologische behandeling van chronische pijn; op basis van titel.

De databanken waarin gezocht werd

- CEBAM digital library for health richtlijnen onderzoek --> verwees door naar Dynamed, NICE guidelines, EBPracticenet, NHG standaarden, BCFI farmacotherapeutische folia, Cochrane, BMJ. Al deze vermelde bronnen werden nadien individueel opnieuw doorzocht maar hier kon geen nieuwe informatie gevonden worden.

- Pubmed literatuuronderzoek

De zoekstrategie van het pubmed literatuuronderzoek, de selectie van de artikels en korte inhoudelijke bespreking

- Mesh term 'Chronic pain': bijna 22.368 artikels --> verdere selectie nodig

- Mesh terms ((general practice[MeSH Terms]) OR (family physician[MeSH Terms])) OR (family practice[MeSH Terms]): 92.174 artikels --> verdere selectie nodig

- (((general practice[MeSH Terms]) OR (family physician[MeSH Terms])) OR (family practice[MeSH Terms])) AND (**chronic pai**n[MeSH Terms]): 136 artikels

    - 2 Systematic reviews:

        - 1 over medication-adherence = niet relevant over onderzoeksvraag

        - 1 Syst rev: delphi studie uit NL waar tests voor centrale sensitisatie werden nagegaan om te kijken welke in HA praktijk gebruikt kunnen worden: Central Sensitization Inventory (CSI), pressure pain thresholds (PPTs) and monofilaments (interessant maar niet relevant ivm onderzoeksvraag)

    - 11 reviews: 4 specifiek over pijnmedicatie, 1 over bipolaire stoornis, 1 over palliatieve pijnzorg, 1 over sociale media posts (vallen buiten scope van onderzoeksvraag)

        - Een Deens artikel over psychosociale interventies bij pijn.[23]

        - Een artikel over aanpak van pijn bij verslaafden: CGT wordt hier aangehaald als een van de mogelijke niet-farmacologische interventies.[24]

        - Een review waar de aanpak in de huisartspraktijk van 3 chronische pijnproblemen wordt vergeleken: fibromyalgie, artrosepijn en lage rugpijn. In de drie gevallen wordt CGT en zelf-management besproken als een behandelingsoptie met graad A aanbeveling.[25]

        - Bespreking van een Schotse Guideline voor chronische pijn in de huisartspraktijk: ze bespreken psychologische interventies als een graad C aanbeveling maar bediscussiëren ook het gebrek aan goed onderzoek naar niet-farmacologische therapieën ten tijde van de totstandkoming in 2013.[26]

- ((((general practice[MeSH Terms]) OR (family physician[MeSH Terms])) OR (family practice[MeSH Terms])) AND (chronic pain[MeSH Terms])) AND (**patient education as topic**[MeSH Terms]):
    - 5 artikels, 4 nieuw: 2 over opioïdgebruik, 1 over kankerpijn, 1 niet relevant
- ((((general practice[MeSH Terms]) OR (family physician[MeSH Terms])) OR (family practice[MeSH Terms])) AND (chronic pain[MeSH Terms])) AND (**group psychotherapy**[MeSH Terms])
    - 1 artikel: RCT naar haalbaarheid van ACT in groep bij chronische pijn: bevragingen bij 26 patiënten die de groepen volgden toonden tevredenheid en een goede haalbaarheid om deze therapie verder uit te bouwen. [27]
- (chronic pain[MeSH Terms]) AND (patient education as topic[MeSH Terms]): 285 artikels
    - 18 systematic reviews
        - 1 studie naar een specifiek pijnsyndroom, 2 studies naar andere zorgverleners (apotheek, kinesist)
        - Een meta-analyse over neurowetenschappelijke pijneducatie bij chronische musculoskeletale pijn: beperkte effecten, lage relevantie
        - Een meta-analyse van pijneducatie die specifiek keek naar aantal sessies, gespendeerde tijde en groepsaspect: enkel de sessies in groep hadden een statistich significant effect op kinesiofobie.
- (**(chronic pain[MeSH Terms]) AND (patient education as topic[MeSH Terms])) AND (group psychotherapy[MeSH Terms])**
    - 7 artikels,
    - Een systematic review reeds hierboven vermeld bij de minerva-artikels. [20,28]
    - Een editorial over bovenstaande review
    - Een tweede review specifiek over migraine en spanningshoofdpijn: betere effecten van zelf-management als er ook een groepseducatie aspect bij is en ook als er CGT-aspect bij is. [29]
    - Een RCT waarbij CGT, pijneducatie en TAU vergeleken worden naar hun effect op de pijn conceptualisatie van biomedisch perspectief naar biopsychosociaal perspectief: goed effect van pijneducatie en CGT. [30]
    - Een descriptief artikel in het Duits
    - Een Nederlandse RCT naar SOLK-patiënten inclusief chronische pijnpatiënten en hoe het effect van CGT in groep voorspeld kon worden via o.a. hun psychiatrische comorbiditeit: dit gaf slechte voorspelling.[31]
    - Een RCT waar ik geen abstract, noch volledige tekst van kon vinden

Resultaten literatuurstudie (antwoord op opzoekvraag)

Chronische pijn is een multifactorieel probleem waarbij we spreken over een voortdurende of terugkerende pijn van langer dan 3 maand, zoals ook de ICD-11 stellen, gebaseerd op de definitie van IASP.[1] Het is een moeilijk behandelbaar probleem met biologische, psychologische en sociale factoren, dat vaak specifieke evaluatie en behandeling nodig heeft. Er wordt geschat dat 20% van de wereldbevolking ooit in aanraking komt met chronische pijn.[2] In dit onderzoek wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen en oorzaken van chronische pijn. Er zijn ook verscheidene socio-economische factoren die een duidelijke invloed hebben op de epidemiologie van chronische pijn.[3]

In internationale richtlijnen, zoals de NICE in de UK, blijkt dat er geen goed bewijs is voor de meeste farmacologische behandelingen van chronische pijnproblemen. Specifiek voor chronische pijnproblemen is er weinig overtuigend bewijs van de goede werking van medicatie, behalve van sommige antidepressiva. Van veel klassiek voorgeschreven pijnmedicatie, zoals opiaten, zijn de schadelijke effecten veel groter dan de potentiële pijnstillende effecten, waardoor o.a. de NICE richtlijn aanraadt deze af te bouwen en te stoppen.[7] Daartegenover is er wel steeds meer bewijs dat non-farmacologische behandelingen een goed effect hebben. In dezelfde NICE richtlijn was er bijvoorbeeld een consistente verbetering in pijn in verschillende studies rond implementatie van bewegingstherapie gezien, over verschillende soorten bewegingstherapie en verschillende soorten pijn heen, dus werd dit hun nummer 1 aanbeveling in behandeling. Over de verschillende richtlijnen heeft men het dan o.a. ook over begeleide bewegingstherapie, psychotherapie in de vorm van cognitieve gedragstherapie of ACT (acceptance and commitment therapy), en ook acupunctuur of dry needling indien goed uitgevoerd.[7]

Ook de Amerikaanse richtlijn van het American College of Physicians raadt bij chronische lage rugpijn non-farmacologische behandelingen aan. Hier wordt met een lage bewijsgraad ook de cognitieve gedragstherapie vermeld als een sterke aanbeveling.[8] Vormen van relaxatietherapie en mindfulness tonen vaak geen effect op pijn, maar omdat het behandelingen met een laag risico zijn worden ze toch aanbevolen. Een specifieke review van goede kwaliteit die zelf-management bij lage rugpijn naging, toonde beterschap van pijn na analyse van 13 studies.

Een andere Amerikaanse richtlijn van VHA (Veterans Health Association = militaire gezondheidszorg) concludeert ook dat cognitieve gedragstherapie, ACT psychotherapie en mindfulness worden aangeraden in de behandeling van chronische musculoskeletale pijn.[9]

De richtlijn van de American Pain Society bespreekt CGT als effectief voor pijnvermindering op korte termijn maar niet voor functionele status.[10]

De Europese richtlijnen voor pijnbehandeling bij artrose en artritis (EULAR) raden psychotherapeutische interventies en patiënteneducatie aan.[11] Een review van Franse richtlijnen voor chronische pijn waarin verschillende behandelingen besproken worden, raadt als psychotherapie CGT en mindfulness aan in tweede lijn als toegevoegde therapie bij andere farmacologische interventies.[12]

In de Belgische richtlijn (ebpracticenet) voor de aanpak van chronische pijn in de eerste lijn, worden patiënten met kanker, patiënten in palliatieve situatie en kinderen specifiek uitgesloten van de bespreking van chronische pijn. Volgens deze richtlijn wordt geschat dat in België 18% van de bevolking ooit aan matige of ernstige chronische pijn lijdt.[4] In deze richtlijn wordt cognitieve gedragstherapie bij chronische pijn aangeraden met een GRADE 2C niveau.

In de NHG-standaard "chronische pijn" stelt men dat bij chronische pijn educatie centraal staat om maladaptieve cognities rondom de pijn aan te pakken.[13] Psychotherapie onder de vorm van zowel CGT als ACT wordt in deze standaard aangeraden gezien de beperkte positieve effecten van beide therapieën in de literatuur.

Op de Belgische farmacotherapeutische folia van het BCFI wordt in het kader van chronische pijn besproken,[14] op basis van het RIZIV-juryrapport over rationeel gebruik van opioïden bij chronische pijn, dat momenteel ongeveer 10 % van de Belgische bevolking een vorm van opioïden of opiaten inneemt en dat we de voorbije jaren een stijging van het gebruik van deze pijnmedicaties zagen.[6] Er zijn ernstige nevenwerkingen gekend bij het gebruik van deze medicaties bij chronische pijn en vaak hebben ze op lange termijn onvoldoende effect op de pijn.

Er verscheen een Cochrane meta-analyse in 2020 naar psychotherapie bij chronische pijn (uitgezonderd hoofdpijn).[15] Voor cognitieve gedragstherapie (CGT) was er een klein positief effect gevonden dat ook bij follow-up aanwezig bleef, in meerdere studies van matige of lage kwaliteit. Voor 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) was er een klein aantal studies die op het einde van de therapie geen duidelijke verbetering t.o.v. controle kon laten zien. Twee studies toonden wel goed effect op 'disability' bij follow-up. Cochrane acht het bewezen dat er een weliswaar klein effect is van CGT, maar vindt de evidentie onvoldoende om conclusies te trekken over andere vormen van psychotherapie. Een belangrijke caveat uit het Cochrane artikel is dat de risico's en eventuele nevenwerkingen van psychotherapeutische interventies vaak niet of onvoldoende beschreven werden in studies.

Een recente systematische review met meta-analyse die in de BMJ verscheen ging specifiek het effect van verschillende psychotherapeutische interventies bij chronische lage rugpijn na.[16] Er werd een klinisch belangrijke verbetering gezien meteen na interventie bij CGT en bij pijneducatie in combinatie met kinesitherapie, dit met matig sterke evidentie. Blijvend effect op functioneren werd ook gezien bij de studies met pijneducatie bij kinesitherapie. Een blijvend effect op sterkte van de pijn werd gezien bij CGT in combinatie met kinesitherapie.

Er is nog een interessante review specifiek over chronische pijn bij oudere patiënten (> 65j oud) uit de BMJ.[17] Chronische pijn komt vaker voor in deze groep; in de VS heeft tot 52% van de senioren bij navraag storende pijn ervaren in de maand voordien. Omdat in deze leeftijdsgroep pijn vaak gepaard gaat met multimorbiditeit en er sneller bijwerkingen bij farmacotherapie optreden, zijn niet-farmacologische behandelingen hier uitermate interessant. CGT en zelf-management strategieën in de eerste lijn worden hier naar voor gebracht als interessante opties.

Masterproef: Is gedeelde pijn halve smart? De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk - Dr Laura Daman

In ons Belgisch “formularium ouderenzorg” wordt er een onderscheid gemaakt tussen nociceptieve en neuropathische pijn.[18] Enkel bij de nociceptieve pijn worden niet-medicamenteuze behandelingen besproken: vooral fysiotherapeutische interventies, eventueel in combinatie met ergotherapeutische en psychotherapeutische interventies, worden aanbevolen. Cognitieve gedragstherapie wordt specifiek niet aanbevolen, omdat het BCFI deze onvoldoende bewezen acht (op basis van bv. de eerder vermelde Cochrane syst review[15]).

De Belgische organisatie Minerva die op evidence based-geneeskunde focust, bespreekt o.a. CGT bij chronische pijnpatiënten die ook verslaafd zijn aan opioïden: deze interventie verminderde niet het misbruik van medicatie, maar verbeterde wel de pijnsymptomen.[19] Minerva bespreekt ook een artikel waar werd nagegaan of CGT of pijneducatie bij mensen met een lage geletterdheid wel voldoende effectief zou blijken: deze therapie aangeboden in groep en in een vereenvoudigde vorm bleek sterk effectief voor de geïncludeerde patienten.[20]

Bespreking scriptie aan basis van project

Dit project van pijncursussen op zijn beurt gebaseerd op een scriptie van Dr. Leen Vermeulen uit 2019 waarin zij haar eerste project beschrijft.[21] Zij startte met 7 kleinere pijngroepen met 5 wekelijkse sessies en op basis van bevraging van de deelnemers die zeer positief was maar die ook uitgebreidere begeleiding wensten, werd het project uitgebreid naar 10 wekelijkse sessies en werd het project uitgebreid naar andere praktijken. Zij baseerde zich voor het ontwerp van haar pijnprogramma ook op literatuur, waaronder enkele interessante richtlijnen die ik niet in mijn eigen literatuurstudie tegenkwam

In een richtlijn van de British Pain Society over Patient Management Programs raden ze deze soort programma’s met CGT aan als behandeling van chronische pijn in eerste en tweede lijn en liefst in groep.[34] In deze programma’s horen o.a. pijnfysiologie en pijnpsychologie besproken te worden en ook aspecten van CGT en ACT aan bod te komen. Ze worden liefst multidisciplinair georganiseerd en langer durende programma’s zouden ook betere effecten geven.

Methodologie

Onderzoeksopzet van het veldwerk

Dit is een kwalitatief onderzoek waarbij kleine groepen van deelnemers aan pijneducatie in groep bevraagd werden over hun ervaringen.

In dit onderzoek wordt een project in de Vlaamse praktijken van Geneeskunde voor het Volk onder de loep genomen, waarbij groepen patiënten sinds 2020 een georganiseerd pijneducatie-traject in groepssessies volgden. Dit pakket werd samengesteld door huisarts en psychotherapeut Dr Leen Vermeulen. Op basis hiervan ontstond ook het werkboek ‘Je pijn te lijf’, dat momenteel ook gebruikt wordt bij deze cursus.

De pijneducatie werd voor groepen van 8 tot 10 personen georganiseerd in 10 wekelijkse contactmomenten van 2 uur. Thema’s waren o.a. het pijnsysteem, pijn en het brein, bewegen, gedachten rond pijn, gedrag en pijn, de rol van stress bij pijn, sociale factoren en positief denken. De

sessies werden gegeven door een of twee van de huisartsen of psychologen van de betrokken praktijken. Bij het laatste contactmoment werd een evaluatie van de cursus gegeven door de deelnemers die overwegend positief was. Na het afronden van de pijneducatie was er geen contact meer voorzien met de deelnemers. Hoewel de meeste groepen met een tiental mensen starten, stopten er ook deelnemers met de cursus en bleven er aan het eind groepjes van (9 tot 4 personen over.

Inclusiecriteria: deelnemers die de cursus 'Je pijn te lijf' gevolgd en ook afgerond hebben in het verleden. De deelnemers hebben minimum de helft van de georganiseerde sessies gevolgd. De deelnemers aan de cursus werden geselecteerd door hun huisarts wanneer zij last hadden van chronische pijn die hun levenskwaliteit beïnvloedde, ondanks behandeling volgens de richtlijnen,. De deelnemers dienden volwassen te zijn, vlot Nederlands te kunnen praten en geïnteresseerd te zijn in het concept van de pijncursus. Uit deze groep werden de personen gerekruteerd voor deelname aan de focusgroepinterviews, op basis van hun interesse en beschikbaarheid.

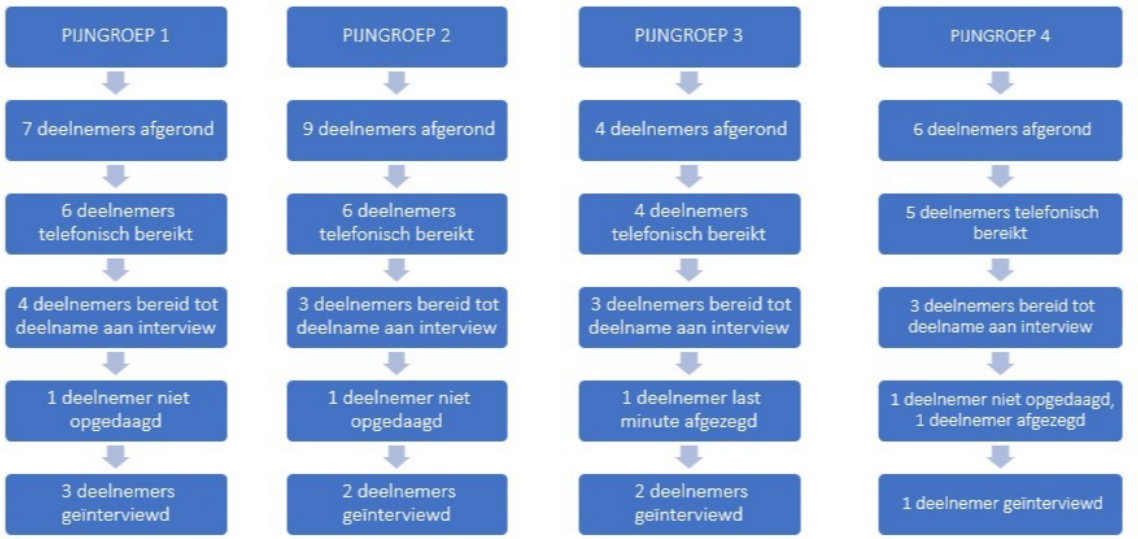
Exclusiecriteria: deelnemers die de cursus niet hebben afgerond of minder dan de helft van de sessies gevolgd hebben.

Organisatie van de interviews:

De deelnemers werden opnieuw samengebracht in focusgroepen met mensen uit dezelfde groepen van de originele pijncursus, op de huisartspraktijk waar deze groepssessies georganiseerd werden. De gesprekken worden gemodereerd door de onderzoeker (Dr Laura Daman).

Voor dit project is de laatste groep die de pijncursus volledig had afgerond in elk van de Vlaamse praktijken van Geneeskunde van het Volk waar het project liep (Hoboken, Deurne, Genk en Zelzate) gecontacteerd. De 4 groepjes voor de interviews werden gevormd met deelnemers die de pijneducatie-groepen in het verleden gevolgd hebben en de meerderheid van de sessies afgerond hebben. De groepen bestonden uit 2 tot 3 personen, één interview was met 1 persoon. Bij het organiseren van de inverviews vroegen we per locatie aan 4 tot 6 deelnemers die de sessies afwerkten om deel te nemen. Enkelen konden niet bereikt worden. Een deel van de mensen die deelname aan de focusgroepen weigerden gaf geen reden, een ander deel gaf aan geen interesse te hebben, nog een deel was langdurig onbeschikbaar bijvoorbeeld door vakantie. De originele opzet van dit onderzoek betrof focusgroepen, maar wegens de lage opkomst spreken we hier eerder over (duo-)interviews.

Recrutering deelnemers interviews



De locatie en timing van de focusgroep werd overlegd met de coördinators en de organisatoren van de pijncursus van elke praktijk zodat deze in een rustige setting kon plaatsvinden, zonder dat dit de dagelijkse werking van de huisartspraktijk verstoorde.

Bij de start van de focusgroepen werden persoonsgegevens verzameld in een Excel- document. Hierin worden de volgende gegevens verzameld van elke deelnemer: de naam, geboortedatum, het beroep en de periode dat een pijncursus gevolgd werd. Met behulp van deze verzamelde gegevens wordt tijdens de analyse op zoek gegaan naar relevante verbanden tussen uitspraken en o.a. de verstreken tijd sinds de cursus of de impact op hun beroepsleven. De identificerende persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd.

Persoonsgegevens deelnemers interviews

	Geslacht	Leeftijd	Tijd sinds deelname	Beroepsactiviteit
Focusgroep 1				
Deelnemer 1	Vrouw	44	1 jaar	bediende
Deelnemer 2	Vrouw	66	1 jaar	gepensioneerd
Deelnemer 3	Vrouw	55	1 jaar	bediende
Focusgroep 2				
Deelnemer 1	Vrouw	73	3 maanden	gepensioneerd
Deelnemer 2	Vrouw	61	3 maanden	invaliditeit

Focusgroep 3				
Deelnemer 1	Vrouw	54	1 jaar	invaliditeit
Deelnemer 2	Vrouw	35	1 jaar	invaliditeit
Focusgroep 4				
Deelnemer 1	Vrouw	82	1 jaar	gepensioneerd

Een script werd gebruikt waarin gepeild werd naar hun ervaring met deze pijneducatie op basis van dezelfde thema's die behandeld werden in de originele cursus, en hoe deze vandaag al dan niet een impact heeft op hun dagelijks leven. Het script geeft gespreksonderwerpen aan, waarover de deelnemers onderling overleggen. Er werden ook suggesties voor verdiepende vragen in het script gezet in geval van beperkte respons. De moderator beperkte zich tot een luisterende rol maar kon ook extra reacties vragen van deelnemers wanneer iemand weinig of niet spontaan het woord nam. Het script is terug te vinden in bijlage 3.

De interviews werden opgenomen in video en audio met een apparaat van de onderzoeker met extra microfoon. De video-opnames werden gebruikt om de juiste uitspraken aan de juiste deelnemers toe te schrijven en werden achteraf ook bekeken om extra observatiegegevens van non-verbale communicatie te verzamelen. Na afloop van het interview werd een korte reflectie door de onderzoeker neergeschreven over het verloop en de context van het gesprek.

De opgenomen interviews werden verbatim uitgeschreven, de namen werden enkel als een nummer neergeschreven en ook niet-verbale communicatie werd besproken.

Thematische analyse

Vervolgens werden de data gecodeerd in het programma NVivo. Aangezien het interviewscript 7 thema's hanteerde, werd initieel gecodeerd aan de hand van diezelfde thema's volgens een codeboek thematische analyse. Echter werd snel duidelijk dat de gegeven reacties van de deelnemers zich niet goed lieten vatten onder deze thema's. Bovendien is deze aanpak teveel retrograad inpassen van meningen in het framework dat vooropgesteld werd door de cursus. De interviews werden opnieuw gecodeerd zonder deze thema's volgens de aanpak van een reflexieve thematische analyse zoals besproken door Braun en Clarke, om op deze manier thema's te ontwikkelen die dichter bij de belevingen van de deelnemers liggen.[32,33] Tijdens het coderen werden opvallende uitspraken reeds geannoteerd en werden per interview memo's bijgehouden met bedenkingen over het verloop van de interviews die later in de discussie aan bod kunnen komen.

Na het coderen werden de codes in thema's verzameld en weergegeven in een mindmap (zie bijlage 4). Deze thema's werden bekeken in het bronmateriaal van de interviews ter referentie.

Resultaten

Zie ook schema van codes gegroepeerd onder thema's in bijlage 4

De **algemene ervaringen** met het volgen van de pijncursus waren voor alle geïnterviewde deelnemers positief. Sommigen vermelden specifiek dat ze sinds het volgen van de cursus minder pijn hebben, meer bewegen en meer energie hebben, maar deze effecten werden niet door alle deelnemers ervaren. De positieve effecten op het dagelijks leven werden meer vermeld door de deelnemers die de cursus slechts enkele maanden geleden hadden afgerond. De deelnemers die de cursus reeds een jaar geleden volgden, vertelden dat de positieve veranderingen intussen wat verwaterd waren.

> *"Het goede eraan vond ik vooral dat er theorie en praktische dingen op één les altijd waren. Dat was heel leuk. Ik ging altijd met goed gevoel naar huis."*
>
> *- Deelnemer interview 2*

Een belangrijk positief punt aan de pijncursus was het **delen van hun ervaring met lotgenoten**. Bijna alle geïnterviewde deelnemers gaven aan dat de verhalen van andere mensen met chronische pijn erg herkenbaar waren en de gesprekken brachten een erkenning van hun eigen pijnprobleem.

> *"(...) dat ik de enige ben die pijn lijdt, en niemand anders. En niemand gaat mij begrijpen. Maar het feit dat er een cursus wordt georganiseerd voor mij was: er zijn nog mensen die met pijn zitten? Dus je bent niet de enige. Ik heb in de groep dan gezien dat iedereen er was met pijn en dat iedereen er was in de cursus om misschien te leren hoe dat die met de pijn kan omgaan."*
>
> *- Deelnemer interview 1*

Bij elk interview werd gevraagd of er dingen aan de cursus **verbeterd** konden worden: in een interview was er de vraag naar een terugkommoment of de organisatie van een praatgroep van deelnemers volgend op de cursus.

> *"De cursus is veel te kort, van mij mocht die langer duren. Of dat ik die een keer opnieuw kan doen, je leert dan telkens andere mensen kennen. Je ziet elkaar daarna niet meer, enkel nog toevallig als je elkaar tijdens het winkelen of zo tegen komt. Een praatgroep nadien, die 1 keer per maand samenkomt zodat je nog eens kan praten, dat zou een goed idee zijn."*
>
> *- Deelnemer interview 3*

De meeste mensen vermelden dat ze veel hebben **bijgeleerd over pijn**. Tijdens de cursus werd besproken wat pijn is en werd het pijnsysteem in het brein uitgelegd. De deelnemers voelden zich hierdoor erkend in hun pijn. De deelnemers die de cursus reeds langer achter de rug hadden, gaven aan dat de kennis wel verwaterde.

> *"Het interessantste gedeelte voor mij persoonlijk dan, was het eerste gedeelte waar theoretisch op een zeer aanschouwelijke en een duidelijke manier werd uitgelegd wat daar allemaal in je kop gebeurt. Ik wist dat allemaal heel vaag, maar dit was zo duidelijk, zo helder. Zelfs ik kon dat begrijpen en onthouden! (lacht) Dus ja, Dat was heel tof."*
>
> *- Deelnemer interview 1*

> *Ik ben blij dat ik nu weet dat het uit de hersenen komt, dat de pijn uit de hersenen komt. Dat wist ik niet en dat heb ik geleerd en nu kan ik dat ietsje beter... Zoals nu ook, kan ik misschien zeggen mijn hersenen 'stop, je moet rusten.' En dat dat dan pijn geeft.*
>
> *- Deelnemer interview 4*

Een van de huiswerkopdrachten was om hun pijnprobleem te **bespreken met iemand uit hun omgeving** en ook dit werd door meerdere deelnemers vermeld als een waardevolle ervaring. Sommige deelnemers vertelden over de pijncursus en hun nieuw opgedane kennis aan hun behandelende kinesisten en artsen.

> *"A: Ja ik heb het ook tegen mijn kinesist verteld. En tegen mijn neuroloog, die vond dat ook goed. (...)*
>
> *B: Mijn kinesist kende dat, die had het boek al gelezen.*
>
> *A: Dat is er actief mee bezig zijn, tegen ondergaan, pijn ondergaan, dat is niet goed."*
>
> *- Deelnemers interview 2*

De meeste deelnemers vertelden dat ze net liever niet over hun pijn praten met hun omgeving. Sommigen vreesden onbegrip of vertelden over schuldgevoelens omdat ze hun pijn niet konden controleren.

> *"Ik heb wel mensen waar ik naartoe kan en mijn ding kan zeggen. Maar ja, hoe lang kunt ge uw ding zeggen? Hoe lang duurt het voor ze zeggen, ze is er weer met haar gezaag?"*
>
> *- Deelnemer interview 3*

Sommige deelnemers vertelden ook, nu of in het verleden, moeilijk te kunnen communiceren over hun pijn met **zorgverleners**, dit leek vooral afhankelijk van persoon tot persoon. Hier werd niet verteld over een duidelijk verschil voor of na de cursus.

> *A: Vroeger kreeg je nog foto's mee waarop je het dan ziet. Dan vragen ze of je je foto's gezien hebt en daar staat dan een hele uitleg in het Latijn waarvan zelfs de met dokter de helft niet begrijpt. Hoe moet ik dan uitleggen wat er is? Hoe moet ik dan weten wat ik heb?*
>
> *B Ik vind dat als ze niet meer weten wat je hebt dat ze dan heel snel een spuit zetten tegen de pijn. We gaan proberen met een spuit, terwijl ik 1000 keer heb gezegd dat dat niet helpt.*
>
> *- Deelnemers interview 3*

Het effect van stress op pijn werd besproken tijdens de cursus en de meeste deelnemers waren na de cursus zich **meer bewust van hoe hun pijn beïnvloed werd door stress**.

> *"Bij mij was het zo dat ik zelfs niet kon geloven dat al die verschillende pijn wel door stress kon zijn, ik kon dat niet geloven. Daarom dat ik eerst nog allemaal scans wilde laten doen en onderzoeken toen de dokter me zei dat het stress kon zijn, want ik geloofde dat eerst niet. Maar nu, weet ik dat het ook stress is, want ik heb geen letsels, niks. En als ik stress krijg, dan voel ik dat ik hoofdpijn of andere pijn begin te krijgen. Nu kan ik dat tenminste toegeven, de stress is de boosdoener."*
>
> *- Deelnemer interview 1*

Meerdere technieken werden besproken en geoefend om met stress om te gaan, o.a. ademhalingsoefeningen en mindfulness technieken, maar ook afleiding vinden in hobby's.

> *"Ook vooral lichamelijke oefeningen, die ik nu elke dag doe: zoals dat met die Albatros en die dingen, dat ademen. Dat ontspant mij, dat doet mij goed. Dat is wat ik nodig heb, dat ontspannen."*
>
> *- Deelnemer interview 2*

Beweging als een manier om pijn te verminderen werd tijdens de cursus besproken en geoefend. Sommige deelnemers waren na de cursus nog dagelijks aan het bewegen en vertelden hierdoor o.a. minder pijn te hebben, actiever te zijn, meer buiten te komen en meer huishoudelijk werk te doen. Mensen die begeleiding kregen van een vaste kinesist, vertelden dat dit motiverend werkte om dagelijks te bewegen. Andere deelnemers bleven last hebben van drempels om dagelijks te blijven bewegen. Specifiek angst voor de pijn bij het bewegen en beperkingen in bewegen door hun pijnprobleem werden meermaals vermeld.

> *"A: Maar het goeie is, ik heb nu gemerkt door te bewegen heb ik minder pijn, door die oefeningen, en dat is geweldig.*
>
> *B: Ja, bewegen, maar niet belasten, hé.*
>
> *- Deelnemers interview 2*

Bij **gedachten rond pijn** werd het aanvaarden van de pijn regelmatig besproken. In de interviews werd het bewaken van grenzen, doseren van activiteit en op tijd rust nemen besproken. De meeste mensen vertelden dat ze hierover hadden bijgeleerd en hier meer bij stilstonden sinds de cursus. Enkele mensen gaven wel aan dat ze dit nog moeilijk vonden, nog zoekende waren naar een goede balans of vertelden over schuldgevoelens.

> *"Wat voor mij wel zeker geholpen heeft: dat je meer moet doseren. Want ja, je zit gemakkelijk over je grens. Je merkt het pas op als het al te laat is en nu, door er toch bewuster mee bezig te zijn, dat je echt duidelijke grenzen markeert, helpt het wel om het niet te ver te laten komen."*
>
> *- Deelnemer interview 1*

Het thema **maatschappelijke integratie en werksituatie** werd besproken in de interviews maar hierin bleken geen duidelijke veranderingen te hebben plaatsgevonden: de situaties bleven hetzelfde voor en na de cursus. Een van de deelnemers vertelde moeilijkheden te hebben met aanpassingen te krijgen op het werk. Anderen vertelden graag iets van vrijwilligerswerk of zinvolle tijdsbesteding te willen doen. De administratieve rompslomp en rigiditeit van het invaliditeitsstelsel kwam in meerdere gesprekken aan bod.

> *B: Ik zou bijvoorbeeld een of twee keer per week iets kunnen doen bv. praten met mensen, zodat je een bezigheid hebt.*
>
> *A: Ja dat wil ik ook, ik wil iets nuttig doen. Niet meer werken maar wel mensen helpen, iets nuttigs doen. Iets waarbij ik geen schrik moet hebben dat ik dat lichamelijk niet aan*
>
> *B: Iets bij bejaarden of zo. Je moet dat dan als vrijwilliger doen, maar dat moet ook mogen en als ze dan zien dat je dat kan dan gaan ze ook zeggen "dan kan je ook werken" . Dat is een beetje het moeilijke waardoor ik het voorlopig nog niet heb gedaan.*
>
> *- Deelnemers interview 3*

Discussie

Bespreking resultaten

De cursus 'Je Pijn Te Lijf' werd georganiseerd in 10 sessies voor groepjes van een tiental deelnemers met chronische pijn in 4 Vlaamse praktijken van Geneeskunde voor het Volk. Met deze cursus hoopten Dr. Leen Vermeulen en haar collega's huisartsen en psychologen via pijneducatie en psychotherapie in groep een behandeling in de huisartspraktijk te bieden voor het complexe probleem van chronische pijn.

Uit deze interviews met deelnemers aan de pijncursus in het jaar na hun deelname blijkt dat ze allen tevreden waren over hun deelname aan de cursus en over het algemeen een positieve impact op hun dagelijks leven hebben gemerkt. Er was een individueel verschil in welk onderdeel van de cursus hen het meeste had aangesproken: voor sommigen was dit de theorie over het pijnsysteem, sommigen vonden het psychotherapeutische onderdeel rond cognities en positief denken zeer

impactvol, voor anderen was dit het delen van verhalen met andere deelnemers, anderen hadden dan weer het meest gehad aan de lessen rond meer en dagelijks bewegen. Chronische pijn is een complex probleem en alle deelnemers vertelden ook vandaag nog steeds last te hebben van deze pijn, maar er wel iets beter mee om te kunnen sinds de cursus.

Terugkoppeling literatuur, implicaties

De opzet van de pijncursus in een groepsformat is ook op basis van een wetenschappelijke evidentie en literatuuronderzoek gedaan, in het kader van de opleiding en de scriptie die Dr. Leen Vermeulen in 2019 schreef.[21] De ervaringen van de geïnterviewde deelnemers bevestigen dat het groepsaspect een sterke meerwaarde aan deze pijncursus is.

In enkele richtlijnen kwam beweging en soms specifiek beweging onder begeleiding aan bod als een sterke aanbeveling bij chronische pijn.[7,16,18] Dit lijkt alvast door sommige deelnemers bevestigd te worden in deze interviews, maar lijkt ook moeilijk vol te houden of moeilijk haalbaar voor anderen.

De evidentie voor psychotherapeutische interventies zoals CGT, ACT en patiënteducatie wisselt tussen de geraadpleegde richtlijnen en ook in de ervaringen van de geïnterviewde deelnemers lijken sommigen hier veel aan gehad te hebben, terwijl dit voor anderen minder gold.

Aangezien de algemene beleving van de deelnemers positief blijkt, zou een verderzetting van deze pijncursus volgens het huidig programma zeker aan te raden zijn. Aangezien bij twee van de interviews verteld werd dat opgedane kennis en vaardigheden begonnen te verwateren een jaar na de gevolgde cursus, zou een herhalingsmoment eventueel nuttig kunnen zijn. Bovendien kwam er de expliciete vraag uit een van de interviews naar een terugkommoment of groepssessies voor chronische pijnpatiënten.

Tekortkomingen

Het aantal deelnemers aan de interviews is beperkt, in totaal hebben slechts 8 personen deelgenomen. Het is dus moeilijk om de gegeven antwoorden definitief te beschouwen als algemene meningen. Desondanks kwamen gelijkaardige antwoorden wel meermaals terug in de verschillende interviews. Een uitbreiding van interviews naar vroegere of toekomstige afgeronde pijngroepen is mogelijk om breder geldende resultaten te verkrijgen.

De pijngroepen van de Franstalige praktijken zijn in dit onderzoek niet betrokken wegens te beperkte beheersing van het Frans door de onderzoeker om deze interviews vlot zelf af te nemen en de transcriptie en verwerking te doen. Een vervolgonderzoek naar de ervaringen van de Franstalige deelnemers met hulp van collega's van GVHV/MPLP kan wellicht de antwoorden op de onderzoeksvraag nog scherper stellen.

We moeten er rekening mee houden dat de deelnemers die deze cursus als niet behulpzaam ervaarden, mogelijk vroeger hebben afgehaakt. Door het afgelijnde opzet en de inherente beperkingen van deze masterproef konden deze deelnemers niet geïncludeerd worden in deze interviews, waardoor tekortkomingen misschien gemist worden. Een mogelijk verder onderzoek zou deze uitgevallen deelnemers telefonisch kunnen bevragen naar hun ervaring en de eventuele reden van hun afhaken.

Suggesties toekomstig onderzoek/ aanpassingen

De mogelijkheid van een terugkommoment zal worden besproken met de organisatoren van de pijncursussen. In enkele van de meest recent afgeronde cursussen, o.a. in een Franstalige groep, werd reeds een terugkommoment voorzien enkele maanden na de laatste sessie.

Als we kijken naar de persoonskenmerken van de deelnemers, inclusief degenen die uiteindelijk niet hebben toegezegd voor de interviews, zijn hier amper mannen bij. Bij twee van de interviews vertelden de deelnemers achteraf dat er in hun groep een man begonnen was maar heeft afgehaakt omdat hij de enige man tussen allemaal vrouwen was. We weten uit literatuur dat chronische pijn meer voorkomt bij vrouwen dan bij mannen en dat vrouwen ook sneller behandeling zoeken voor hun pijn.[3] Evaluatie van de cursus om na te gaan hoe de barrières tot deelname bij mannen kunnen verlagen, kan nuttig zijn in de toekomst.

Een andere HAIO is momenteel bezig met een masterproef waarbij gepolst wordt naar de ervaring bij de huisartsen van de deelnemers aan deze pijncursussen. Dit onderzoek zal nog extra verdiepende informatie opleveren.

Conclusie

De geïnterviewde deelnemers aan de cursus ‘Je Pijn Te Lijf’ die georganiseerd wordt in de praktijken van Geneeskunde voor het Volk, zijn allen tevreden over hun deelname. Er zijn individuele verschillen betreffende welk aspect van de cursus het meest waardevol is. Hun ervaringen met pijn delen met lotgenoten en erkenning krijgen voor hun pijnprobleem is voor de meerderheid erg belangrijk. De meesten leren veel bij over het pijnsysteem in het brein en worden zich bewuster van het effect van stress. Ze leren hun pijn beter te aanvaarden en hun grenzen te bewaken. Het verder organiseren van de cursus in zijn huidige vorm wordt aangeraden kan hopelijk nog verder uitgebreid worden naar andere locaties.

De positieve effecten in het dagelijks leven beginnen te verwateren in de groepen die al een jaar geleden hun cursus hebben afgerond. De suggestie om een opvolgmoment of praatgroep te voorzien na het afronden van de cursus kwam uit een interview voort en is een mogelijke oplossing die in de toekomst kan geëxploreerd worden.

Referenties

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 Sep 1;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716.

2. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019 Jan;160(1):19-27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384. PMID: 30586067.

3. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth. 2019 Aug;123(2):e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Epub 2019 May 10. PMID: 31079836; PMCID: PMC6676152.

4. WOREL (werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn). Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Ebpracticenet. Published September 5, 2017. Accessed January 15, 2023.

5. Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M. WHO Analgesic Ladder. 2023 Apr 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 32119322.

6. RIZIV Consensusvergadering – 6 december 2018: Het rationeel gebruik van de opioïden bij chronische pijn. Published online December 6, 2018.

7. Carville S, Constanti M, Kosky N, Stannard C, Wilkinson C; Guideline Committee. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: summary of NICE guidance. BMJ. 2021 Apr 21;373:n895. doi: 10.1136/bmj.n895. PMID: 33883123.

8. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, Fu R, Dana T, Kraegel P, Griffin J, Grusing S, Brodt ED. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):493-505. doi: 10.7326/M16-2459. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28192793.

9. Kligler B, Bair MJ, Banerjea R, DeBar L, Ezeji-Okoye S, Lisi A, Murphy JL, Sandbrink F, Cherkin DC. Clinical Policy Recommendations from the VHA State-of-the-Art Conference on Non-Pharmacological Approaches to Chronic Musculoskeletal Pain. J Gen Intern Med. 2018 May;33(Suppl 1):16-23. doi: 10.1007/s11606-018-4323-z. PMID: 29633133; PMCID: PMC5902342.

10. Chou R, Atlas SJ, Stanos SP, Rosenquist RW. Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine (Phila Pa 1976). 2009 May 1;34(10):1078-93. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181a103b1. PMID: 19363456.

11. Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL, Husebø MEP, Köke AJA, Paskins Z, Pitsillidou IA, Savel C, Austin J, Hassett AL, Severijns G, Stoffer-Marx M, Vlaeyen JWS, Fernández-de-Las-Peñas C, Ryan SJ, Bergman S. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018 Jun;77(6):797-807. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212662. Epub 2018 May 3. PMID: 29724726.

12. Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, Lanteri-Minet M, Lefaucheur JP, Mick G, Piano V, Pickering G, Piquet E, Regis C, Salvat E, Attal N. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020 May;176(5):325-352. doi: 10.1016/j.neurol.2020.01.361. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32276788.

13. Damen Z, Kadir-Klevering F, Keizer D, Luiten WE, Van den Donk M, Van 't Klooster S, Van Walraven A, Veldhoven CMM, Vossenberg PCTJ. NHG-Standaard Pijn, in herziening, laatste aanpassing november 2021. Gepubliceerd juni 2018. Geraadpleegd 5 juli 2023. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn#volledige-tekst.

14. Folia | Opioïden bij de behandeling van chronische niet-kankerpijn. BCFI. [geciteerd 22 november 2022]. Beschikbaar op: https://www.bcfi.be/nl/articles/2628?folia=2626

15. Williams AC de C, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2020 [geciteerd 14 maart 2023];(8). Beschikbaar op: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007407.pub4/full

16. Ho EKY, Chen L, Simic M, Ashton-James CE, Comachio J, Wang DXM, Hayden JA, Ferreira ML, Ferreira PH. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. BMJ [Internet]. 30 maart 2022 [geciteerd 23 juli 2023];376:e067718. Beschikbaar op: https://www.bmj.com/content/376/bmj-2021-067718

17. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. BMJ. 2015 Feb 13;350:h532. doi: 10.1136/bmj.h532. PMID: 25680884; PMCID: PMC4707527.

18. BCFI. Formularium Ouderenzorg - Nociceptieve pijn. 2017 [geciteerd 23 juli 2023]. Beschikbaar op: https://farmaka.bcfi.be/nl/formularium

19. Sculier J.P. Minerva: Is er een kleine rol weggelegd voor psychosociale behandeling in de aanpak van chronische pijn bij een opioïdverslaving? [Internet]. Minerva Website. 2021 [geciteerd 23 juli 2023]. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/20577

20. Sculier J.P. Minerva: Cognitieve gedragstherapie voor chronische pijn: in groep en boodschap vereenvoudigen? [Internet]. Minerva Website. 2019 [geciteerd 23 juli 2023]. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/NL/Article/2189

21. Vermeulen L. Biopsychosociale begeleiding van chronische pijn patiënten in de multidisciplinaire groepspraktijk: Een multimodale groepsaanpak. Scriptie Academie voor Integratieve en Humanistische Psychologie en Psychotherapie vzw. 2019

22. Vermeulen L. Je pijn te lijf.: (een werkboek). Berchem: EPO; 2021.

23. Handberg G. [Psychosocial treatment of pain at general practitioners and in specialist pain treatment units]. Ugeskr Laeger. 2017 Jun 26;179(26):V01170053. Danish. PMID: 28648165.

24. Cheatle M, Comer D, Wunsch M, Skoufalos A, Reddy Y. Treating pain in addicted patients: recommendations from an expert panel. Popul Health Manag. 2014 Apr;17(2):79-89. doi: 10.1089/pop.2013.0041. Epub 2013 Oct 18. PMID: 24138341; PMCID: PMC3996998.

25. Schneiderhan J, Orizondo C. Chronic pain: How to approach these 3 common conditions. J Fam Pract. 2017 Mar;66(3):145-157. PMID: 28249053.

26. Smith BH, Hardman JD, Stein A, Colvin L; SIGN Chronic Pain Guideline Development Group. Managing chronic pain in the non-specialist setting: a new SIGN guideline. Br J Gen Pract. 2014 Jul;64(624):e462-4. doi: 10.3399/bjgp14X680737. PMID: 24982501; PMCID: PMC4073734.

27. McCracken LM, Sato A, Wainwright D, House W, Taylor GJ. A feasibility study of brief group-based acceptance and commitment therapy for chronic pain in general practice: recruitment, attendance, and patient views. Prim Health Care Res Dev. 2014 Jul;15(3):312-23. doi: 10.1017/S1463423613000273. Epub 2013 Jul 19. PMID: 23866920.

28. Thorn BE, Day MA, Burns J, Kuhajda MC, Gaskins SW, Sweeney K, McConley R, Ward CL, Cabbil C. Randomized trial of group cognitive behavioral therapy compared with a pain education control for low-literacy rural people with chronic pain. Pain. 2011 Dec;152(12):2710-2720. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.007. Epub 2011 Sep 14. PMID: 21920668; PMCID: PMC3215913.

29. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, Sandhu HK, Matharu M, Pincus T; CHESS team.. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. BMJ Open. 2017 Aug 11;7(8):e016670. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016670. PMID: 28801425; PMCID: PMC5629643.

30. Morais CA, Newman AK, Van Dyke BP, Thorn B. The Effect of Literacy-Adapted Psychosocial Treatments on Biomedical and Biopsychosocial Pain Conceptualization. J Pain. 2021 Nov;22(11):1396-1407. doi: 10.1016/j.jpain.2021.04.005. Epub 2021 May 15. PMID: 34004347.

31. Zonneveld LN, van Rood YR, Kooiman CG, Timman R, van 't Spijker A, Busschbach JJ. Predicting the outcome of a cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms: a one-year follow-up study. BMC Public Health. 2012 Oct 8;12:848. doi: 10.1186/1471-2458-12-848. PMID: 23039913; PMCID: PMC3549894.

32. Virginia Braun & Victoria Clarke (2023) Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher, International Journal of Transgender Health, 24:1, 1-6, DOI: 10.1080/26895269.2022.2129597

33. Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

34. Zakaria, K. (2007). Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults, The British Pain Society, https://www.academia.edu/4758808/Recommended_guidelines_for_Pain_Management_Programmes_for_adults_Copyright_The_British_Pain_Society_2007

Bijlage 1: Goedgekeurd Protocol Ethisch Comité

Masterproef: De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk

Onderzoeksopzet

Achtergrond - literatuurstudie

Volgens de definitie in de ICD-11, gebaseerd op onderzoeken van IASP, spreken we van chronische pijn bij voortdurende of terugkerende pijn die langer dan 3 maand duurt.[1,2] Dit is een complex pijn syndroom met biologische, psychologische en sociale factoren, dat vaak specifieke evaluatie en behandeling nodig heeft. Er zijn ook verscheidene socio-economische factoren die een duidelijke invloed hebben op de epidemiologie van chronische pijn.[3]

Er wordt geschat dat 20% van de wereldbevolking ooit in aanraking komt met chronische pijn.[2] In België schat men dat 18% van de bevolking ooit aan matige of ernstige chronische pijn lijdt.[4] We weten dat ongeveer 10% van de Belgische bevolking momenteel een vorm van zware pijnmedicatie inneemt (opioïden of opiaten).[5] Deze cijfers gaan overigens in stijgende lijn wat bezorgdheid oproept wegens de ernstige nevenwerkingen en verslavingsgevoeligheid. In dit onderzoek wordt verder geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen en oorzaken van chronische pijn, we focussen ons wel enkel op volwassen patiënten die niet in een palliatieve setting gevolgd worden.

In internationale richtlijnen blijkt dat er geen goed bewijs is voor farmacologische behandeling van chronische pijnproblemen maar wel steeds meer bewijs dat non-farmacologische behandelingen een goed effect hebben.[6, 7]

De uiteenlopende non-farmacologische behandelingen die aangeraden worden zijn o.a. bewegingstherapie onder begeleiding, kinesitherapie in verscheidene vormen waaronder ook accupunctuur en dry needling. Verscheidene vormen van psychotherapie werden reeds onderzocht: ACT, CGT, relaxatie en mindfulness, ... Ook patiënteducatie en zelfmanagement worden in sommige richtlijnen aangeraden. [6 - 15] In een Cochrane meta-analyse van 2020 werd een klein positief effect gevonden van CGT maar was de evidentie nog onvoldoende om conclusies over andere vormen van psychotherapie te maken.[16]

In de literatuur komt vaak naar voor dat er nog meer en beter onderzoek noodzakelijk is naar de niet-farmacologische behandelingen van chronische pijn.

Methodologie onderzoeksopzet

Dit wordt een kwalitatief onderzoek met focusgroepen over ervaringen van deelnemers na het volgen van pijneducatie in groep.

In dit onderzoek wordt een project in de Vlaamse praktijken van Geneeskunde voor het Volk onder de loep genomen, waarbij groepen patiënten sinds 2020 een georganiseerd pijneducatie traject in groepssessies volgden. Dit pakket werd samengesteld door huisarts en psychotherapeut Dr Leen Vermeulen,[17] op basis hiervan ontstond ook het werkboek 'Je pijn te lijf', dat momenteel ook gebruikt wordt bij deze cursus.[18]

De pijneducatie werd voor groepen van 8 tot 10 personen georganiseerd in 10 wekelijkse contactmomenten van 2 uur. Elke sessie besprak een thema dat ook in het werkboek werd gevolgd, bv pijn in het brein, bewegen met pijn, gedachten over pijn, pijngedrag, stress en pijn, ... Bij het laatste contactmoment werd een evaluatie van de cursus gegeven door de deelnemers die overwegend positief was. Na het afronden van de pijneducatie was er geen contact meer voorzien met de deelnemers.

De 4 of 5 focusgroepen worden gevormd met deelnemers die de pijneducatie-groepen in het verleden gevolgd hebben. De groepen zullen telkens uit 5 tot 8 personen bestaan. Focusgroepinterviews worden afgenomen tot saturatie bereikt wordt.

Inclusiecriteria: deelnemers die de cursus 'Je pijn te lijf' gevolgd en ook afgerond hebben in het verleden. De deelnemers hebben minimum de helft van de georganiseerde sessies gevolgd. De deelnemers aan de cursus werden geselecteerd door hun huisarts wanneer zij last hadden van chronische pijn ondanks behandeling volgens de richtlijnen, die hun levenskwaliteit beïnvloedde. De deelnemers dienden volwassen te zijn, vlot Nederlands te kunnen praten en geïnteresseerd zijn in het concept van de pijncursus. Uit deze groep zullen de personen gerecruteerd worden voor deelname aan de focusgroepinterviews. Er wordt hierbij verder niet gekeken naar persoonskenmerken.

Exclusiecriteria: deelnemers die de cursus niet hebben afgerond of minder dan de helft van de sessies gevolgd hebben.

De deelnemers worden opnieuw samengebracht in focusgroepen op de huisartspraktijk waar deze groep sessies georganiseerd werden. De gesprekken worden gemodereerd door de onderzoeker (Dr Laura Daman) en een tweede gezondheidszorgmedewerker uit de lokale huisartspraktijk volgt de gesprekken en observeert interacties tussen de geïnterviewde deelnemers. Deze observator zal niet een van de mensen zijn die origineel de pijneducatie groepen organiseerden.

De locatie en timing van de focusgroep wordt overlegd met de coördinators en medische verantwoordelijke van elke praktijk zodat deze in een rustige setting kan plaatsvinden, zonder dat dit de dagelijkse werking van de huisartspraktijk verstoort.

Bij de start van de focusgroepen worden persoonsgegevens verzameld in een Excel-document. Hierin zullen de volgende gegevens verzameld worden van elke deelnemer: de naam, geboortedatum, het beroep en de periode dat een pijncursus gevolgd werd. Met behulp van deze verzamelde gegevens zullen we tijdens de analyse op zoek gaan naar relevante verbanden tussen uitspraken en oa de verstreken tijd sinds de cursus of de impact op hun beroepsleven. De identificerende persoonsgegevens worden gepseudonimiseerd.

Een script zal gebruikt worden waarin we peilen naar hun ervaring met deze pijneducatie op basis van dezelfde thema's die behandeld werden in de originele cursus, en hoe deze vandaag al dan niet een impact heeft op hun dagelijks leven. Het script geeft gespreksonderwerpen aan, waarover de deelnemers onderling overleggen. Er worden ook suggesties voor verdiepende vragen in het script gezet in geval van beperkte respons. De moderator / onderzoeker beperkt zich tot een luisterende rol maar kan ook extra reacties vragen van deelnemers in de focusgroep wanneer iemand weinig of niet spontaan het woord nam.

De focusgroep interviews worden opgenomen in video en audio met een apparaat van de onderzoeker met extra microfoon. De video-opnames zullen voornamelijk gebruikt worden om de juiste uitspraken aan de juiste deelnemers toe te schrijven. Indien er geen tweede persoon als observator kan aanwezig zijn tijdens het focusgroep-interview, dan kunnen de videobeelden achteraf ook bekeken worden om als observatie-gegevens van non-verbale communicatie gebruikt te worden.

De opgenomen interviews worden verbatim uitgeschreven, de namen worden enkel als een nummer neergeschreven en ook niet-verbale communicatie wordt besproken.

Vervolgens zullen de data gecodeerd worden in het programma NVivo en zal hieruit een kwalitatieve analyse gemaakt worden. In de uitgeschreven interviews worden relevante en interessante uitspraken gedoceerd, later worden deze codes gecategoriseerd. Data worden bewaard in de beveiligde SharePoint- omgeving van de UAntwerpen. Wanneer de masterproef wordt afgerond, zullen alle data nog 20 jaar bewaard worden op een beveiligd medium door de promotor

Addendum 1: Het voorbije jaar werden ook enkele groepen in het Frans georganiseerd in de Waalse praktijken van GVHV. Indien er voldoende tijd is en er Franstalige medewerkers bereid zijn de gesprekken te voeren (de onderzoeker zal dan als observator deelnemen), kunnen bij deze groepen ook deelnemers gerekruteerd worden voor een 2-tal extra focusgroepen. Aangezien dit heel wat extra vertalingswerk met zich zou meebrengen, worden deze Franstalige groepen momenteel niet geïncludeerd.

Addendum 2: Er wordt momenteel een tweede masterproef rond deze pijncursus gevoerd door een andere HAIO via de UGent. Deze masterproef bevraagt de huisartsen van de deelnemers naar hun ervaring met de pijncursus. Dit onderzoek is nog lopende.

Referenties

[1] Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982.

[2] Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). PAIN. 2019;160(1):19-27.

[3] Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. BJA Br J Anaesth. 2019;123(2):e273-e283.

[4] WOREL (werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn). Aanpak van chronische pijn in de eerste lijn. Ebpracticenet. Published September 5, 2017. Accessed January 15, 2023.

[5] RIZIV Consensusvergadering – 6 december 2018: Het rationeel gebruik van de opioïden bij chronische pijn. Published online December 6, 2018.

[6] Carville S, Constanti M, Kosky N, Stannard C, Wilkinson C. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: summary of NICE guidance. BMJ. 2021;373:n895. doi:10.1136/bmj.n895

[7] Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2017;166(7):493-505. doi:10.7326/M16-2459

[8] Kligler B, Bair MJ, Banerjea R, et al. Clinical Policy Recommendations from the VHA State-of-the-Art Conference on Non-Pharmacological Approaches to Chronic Musculoskeletal Pain. J Gen Intern Med. 2018;33(Suppl 1):16-23. doi:10.1007/s11606-018-4323-z

[9] Chou R, Atlas SJ, Stanos SP, Rosenquist RW. Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine. 2009;34(10):1078-1093. doi:10.1097/BRS.0b013e3181a103b1

[10] Geenen R, Overman CL, Christensen R, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):797-807. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212662

[11] Recommendations | Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management | Guidance | NICE. Accessed January 15, 2023.

[12] Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006;15(Suppl 2):s192-s300. doi:10.1007/s00586-006-1072-1

[13] Watson JA, Ryan CG, Cooper L, et al. Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain. 2019;20(10):1140.e1-1140.e22. doi:10.1016/j.jpain.2019.02.011

[14] Moisset X, Bouhassira D, Avez Couturier J, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. Rev Neurol (Paris). 2020;176(5):325-352. doi:10.1016/j.neurol.2020.01.361

[15] Romm MJ, Ahn S, Fiebert I, Cahalin LP. A Meta-Analysis of Therapeutic Pain Neuroscience Education, Using Dosage and Treatment Format as Moderator Variables. Pain Pract Off J World Inst Pain. 2021;21(3):366-380. doi:10.1111/papr.12962

[16] Williams AC de C, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(8). doi:10.1002/14651858.CD007407.pub4

[17] Vermeulen L. *Biopsychosociale Begeleiding van Chronische Pijn Patiënten in de Multidisciplinaire Praktijk: Een Multimodale Groepsaanpak*. 2019.

[18] Vermeulen L. *Je pijn te lijf.: (een werkboek)*. EPO; 2021.

Bijlage 2: Gunstig Advies Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Prof. dr. Johan Wens

FAMPOP

UAntwerpen

Dr. Laura Daman

Geneeskunde en gezondheidswetenschappen

Project titel:

De lange termijn ervaring van chronische pijnpatiënten die pijneducatie in groep volgen in de huisartspraktijk

Project ID 5346 - BUN B3002023000074

Datum: 15/05/2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 15/05/2023

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
GCP	GCP Laura Daman	04/01/2023	1
CV	230108 LD CV Laura Daman	08/01/2023	1
Questionnaire	230219 LD Script Focusgroep interviews Masterproef pijneducatie in groep	19/02/2023	3
Accompanying letter	230316 LD Begeleidende brief EC	16/03/2023	1
Insurance	Attest_BA_n_experimenten_2023 (1)	16/03/2023	1
CV	230313 JW CV UA_EC_PROM_Johan_Wens	19/03/2023	1
GCP	211028 GCP certificate	19/03/2023	1
Protocol	230509LD Onderzoeksopzet Masterproef pijneducatie in groep	09/05/2023	5
ICF	230509LD Informed Consent Masterproef pijneducatie in groep	09/05/2023	4

De volgende opmerking werd nog gemaakt

- In het ICF worden de termen pseudoniem en anoniem nog door elkaar gebruikt. Gelieve dit aan te passen.
- In het ICF dient ook nog vermeld te worden hoe lang de transcriptie van de video en de geluidsopnamen bewaard zal worden.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.

FAGG - Research & development departement, Galileelaan 5/03, 1210 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Prof. Dr. Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
Mrs Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
dr Elyne De Baetselier	Nurse
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physician
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physician
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Dr Michiel Voeten	Physician

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Griet Wyers	Pharmacist
Dr. Katrien Eger	Physician

Bijlage 3 Script Interviews – versie 08/07/2023

Script focusgroep interviews

Inleiding

Bedankt om te willen deelnemen aan dit interview. Ik volg momenteel een opleiding in de huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en in het kader van deze opleiding doe ik een onderzoek voor een masterproefthesis. Ik wil via interviews van kleine groepjes deelnemers onderzoeken hoe jullie het volgen van de pijncursus hebben ervaren, als patiënten met een langdurige pijn.

Ik liet u reeds een geïnformeerde toestemming tekenen, ik herhaal nog even enkele belangrijke punten hieruit.

In mijn onderzoek zal ik enkel gebruik maken van de informatie die u met deze groep deelt vandaag. Ik ga dus niet voort op informatie die u deelde tijdens de gevolgde pijngroep of bij uw huisarts.

Ik neem dit gesprek vandaag op met een video-en audio-opname, dit gesprek wordt nadien uitgeschreven door mezelf. De opnames worden door niemand anders bekeken

Alle gegevens van dit onderzoek worden bewaard op de beveiligde omgeving van de UA. Enkel ikzelf als onderzoeker en mijn promotor hebben hier toegang toe.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt en u kan op elk moment in de toekomst vragen om uw gegevens uit dit onderzoek te schrappen.

Ik zal vandaag het gesprek leiden door thema’s aan te brengen en eventueel extra vragen te stellen. Ik werk zelf als huisarts in de praktijk van GVHV in Hoboken, maar ik vraag jullie me vandaag als buitenstaander te beschouwen. Wat we hier bespreken velt geen oordeel over het functioneren van uw huisarts of andere medewerkers.

Heeft u momenteel nog vragen over het verloop van dit onderzoek?

Ijsbreker:

Er bestaan veel verschillende beschrijvingen voor pijn en mensen gebruiken hier soms kleurrijke adjectieven voor. Als jij je pijn zou moeten beschrijven, eventueel nu of zoals ze was toen de cursus begon, met welke 2 of 3 woorden zou je die dan beschrijven?

Bevraging volgens thema’s

De onderstaande thema’s kwamen ook aan bod in de gevolgde pijncursus. De vetgedrukte vragen worden steeds gesteld. De aanvullende vragen worden indien nodig gesteld als er weinig interactie op gang komt over het thema.

Ik heb de verschillende lessen van de pijncursus samengevat tot 7 thema's waarover ik telkens een of twee vragen zal stellen. Per thema voorzie ik een vijftal minuten. De thema's zijn: ...

Thema 1: Ervaring met het volgend van de cursus

Inleidende vraag: **Hoe hebben jullie het volgen van de cursus ervaren?**

Aanvullende vragen: Welke dingen vond je goed aan deze cursus? Welke dingen konden voor jou beter?

Thema 2: Levenskwaliteit

Inleidende vraag: **Wat is het effect van de cursus op uw dagelijks leven?**

Aanvullende stellingen die mensen kunnen bespreken: waar of niet waar? Stellingen worden eerst overlopen, dan een voor een bepreken:

a. Sinds de cursus ga ik minder om met mijn pijn.

b. Sinds de cursus ben ik actiever.

c. Sinds de cursus neem ik meer rust

d. Sinds de cursus heb ik minder angst voor de pijn

e. Er is niets veranderd sinds de cursus

Thema 3: Stress:

Inleidende vraag: **Hoe heeft de cursus jouw omgang met stress veranderd?**

Aanvullende vraag: wat is het effect van stress op jouw pijn?

Thema 4: Gedachten en cognities:

Inleidende vraag: **Hoe denk je anders over je pijn sinds de cursus?**

Aanvullende vraag: sta je stil bij automatische gedachten? Hoe ga je hiermee om?

Deze vragen peilen naar de sessie rond cognitieve gedragstherapie

Thema 5: Sociale context (familie, vrienden, hulpverleners)

Inleidende vraag: **Hoe is je contact met andere mensen veranderd sinds de cursus?**

Aanvullende vraag: Hoe is omgang met zorgverleners veranderd?

Thema 6: Maatschappelijke integratie:

Inleidende vraag: **Hoe is je werksituatie veranderd of net niet sinds het volgen van de cursus?**

Aanvullende vraag: Dit kan ook gaan over hobby's, activiteiten, vrijwilligerswerk … is dit veranderd?

Dit peilt naar dagelijkse tijdsbesteding, wetende dat veel deelnemers gepensioneerd zijn of op invaliditeit

Thema 7: Beweging:

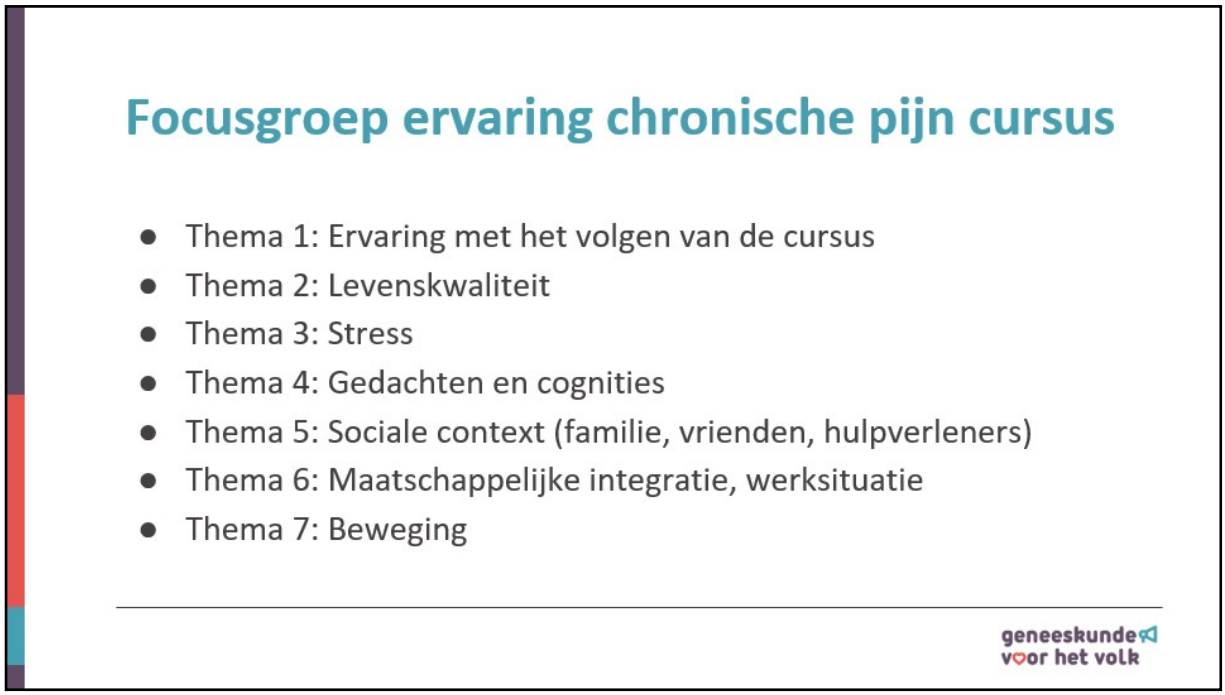
Inleidende vraag: **Beweeg je anders sinds de cursus?**

Aanvullende vraag: heb je minder angst om te bewegen bij pijn sinds de cursus?

Afronding:

Bedankt voor jullie deelname! Als je graag op de hoogte wordt gehouden over het onderzoek en de uiteindelijke thesis graag inkijkt, mag je jouw contactgegevens bij mij achterlaten.

Projectie tijdens interview



Bijlage 4: Mindmap met codes gegroepeerd onder thema's

