

OEFENTHERAPIE: POSITIEF GEZOND?



*Een praktijkgericht onderzoek naar de invloed van oefentherapie
op positieve gezondheid*

Geraldine Schulting

1667394

geraldine.schulting@student.hu.nl

Afstudeerproject – Klinisch Onderzoek

Cohort 2014

Inleverdatum: 20 augustus 2018

Eerste versie

Hogeschool Utrecht

Taco Nijhoff en Michiel Punt

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Samenvatting.....	4
Abstract	5
1. Inleiding.....	6
2. Methode.....	8
2.1 Onderzoeksmethode	8
2.2 Onderzoekspopulatie	8
2.3 Vragenlijst Positieve Gezondheid	8
2.4 Data-analyse.....	9
2.4.1 Beschrijvende statistiek	9
2.4.2 Statistische analyse	9
2.5 Ethische aspecten en analyse	10
3. Resultaten	11
3.1 Verzamelen van gegevens.....	11
3.2 Uitval.....	11
3.3 Onderzoekspopulatie	11
3.3.1 Populatie onderzoeksvraag.....	11
3.3.2 Populatie deelvraag 1	11
3.4 Statistische resultaten	12
4. Discussie.....	14
4.1 Doel van het onderzoek	14
4.2 Belangrijkste bevindingen en interpretatie	14
4.3 Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek	15
4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	16
4.4.1 Betrouwbaarheid / validiteit	16
4.4.2 Vergelijking met andere paramedische beroepen	16

4.5 Aanbevelingen voor de praktijk	17
4.5.1 Profilering van het vak	17
4.5.2 Inzet spinnenweb voor de oefentherapeut	17
5. Conclusie	18
6. Literatuurlijst.....	19
7. Bijlagen.....	22
Bijlage 1. Vragenlijst Positieve Gezondheid	22
Bijlage 2. Informed consent en toestemmingsverklaring	25
Bijlage 3. Ruwe data.....	27
Bijlage 3.1 Overzicht verzamelde gegevens.....	27
Bijlage 3.2 Overzicht gemiddelden.....	28
Bijlage 3.3 Histogrammen	29
Bijlage 3.4 Statistische analyses – Wilcoxon toets	34
Bijlage 3.5 Overzicht gemiddelden deelvraag 1	36

Samenvatting

Aanleiding: De gezondheidszorg verandert, waarbij er een verschuiving plaatsvindt van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Om te kunnen deelnemen aan deze veranderende samenleving, zal er meer nadruk komen te liggen op de zelfredzaamheid en eigen regie van de cliënt. Om dit in het beleid te kunnen gebruiken is een nieuw concept ontstaan: positieve gezondheid. Positieve Gezondheid wordt gezien als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Dit vraagt om een holistische werkwijze van de zorgverleners. De oefentherapeut is een beweegexpert die zich richt op het behandelen van problemen bij bewegen, waarbij een algemeen behandeldoel het verbeteren van de zelfredzaamheid en het zelfmanagement is.

Doel: Dit onderzoek wordt uitgevoerd om de invloed van oefentherapie op positieve gezondheid in kaart te brengen.

Methode: Dit onderzoek is uitgevoerd bij cliënten onder behandeling bij een oefentherapeut in de eerstelijns. Zij hebben op twee meetmomenten de vragenlijst behorende bij positieve gezondheid ingevuld: één op het moment van binnenkomst bij de oefentherapeut en een tweede na 6-7 behandelingen. Van de verzamelde gegevens zijn gemiddelde scores voor de gehele populatie berekend, waarna bepaald is of de resultaten normaal verdeeld waren. Dit was niet het geval, waardoor de significantiewaarde uiteindelijk bepaald is met de Wilcoxon-toets.

Resultaten: Het onderzoek had 21 respondenten, waarvan er 10 zijn geëxcludeerd. De populatie zag er als volgt uit: drie mannen en acht vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 41,1 jaar ($n=10$, $SD = 19,5$). Hiervan had één iemand nek-/schouderklachten (9,1%), vijf mensen hadden last van stress-gerelateerde klachten (45,5%) en van vijf mensen zijn de klachten onbekend (45,5%). Alle domeinen van de vragenlijst, inclusief de totaalscore, laten een significant verschil zien. Hierbij wordt er bij binnenkomst het laagst gescoord op het domein Lichaamsfuncties, waarbij ook gelijk de grootste verandering plaatsvindt.

Conclusie: Oefentherapie heeft op elk domein van positieve gezondheid invloed en lijkt daarmee een holistische werkwijze te hanteren.

Abstract

Objective: The healthcare system is changing, with a shift from welfare state to a participation society. To be able to participate in this changing society, one has to accept self-sufficiency and more personal control. Positive health is the new health concept and is seen as the ability to adapt and self-manage, in light of the physical, emotional and social challenges of life. Health professionals have to use a more holistic approach to achieve this. The exercise therapist is a health professional who is focused on treatment of physical problems and part of their treatment is focused on improving self-reliance and self-management.

Design: This clinical study investigates the influence of exercise therapy on positive health.

Method: This clinical study took place under patients who were under treatment by an exercise therapist in the first line. They were asked to fill in a questionnaire twice: the first one was when they had their first treatment and the second one when they had six or seven treatments. After the results were collected, the mean score was determined. The results were not normally distributed, which leads to the Wilcoxon-test to determine the significant.

Results: This clinical study consisted of 21 participants. From this group, 10 participants were excluded. Three men and eight women with an average age of 41,4 years ($n=11$, $SD=19,5$) took part. The majority of this group suffered from stress-related complaints ($n=5$, 45,5%), one of them had neck-/shoulder complaints (9,1%) and the complaints of five people were unknown (45,5%).

All of the elements of the questionnaire show a statistically significant difference ($p<0,05$). Thereby, the lowest score was shown by the physical functions, that is also the element that shows the biggest difference between measurement 1 and measurement 2.

Conclusion: Exercise therapy has a positive influence on every component of the questionnaire and seems to use a holistic approach.

1. Inleiding

“Mensen lopen complexe zorg mis door verstikkende bureaucratie” (NOS, 2017a), “Het zuur van Rutte III zit vooral in de zorg” (NOS, 2017b), “De superspecialist is de patiënt zelf” (Bruns, 2014). Het is maar een kleine greep uit de vele krantenkoppen die er zijn. Ze liegen er niet om: de gezondheidszorg verandert. Mede door de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vindt er een verschuiving plaats van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Hierin wordt steeds meer een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de desbetreffende burger (Companje, 2013). Een belangrijk doel hierbij is dat men zolang mogelijk mee kan doen in de maatschappij. Dit vraagt om meer aandacht voor preventie en eigen verantwoording van de patiënt (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010).

Om te kunnen participeren in de huidige maatschappij komt de positie van de patiënt meer centraal te staan (Widdershoven, 2003). Hierbij moet verder gekeken worden dan alleen de klacht en heeft de patiënt de regie over zijn eigen leven. Dit wordt door Vendegodt, Kandel, Ervin en Merrick (2016) als volgt gedefinieerd: *‘Holistische gezondheidszorg is complete of totale patiëntenzorg die rekening houdt met de fysieke, emotionele, sociale, economische en spirituele behoeften van de persoon, zijn of haar omgang met de ziekte en het effect van de ziekte om in de behoeften van zelfzorg te voorzien.’* Uitgaande van deze definitie accepteert men de verantwoordelijkheid voor zijn/haar eigen welzijn en het nastreven van zijn/haar eigen uniek gedefinieerde kwaliteit van leven (Ventegodt et al., 2016). Gezien het feit we steeds ouder worden en infectieziekten meer plaats maken voor chronische aandoeningen, komt de nadruk meer en meer te liggen op het omgaan met de aandoening, dan deze genezen (Huber et al., 2011). Een holistische blik van de zorgverlener leidt tot meer kwaliteit van leven en daarnaast draagt zelfredzaamheid bij aan de huidige financiële besparingen (Nijhoff en Duursema, 2016).

Om bovenstaande als beleid in de zorg te kunnen gebruiken, is het van belang dat gezondheid op een goede manier gedefinieerd wordt (Huber, Van Vliet & Boers, 2016). Machteld Huber heeft in 2012 het concept ‘positieve gezondheid’ geformuleerd: *‘Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’* (Van Steekelenburg, Kersten & Huber, 2016). Om in kaart te brengen waar de behoeften van de cliënt liggen, kan gebruik worden gemaakt van het spinnenwebdiagram. Dit is een gespreksinstrument die het mogelijk maakt om de (positieve) gezondheid van de cliënt op zes verschillende domeinen in kaart te

brengen: dagelijks functioneren, lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, sociaal maatschappelijk functioneren, kwaliteit van leven en zingeving (Huber, Van Vliet & Broers, 2016).

Binnen het vak oefentherapie wordt al gebruik gemaakt van een ander model dat verschillende aspecten inzichtelijk maakt, namelijk het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM) (Bastiaansen-ten Haaf & Smorenburg, 2015). Vanuit motivatie/emotie, cognitie, motoriek en omgeving wordt door de therapeut inzichtelijk gemaakt op welke aspecten behandeld kan worden en welke zorgen voor een optimale stimulans en facilitatie van het leerproces van de cliënt (Bastiaansen-ten Haaf & Smorenburg, 2015). Op deze manier lijkt de oefentherapeut al redelijk holistisch ingesteld. Een oefentherapeut is een bewegingsexpert die zich richt op het behandelen van mensen die problemen ervaren met bewegen, waarbij een algemeen behandeldoel het verbeteren van de zelfredzaamheid en het zelfmanagement is (VvOCM, 2015).

Wanneer alle veranderingen in de gezondheidszorg en de nieuwe definitie van gezondheid naast het beroepsprofiel van de oefentherapeut worden gelegd, kan gesteld worden dat oefentherapie vooruitstrevend is binnen de gezondheidszorg. De holistische behandelingen zijn gericht op het weer kunnen participeren en deelnemen in het dagelijks leven, op een manier waarbij zelfredzaamheid en zelfmanagement sterk naar voren komen. Daarnaast is er steeds meer aandacht voor de toenemende vergrijzing, de toenemende vraag naar preventie en interdisciplinaire samenwerking (VvOCM, 2015). Dit past heel goed binnen de visie van het concept Positieve Gezondheid en de veranderende gezondheidszorg. Om inzichtelijk te kunnen maken in hoeverre een oefentherapeutische behandeling invloed heeft op meer dan alleen het beweeggedrag van de cliënt, waarbij in acht moet worden genomen dat de behandelingen gericht zijn op de hulpvraag van de cliënt, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

‘Wat is de invloed van Oefentherapie op Positieve Gezondheid bij cliënten onder behandeling bij een oefentherapeut?’

Daarbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

‘Op welk(e) domein(en) van Positieve Gezondheid scoren cliënten voornamelijk het laagst bij binnenkomst bij een oefentherapeut?’

‘Op welk(e) domein(en) van Positieve Gezondheid is de grootste vooruitgang te zien na behandeling bij een oefentherapeut?’

2. Methode

2.1 Onderzoeksmethode

Om antwoord te kunnen geven op de in de inleiding beschreven onderzoeksvraag, wordt gebruik gemaakt van een kwantitatief en explorerend onderzoek. De resultaten worden verkregen door middel van een vragenlijst, welke gebaseerd is op het spinnenwebdiagram van Positieve Gezondheid (Mijn Positieve Gezondheid, z.j.). Deze vragenlijst is te zien in bijlage 2 en is uitgezet onder cliënten bij verschillende eerstelijns praktijken voor Oefentherapie verdeeld over het land. Alle praktijken hebben eenzelfde telefonische instructie gehad, met daarbij toelichting over het doel van het onderzoek. Voor daadwerkelijke deelname aan het onderzoek heeft de cliënt een informed consent moeten invullen, zie bijlage 1. Per participant zijn er twee afnamemomenten van de vragenlijst geweest: één op het moment van de eerste behandeling en één na 6-7 weken na de eerste behandeling. Beide vragenlijsten zullen door de behandelend oefentherapeut worden afgenomen. Op deze manier wordt na het verwerken van de data inzichtelijk gemaakt of en op welk(e) aspect(en) van Positieve Gezondheid oefentherapie invloed heeft.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond steekproefsgewijs uit volwassen cliënten onder behandeling bij een oefentherapeut in een eerstelijns praktijk. De praktijken zijn verdeeld over het gehele land en alle specialisaties binnen de oefentherapie zijn geïnccludeerd. De overige in- en exclusiecriteria zijn te vinden in tabel 1.

Tabel 1: In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
<ul style="list-style-type: none">- Onder behandeling bij een Oefentherapeut- Onder behandeling in een eerstelijns praktijk- Leeftijdscategorie van 18 t/m 80 jaar- Ondertekend informed consent	<ul style="list-style-type: none">- Onder behandeling bij een andere zorgverlener

2.3 Vragenlijst Positieve Gezondheid

De vragenlijst die voor dit onderzoek gebruikt is, is gebaseerd op de online test van Mijn Positieve Gezondheid (Mijn Positieve Gezondheid, z.j.) en is te zien in bijlage 2. Alvorens het invullen van de vragenlijst, wordt de deelnemer ook gevraagd om zijn of haar geslacht, leeftijd en klachtenregio te noteren. Daarnaast wordt door de deelnemer genoteerd of hij/zij

nog onder verdere behandeling is (bijvoorbeeld een psycholoog, alternatieve gezondheidszorg etc).

De vragenlijst wordt gescoord op een schaal van 0 tot 10, zoals de scores ook worden weergegeven in het spinnenweb van Huber (Mijn Positieve Gezondheid, z.j.). Per domein worden zeven stellingen uitgezet waar een cijfer aan gekoppeld wordt. Een cijfer van 0 is hierbij helemaal niet, 5 is neutraal en 10 is zeer zeker. Gezien Mijn Positieve Gezondheid als gespreksinstrument bedoeld is, zijn er geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst (Instituut voor Positieve Gezondheid, z.j.)

2.4 Data-analyse

De uiteindelijke data wordt geanalyseerd met behulp van het statistische programma SPSS. Het geslacht, de leeftijd en de klachtenregios zijn bij het analyseren van de gegevens buiten beschouwing gelaten, omdat deze gegevens geen invloed hebben op de resultaten van de vragenlijst.

2.4.1 Beschrijvende statistiek

Alvorens de onderzoeksgegevens worden onderworpen aan een statistische toets, wordt gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om de resultaten inzichtelijk te maken.

Deze beschrijvende statistiek wordt gebruikt om de onderzoekspopulatie te beschrijven en bestaat uit het geslacht (M/V) en de gemiddelde leeftijd met daarbij de standaarddeviatie (SD). Daarnaast zal een overzicht worden gegeven van de klachten van de onderzoekspopulatie.

2.4.2 Statistische analyse

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is het van belang te weten of er een verschil is in de uitkomst van meting 1 en meting 2. Na alle onderzoeksgegevens in de beschrijvende statistiek te hebben verwerkt, wordt getoetst of het resultaat berust op toeval of dat er daadwerkelijk een verschil tussen beide metingen zichtbaar is. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van gemiddelden. De scores zoals de participanten deze invullen op de vragenlijst zijn op ordinaal niveau, maar doordat er gebruik gemaakt van gemiddelden worden de gegevens verwerkt als een meting op ratio-niveau. Om te kijken of de resultaten normaal verdeeld zijn, worden histogrammen gemaakt. Indien de resultaten normaal verdeeld zijn, wordt gebruik gemaakt van een t-toets. Wanneer de gegevens niet normaal verdeeld zijn, wordt er gebruik gemaakt van de Wilcoxon-toets. Het gaat dus om een afhankelijke steekproef met een ratio-meetniveau. De resultaten zullen de statistische toets

bepalen. Met behulp van het statistische programma SPSS wordt deze berekening gemaakt en er zal een significantie van 0,05 gehanteerd worden.

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag wordt een overzicht gemaakt met de gemiddelde scores van meting 1.

2.5 Ethische aspecten en analyse

Nadat de onderzoeksresultaten zijn verzameld, worden de informed consent en de vragenlijst van elke participant omgezet in een nummer. De bijbehorende gegevens worden vervolgens op nummer in een Microsoft Excel bestand gezet. Op deze manier worden de gegevens van de deelnemers geanonimiseerd en is alleen voor de onderzoeker te achterhalen welke deelnemer bij welk nummer hoort. De ingevulde informed consent formulieren zullen in een speciale map van de onderzoeker worden bewaard, daar waar alleen zij toegang tot heeft.

Het onderzoek is niet WMO-plichtig omdat er geen sprake is van medisch wetenschappelijk onderzoek en de personen niet aan handelingen worden onderworpen of gedragsregels opgelegd hebben gekregen (CCMO, z.j.a). Om deze reden zal het onderzoek dus niet beoordeeld hoeven te worden door een medisch ethische commissie (CCMO, z.j.b)

3. Resultaten

3.1 Verzamelen van gegevens

Na verschillende praktijken benaderd te hebben en weinig respons te hebben ontvangen is besloten om ook de beroepsvereniging VvOCM (Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck) te benaderen. Zij hebben een oproep voor medewerking aan het onderzoek geplaatst op hun Facebookpagina en in hun nieuwsbrief. Hier hebben 14 praktijken op gereageerd en uiteindelijk hebben hiervan 5 praktijken medewerking verleend aan het onderzoek. Dit heeft geleid tot 21 cliënten (vanaf nu respondenten genoemd) die daadwerkelijk meegewerkt hebben aan het onderzoek.

3.2 Uitval

Van alle respondenten ($n=21$) zijn er 10 geëxcludeerd. Eén respondent is op basis van de leeftijd geëxcludeerd, één respondent was ook onder behandeling bij een andere zorgverlener en van de andere acht respondenten ontbrak een tweede meetmoment. Het tweede meetmoment ontbreekt omdat deze deelnemers nog onvoldoende behandelingen hebben gehad om de vragenlijst opnieuw af te nemen. Deze gegevens zijn dus niet meegenomen in de statistische analyse omdat dit een gelijke steekproef dient te zijn. Wel zijn de eerste meetmomenten van de eerder genoemde acht geëxcludeerde respondenten meegenomen in het beantwoorden van de eerste deelvraag.

Verder zijn niet bij alle respondenten de klachtenregio en de leeftijd ingevuld. Deze vragenlijsten kunnen wel gebruikt worden, omdat de klachtenregio en de leeftijd geen invloed hebben op het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

3.3 Onderzoekspopulatie

3.3.1 Populatie onderzoeksvraag

De uiteindelijke populatie ($n=11$) bestond uit drie mannen en acht vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze populatie ($n=10$) was 41,1 jaar ($SD = 19,5$). Hiervan had één iemand nek-/schouderklachten (9,1%), vijf mensen hadden last van stressgerelateerde klachten (45,5%) en van vijf mensen zijn de klachten onbekend (45,5%).

3.3.2 Populatie deelvraag 1

De populatie die gebruikt is voor het beantwoorden van de eerste deelvraag ziet er anders uit. Deze populatie ($n=19$) bestond uit vier mannen en vijftien vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze respondenten ($n=13$) is 41,1 jaar ($SD = 18,5$). In deze groep had 21,1%

(n=4) last van nek-/schouderklachten, 26,3% (n=5) van stressgerelateerde klachten, 10,5% (n=2) van rugklachten, 5,3% (n=1) van klachten aan de hand en van 36,8% (n=7) zijn de klachten onbekend. Een overzicht hiervan is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Overzicht van klachten populatie 2 (n=19)

Klacht	Frequentie	Percentage
Nek-/schouderklachten	N=4	21,1%
Stressgerelateerde klachten	N=5	26,3%
Rugklachten	N=2	10,5%
Handen	N=1	5,3%
Onbekend	N=7	36,8%

Een overzicht van de ruwe data is te vinden in bijlage 4.

3.4 Statistische resultaten

In tabel 3 worden de resultaten weergegeven, op basis van elf respondenten. Hierbij moet in acht genomen worden dat de maximaal te behalen score voor de subdomeinen 70 is. Dit is het geval wanneer de deelnemer op elke subvraag een score van 10 (zeer zeker) heeft ingevuld. Voor de totaalscore is een maximum score van 420 te halen. Het weergegeven percentage in de 'Verschil'-kolom is het verschil ten opzichte van de maximum te behalen score. Voorbeeld: in het domein Lichaamsfuncties heeft de populatie 13,6 punt hoger gescoord op meting 2 dan op meting 1. Dit is 19,4%, waarbij een score van 70 100% zou zijn.

Om te kijken of de resultaten normaal verdeeld zijn, zijn in SPSS histogrammen gemaakt. Hieruit is naar voren gekomen dat de resultaten niet normaal verdeeld zijn, waardoor alsnog gebruik is gemaakt van de Wilcoxon-toets om de significantiewaarden te bepalen. Deze histogrammen zijn te zien in bijlage 4.3.

Tabel 3. Uitkomst vragenlijst en significantie overzicht

Domein	Gemiddelde meting 1*	Gemiddelde meting 2**	Verskil	Significantie-waarde***
Lichaamsfuncties	35,7 (SD = 14,7)	49,3 (SD = 15,0)	+ 13,6 (19,4%)	p = 0,003
Mentaal welbevinden	44,1 (SD = 14,6)	54,7 (SD = 8,5)	+ 10,6 (15,1%)	p = 0,019
Zingeving	48,2 (SD = 13,4)	56,4 (SD = 6,6)	+ 8,2 (11,7%)	p = 0,005
Kwaliteit van leven	45,4 (SD = 16,0)	55,8 (SD = 8,1)	+ 10,4 (14,9%)	p = 0,020
Meedoen	53,7 (SD = 11,6)	58,1 (SD = 7,8)	+ 4,4 (6,3%)	p = 0,034
Dagelijks functioneren	51,1 (SD = 13,3)	54,9 (SD = 9,6)	+ 3,8 (5,4%)	p = 0,028
Totaalscore	278,2 (SD = 69,3)	329,2 (SD = 48,2)	+ 51 (12,1%)	p = 0,03

* Meting 1 is het eerste meetmoment op het moment van binnenkomen bij de oefentherapeut (t=0)

** Meting 2 is het tweede meetmoment na 6-7 behandelingen (t=1)

*** Statistisch significant verschil indien $p < 0,05$ (95%)

Zichtbaar in bovenstaande tabel is dat op elk domein, inclusief de totale positieve gezondheid, gemiddeld gezien een verbeterde score laat zien op het tweede meetmoment. Daarnaast is zichtbaar dat elk domein een significant verschil laat zien tussen beide metingen.

In tabel 4 is in één overzicht weergegeven op welk domein gemiddeld gezien het laagst wordt gescoord wanneer een cliënt binnenkomt bij een oefentherapeut. Het domein 'Lichaamsfuncties' laat met een gemiddelde score van 34,8 de laagste score zien, gevolgd door het domein 'Mentaal Welbevinden'.

Tabel 4. Overzicht scores bij binnenkomst oefentherapeut

Domein	Gemiddelde meting 1
Lichaamsfuncties	34,8 (SD = 13,2)
Mentaal welbevinden	42,2 (SD = 12,6)
Zingeving	45,5 (SD = 12,6)
Kwaliteit van leven	45,4 (SD = 12,9)
Meedoen	51,1 (SD = 11,2)
Dagelijks functioneren	48,6 (SD = 13,0)

4. Discussie

4.1 Doel van het onderzoek

Vanuit verschillende onderzoeken (Companje, 2013, Widdershoven, 2003, Vendegodt et al., 2016) komt naar voren dat de gezondheidszorg verandert en dat de positie van de patiënt steeds meer centraal komt te staan. De patiënt heeft steeds meer verantwoordelijkheid voor zijn/haar eigen welzijn en de focus is komen te liggen op het functioneren van mensen in het dagelijks leven, uitvoering van activiteiten en participatie in de maatschappij. Het concept van Positieve Gezondheid richt zich hierop (Van Vliet, Grotendorst, & Roodbol, 2016).

Binnen de Oefentherapie wordt gebruik gemaakt van het ODIM, waar vanuit motivatie/emotie, cognitie, motoriek en omgeving inzichtelijk worden gemaakt om te beoordelen op welke aspecten behandeld kan worden en welke zorgen voor een optimale stimulans en facilitatie van het leerproces van de cliënt (Bastiaansen-ten Haaf & Smorenburg, 2015). Het doel van dit onderzoek is dan ook om de invloed van oefentherapie op Positieve Gezondheid in kaart te brengen.

4.2 Belangrijkste bevindingen en interpretatie

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is de vragenlijst behorende bij Positieve Gezondheid ingezet als meetinstrument om de invloed van Oefentherapie te kunnen bepalen. Vanuit de resultaten kan gesteld worden dat Oefentherapie op elk domein van Positieve Gezondheid een significante vooruitgang laat zien, waaruit voorzichtig geconcludeerd kan worden dat Oefentherapie een holistische werkwijze hanteert.

Dit komt overeen met de verwachting voorafgaand aan het onderzoek en is gebaseerd op het beroepsprofiel. De oefentherapeut behandelt namelijk cliënten met lichamelijke klachten of problemen met bepaalde activiteiten, waardoor (mogelijk) een beperking plaatsvindt in het dagelijks functioneren en in participatie (VvOCM, 2015). Dit komt overeen met drie van de zes domeinen binnen de Positieve Gezondheid. Echter wordt binnen dit onderzoek de grootste vooruitgang wel gevonden op het domein lichaamsfuncties, maar is binnen de domeinen dagelijks functioneren en participatie juist de kleinste vooruitgang gevonden. Dit kan mogelijk komen doordat de gebruikte vragenlijst opgezet is als gespreksinstrument en niet als meetinstrument. De begrippen van Positieve Gezondheid zijn voor een meetinstrument niet onderscheidend genoeg zijn (Zorgenz, 2018).

Dit onderzoek laat zien dat er op alle domeinen verbetering plaatsvindt, maar de vraag of beter en/of meer bewegen niet op zichzelf al resulteert in bijvoorbeeld een betere kwaliteit van leven moet hierbij wel in acht worden genomen. Er zijn namelijk verschillende onderzoeken (Kohl et al., 2012, Hadgraft et al., 2015) die laten zien dat er een duidelijk verband is tussen te weinig bewegen en fysieke en mentale ziekten, zoals depressies.

Lichaamsbeweging heeft daarnaast invloed op de algehele gezondheid en breinfunctie (Cotman & Berchtold, 2002). Ook is er een onderzoek gedaan dat suggereert dat ontoereikend pijnmanagement en depressie variabelen zijn die bijdragen aan een lagere kwaliteit van leven van mensen met chronische pijn (Jones, Vogelmann, Luba, Mumtaz, & Comer, 2017). Er kan dus gesteld worden dat het domein lichaamsfuncties samenhangt met voornamelijk de domeinen kwaliteit van leven en mentaal welbevinden. Bewegen staat voorop in de behandeling van een oefentherapeut, dus wanneer dat makkelijker of beter gaat zou dat ook effect op voornamelijk de domeinen kwaliteit van leven en mentaal welbevinden. Dit is ook zichtbaar naar voren gekomen in dit onderzoek: op de domeinen kwaliteit van leven en mentaal welbevinden, wordt na het domein lichaamsfuncties, de grootste vooruitgang gevonden.

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek hebben twee studenten aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA) eenzelfde onderzoek uitgevoerd, gericht op hoe oefentherapeuten Positieve Gezondheid ervaren in hun oefentherapeutisch handelen. Zij kwamen tot de conclusie dat volgens de oefentherapeuten alle domeinen van Positieve Gezondheid bewust/onbewust worden ervaren in alle onderdelen van het oefentherapeutisch handelen. Daarnaast vonden zij dat oefentherapeuten zich bewust zijn van de grenzen van de beroepsspecifieke mogelijkheden en dat het gespreksinstrument ingezet kan worden om de samenwerking met andere zorgprofessionals inzichtelijk te maken (Boersma & Roeleveld, 2018). In combinatie met dit onderzoek kan gesteld worden dat zowel vanuit oefentherapeutisch oogpunt, als vanuit de ervaring van de cliënt, oefentherapie een positieve invloed heeft op Positieve Gezondheid.

4.3 Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek

Een eerste sterk punt aan dit onderzoek is dat er nog niet eerder een kwantitatief en exploratief onderzoek gedaan is binnen de Oefentherapie naar Positieve Gezondheid. Een tweede sterk punt is dat er een significante vooruitgang gevonden is. Ten derde is de variëteit van de steekproef in het onderzoek wel gunstig. Doordat er mannen en vrouwen van verschillende leeftijden met verschillende klachten gebruikt zijn, is er een goed beeld van de gehele populatie ontstaan.

De gebruikte populatie voor dit onderzoek is de eerste en ook de grootste beperking. De onderzoekspopulatie was relatief klein ($n=11$), waarvan bijna de helft ($n=5$) bestond uit cliënten onder behandeling bij een psychosomatisch oefentherapeut. Een psychosomatisch oefentherapeut richt zich naast de lichamelijke klachten ook op klachten op psychosociale problematiek (Psychosomatische Oefentherapie, z.d.). Naar vermoedens zal een psychosomatisch oefentherapeut zich ook meer richten op de domeinen naast Lichaamsfuncties. Gezien de kleine populatie was het niet mogelijk om eventuele invloeden

hiervan te onderzoeken. Daarnaast was een grotere populatie gunstig geweest om wat te kunnen zeggen over eventuele verschillen tussen verschillende klachtenregio's. voor nu blijft onduidelijk of iemand met nek-/schouderklachten dezelfde vooruitgang ervaart als iemand met rugklachten.

Een tweede beperking is dat er alleen gebruik is gemaakt van de vragenlijst behorende bij Positieve Gezondheid en bij de resultaten verwerking alleen gebruik is gemaakt van de totaalscore voor elk domein. Dit maakt dat het lastig is om wat te kunnen zeggen over de betrouwbaarheid ervan. Wanneer voor elk domein de totaalscores verwerkt waren tot de meetschaal van 0 – 10 (0 is geen pijn, 10 is de meest onvoorstelbare pijn), was dit overeen gekomen met de Numeric Rating Scale (NRS). Dit is een meetinstrument dat voor vele doeleinden gebruikt kan worden en kan bij diverse soorten cliëntengroepen toegepast worden. Er is een verschil van ten minste twee punten vereist om een verbetering of verslechtering vast te kunnen stellen (Van Engelen & Jungen, 2013). Hier is dan ook een aanbeveling voor geformuleerd.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

4.4.1 Betrouwbaarheid / validiteit

Zoals hierboven al gezegd is er moeilijk wat te zeggen over de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek, omdat de gebruikte vragenlijst geen gevalideerd meetinstrument is. Om dat mogelijk in de toekomst wel als meetinstrument te gebruiken is het van belang om verder onderzoek te doen naar de betrouwbaarheid in het gebruik ervan. Door ook gebruik te maken van het spinnenweb, naast de vragenlijst, wordt de NRS beter ingezet en kan wellicht meer gezegd worden over de betrouwbaarheid/validiteit.

Daarnaast is het goed om naast de vragenlijst van Positieve Gezondheid gebruik te maken van meerdere vragenlijsten die passen bij de verschillende domeinen. Zo kan onderzocht worden of de (bepaalde) domeinen overeenkomen met wel gevalideerde meetinstrumenten. De Rand-36 kan bijvoorbeeld gebruikt worden om naast het onderdeel Kwaliteit van Leven te leggen. Voor het domein Lichaamsfuncties kan bijvoorbeeld de Vragenlijst over lichamelijke activiteit ingezet worden.

4.4.2 Vergelijking met andere paramedische beroepen

Naast de oefentherapie zijn er nog twee andere paramedische beroepen die gericht zijn op bewegen en dagelijks functioneren, namelijk de fysio- en ergotherapeut. Wanneer naar het beroepsprofiel van de fysiotherapeut gekeken wordt, behandelen zij ook cliënten die problemen hebben met bewegen en begeleiden en ondersteunen zij de cliënt bij het voeren van de op participatie gerichte regie (De Vries, Hagenaars, Kiers, & Schmitt, 2014). De ergotherapeut leert een cliënt opnieuw om dagelijkse activiteiten uit te voeren als dat niet

meer lukt door lichamelijke of psychische problemen (Ergotherapie Nederland, z.d.). Hij/zij gaat af op wat de cliënt belangrijk vindt en past daarmee ook heel goed binnen de veranderende gezondheidszorg. Door een aantal overeenkomsten binnen de beroepscompetenties en de wetenschap dat lichaamsfuncties samen hangt met kwaliteit van leven en mentaal welbevinden, dient er onderzoek gedaan te worden naar de invloed van fysio-/ergotherapie op Positieve Gezondheid. Zo kan gekeken worden of oefentherapie daadwerkelijk zo vooruitstrevend is, of dat alle paramedische beroepen richting bewegen die verbetering merken.

4.5 Aanbevelingen voor de praktijk

4.5.1 Profileren van het vak

Dit onderzoek kan ingezet worden om aan andere zorgprofessionals inzichtelijk te maken dat Oefentherapeuten een holistische werkwijze hanteren en daarmee vooruitstrevend is binnen de veranderende gezondheidszorg. Oefentherapeuten stellen de cliënt al centraal en behandelen op alle domeinen van Positieve Gezondheid.

4.5.2 Inzet spinnenweb voor de oefentherapeut

Voor oefentherapeuten kan het spinnenweb en/of de vragenlijst van Positieve Gezondheid ondersteunen om in kaart te brengen waar de knelpunten van de cliënt zitten. Op deze manier wordt de cliënt centraal gezet en wordt naast de hulpvraag rekening gehouden met omgevingsfactoren.

5. Conclusie

Op basis van de resultaten kan gesteld worden dat oefentherapie op alle domeinen een significante vooruitgang is gevonden. Dit houdt in dat oefentherapie op elk domein van positieve gezondheid invloed heeft en daarmee een holistische werkwijze lijkt te hanteren. Ook laat dit onderzoek zien dat de cliënten gemiddeld gezien het laagst scoren op het domein 'Lichaamsfuncties' bij binnenkomst. Daarnaast is in dit domein ook de grootste vooruitgang te zien, daar waar de oefentherapeut ook voornamelijk beweegexpert is.

6. Literatuurlijst

Bastiaansen-ten Haaf, C., & Smorenburg, N. (2015) Het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model. *Beweegreden*, (2), 31-33

Boersma, A., & Roeleveld, K. (2018) *Positieve gezondheid binnen de oefentherapie*. Geraadpleegd via de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Bruns, E. (2014, 22 mei). *De superspecialist is de patiënt zelf*. Geraadpleegd op 20 oktober 2017 van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2014/05/22/superspecialist-kom-van-die-hoogste-tak-de-super-1380071-a680635>

CCMO (z.j.a) <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>

CCMO (z.j.b) <http://www.ccmo.nl/nl/niet-wmo-onderzoek>

Compagne, K-P. (2013) Hervorming van langdurige zorg: van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. *Spectrum*, (8), 453-453

Cotman, C.W., & Berchtold, N.C. (2002) Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity. *TRENDS in Neurosciences*, 25(6), 295 – 301

Engelen, E. van & Jungen, M. (2013). Uitgebreide toelichting van het meetinstrument. Numeric (pain) rating scale (NRS/NPRS). Beschikbaar via: <https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument40/NPRS%20form.pdf>

Ergotherapie Nederland. (z.d.) Informatie voor cliënten. Geraadpleegd van <https://ergotherapie.nl/informatie-voor-clienten/>

Hadgraft, N.T., Lynch, B.M., Clark, B.K., Healy, G.N., Owen, N., & Dunstan, D.W. (2015) Excessive sitting at work and home: correlates of occupational sitting and TV viewing time in working adults. *BMC Public Health*, 15, 899

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H. E., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343 [D4163]. DOI: [10.1136/bmj.d4163](https://doi.org/10.1136/bmj.d4163)

Huber M., Van Vliet, M., en Broers, I. (2016) Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720

Institute for Positive Health (z.j.) Geraadpleegd op 4 december 2017 van:

<https://iph.nl/tools/voor-volwassenen/>

Jung, H.P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, L. (2018) Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts en Wetenschap*, 61(3), 39-41

Jones, J. D., Vogelmann, J. S., Luba, R., Mumtaz, M., & Comer, S. D. (2017). Chronic pain and opioid abuse: Factors associated with health-related quality of life. *The American Journal on Addictions*, 26(8), 815–821.

Kohl, H.W., Craig, C.L., Lambert, E.V., Inoue, S., Alkandari, J.R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294-305

Mijn Positieve Gezondheid (z.j.) Geraadpleegd op 22 oktober 2017 van:

<https://test.mijnpositievegezondheid.nl/>

Nijhoff, T., en Duursema, L. (2016) Veranderingen in de zorg sinds 2015 en oefentherapie, *Beweegreden*, 4, 7-9

NOS (2017a, 14 juli). *Mensen lopen complexe zorg mis door verstikkende bureaucratie*.

Geraadpleegd op 20 oktober 2017 van: <https://nos.nl/artikel/2183066-mensen-lopen-complexe-zorg-mis-door-verstikkende-bureaucratie.html>

NOS (2017b, 10 oktober). *Het zuur van Rutte III zit vooral in de zorg*. Geraadpleegd op 20

oktober 2017 van: <https://nos.nl/artikel/2197306-het-zuur-van-rutte-iii-zit-vooral-in-de-zorg.html>

Psychosomatische Oefentherapie (z.d.). Geraadpleegd van

<https://vvocm.nl/Cli%C3%ABnt/Wat-is-oefentherapie/Psychosomatische-oefentherapie>

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010) *Van zz naar gg: acht debatten, een sprekend verhaal*. Geraadpleegd op 20 oktober 2017 van:

http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/ketenzorg/8853_Achtergrondstudie_-_van_ZZ_naar_GG.pdf

Steekelenburg, van, E., Kersten, I., Huber, M. (2016) 'Positieve gezondheid' in Nederland: wie, wat, waarom en hoe? *Institute for Positive Health*, 1

Van Vliet, K., Grotendorst, A., & Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen*. Geraadpleegd van

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen>

Vendegodt, S., Kandel, I., Ervin, D.A., & Merrick, J. (2016) Concepts of Holistic Care. *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*, (1), 1935-1941

Vries, de, C., Hagens, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014) *KNGF Beroepsprofiel Fysiotherapeut*. Geraadpleegd van

https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen/2014-01_kngf_beroepsprofiel-ft_20131230_2.pdf

VvOCM (2015) *Beroepsprofiel Oefentherapeut*. Geraadpleegd op 20 oktober 2017 van:

<https://vvocm.nl/Oefentherapeut/Beroep/Beroepscode-Beroepsprofiel>

Widdershoven, G. (2003) Regie over eigen leven: een zorgethisch perspectief. *Ethiek & Maatschappij*, (2), 24-30

Zorgenz. (2018, 21 februari). Deugen de begrippen van positieve gezondheid ? – Zorgenz. Geraadpleegd op 16 september 2018, van <https://zorgenz.nl/nieuws/deugen-begrippen-positieve-gezondheid/>

7. Bijlagen

Bijlage 1. Vragenlijst Positieve Gezondheid

Ik wil u vragen om de onderstaande stellingen van dit spinnenweb een cijfer te geven op een schaal van 0 tot 10.

0 is hierbij helemaal niet, 5 is neutraal en 10 is zeer zeker.

Geslacht: M / V

Leeftijd: _____

Klachtenregio: _____

Onder behandeling bij een andere zorgverlener (psycholoog, POH etc): JA / NEE, indien ja, welke? _____

Contactgegevens (indien u op de hoogte gehouden wilt worden van de resultaten)

Mailadres: _____

Kwaliteit van leven - Heeft u een prettig leven?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik geniet van mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben gelukkig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zit lekker in mijn vel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar evenwicht in mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel mij veilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over waar ik woon en met wie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb genoeg geld om mijn rekeningen te betalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meedoen - Doet u mee in de maatschappij?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik heb goed contact met andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere mensen nemen mij serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb mensen met wie ik leuke dingen kan doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb mensen die mij steunen als dat nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel dat ik erbij hoor in mijn omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb werk of andere bezigheden die ik zinvol vind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben geïnteresseerd in wat er in de maatschappij gebeurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dagelijks functioneren - Hoe ziet uw dagelijks leven er uit?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ik kan goed voor mijzelf zorgen, bijv. wassen, aankleden, boodschappen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet wat ik wel kan en wat ik niet kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet hoe ik mijn gezondheid kan verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan goed plannen wat ik op een dag moet doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan goed omgaan met het geld dat ik elke maand krijg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan werken of vrijwilligerswerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet hoe ik zo nodig hulp kan krijgen van officiële instanties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 2. Informed consent en toestemmingsverklaring

Voor u ligt de vragenlijst behorende bij Mijn Positieve Gezondheid. Positieve gezondheid is de nieuwe definitie van gezondheid en als volgt geformuleerd: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber, 2012).

Voor mijn afstudeeronderzoek ben ik, Geraldine Schulting, geïnteresseerd in uw positieve gezondheid. Vul deze vragenlijst zoveel mogelijk naar waarheid in. Bij deelname aan mijn afstudeeronderzoek, wordt deze vragenlijst twee keer afgenomen. Eén keer bij de eerste behandeling en een keer na uw laatste behandeling. Alvorens u de vragenlijst invult, wil ik u vragen om bovenaan de vragenlijst uw geslacht, leeftijd en klachtenregio in te vullen.

Om er voor te zorgen dat uw gegevens anoniem blijven, wil ik u verzoeken het bijgevoegd informed consent te lezen, in te vullen en te ondertekenen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Groet,

Geraldine Schulting

4^e jaars student Oefentherapie Cesar

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar bij deze vrijwillig mee te werken aan bovenstaand onderzoek. Het is voor mij duidelijk wat de aard, methode, doel, risico's en belasting van het onderzoek zijn. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen hierover zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik weet dat meedoen op geheel vrijwillige basis is. Ik behoud me daarbij het recht dat ik op ieder willekeurig moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Ik geef tevens toestemming tot publicatie van de resultaten van dit onderzoek (zonder individuele gegevens).

Ik wil na afloop van het onderzoek op de hoogte worden gesteld van de resultaten: JA / NEE
Indien ja, mijn e-mailadres is: _____

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

In te vullen door de verantwoordelijke onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik de deelnemer mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven heb over het onderzoek. Zijn/haar vragen zijn naar mijn eigen vermogen beantwoord. Indien de deelnemer besluit zich terug te willen trekken van dit onderzoek, dan kan dit zonder nadelige gevolgen.

Naam onderzoeker

Handtekening onderzoeker:

Datum:

Bijlage 3. Ruwe data

Bijlage 3.1 Overzicht verzamelde gegevens

	Meting	Geslacht	Klachtenregio	Leeftijd	Totaalscore Lichaamsfuncties	Totaalscore Mentaal Welbevinden	Totaalscore Zingeving	Totaalscore Kwaliteit van Lev	Totaalscore Meedoen	Totaalscore Dagelijks Functionere	Totaalscore
1	1	M	Nek/Schouder	66	53	54	56	58	57	55	333
1	2	M	Nek/Schouder	66	62	57	57	60	60	56	352
2	1	V	Nek	-	17	27	26	33	34	23	160
2	2	V	Nek	-	-	-	-	-	-	-	-
3	1	V	Rug/benen	-	18	38	26	45	37	38	202
3	2	V	Rug/benen	-	-	-	-	-	-	-	-
4	1	V	Rug/benen	62	46	47	49	44	52	54	292
4	2	V	Rug/benen	62	-	-	-	-	-	-	-
5	1	V	Handen	33	38	56	57	55	64	61	331
5	2	V	Handen	33	-	-	-	-	-	-	-
6	1	V	Nek/rug/schouders	-	43	36	41	40	43	48	251
6	2	V	Nek/rug/schouders	-	-	-	-	-	-	-	-
7	1	V	Nek	28	26	33	40	45	43	35	222
7	2	V	Nek	28	-	-	-	-	-	-	-
8	1	M	Spanningsklachten	34	43	33	44	32	43	44	239
8	2	M	Spanningsklachten	34	60	55	64	59	64	53	355
9	1	V	Spanningsklachten	21	31	24	34	26	51	43	209
9	2	V	Spanningsklachten	21	60	58	55	57	53	54	337
10	1	V	Spanningsklachten	-	47	27	22	22	32	35	185
10	2	V	Spanningsklachten	-	53	51	51	49	52	47	303
11	1	V	Spanningsklachten	24	26	35	45	36	61	46	249
11	2	V	Spanningsklachten	24	62	62	60	55	61	49	349
12	1	V	Spanningsklachten	20	55	52	59	60	61	61	348
12	2	V	Spanningsklachten	20	59	58	60	63	61	63	364
13	1	V	-	62	15	61	62	64	67	66	335
13	2	V	-	62	31	62	62	65	67	66	353
14	1	V	-	53	10	28	36	33	38	26	171
14	2	V	-	53	15	31	40	36	40	33	195
15	1	M	-	46	42	54	54	53	56	56	315
15	2	M	-	46	43	54	57	56	57	57	324
16	1	V	-	-	37	46	48	58	56	56	301
16	2	V	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	V	-	20	41	56	66	66	68	64	361
17	2	V	-	20	52	55	60	62	67	66	362
18	1	V	Hyperventilatie	17	40	60	68	69	70	67	374
18	2	V	Hyperventilatie	17	43	56	63	59	57	64	342
19	1	V	-	65	30	61	52	49	57	66	315
19	2	V	-	65	45	59	54	52	57	60	327
20	1	M	-	-	44	34	48	44	50	47	267
20	2	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	V	Stress/burnout	28	28	34	39	36	59	47	243
21	2	V	Stress/burnout	28	34	37	44	43	54	49	261

De rode vakjes geven aan dat deze cliënten geëxcludeerd zijn van dit onderzoek.

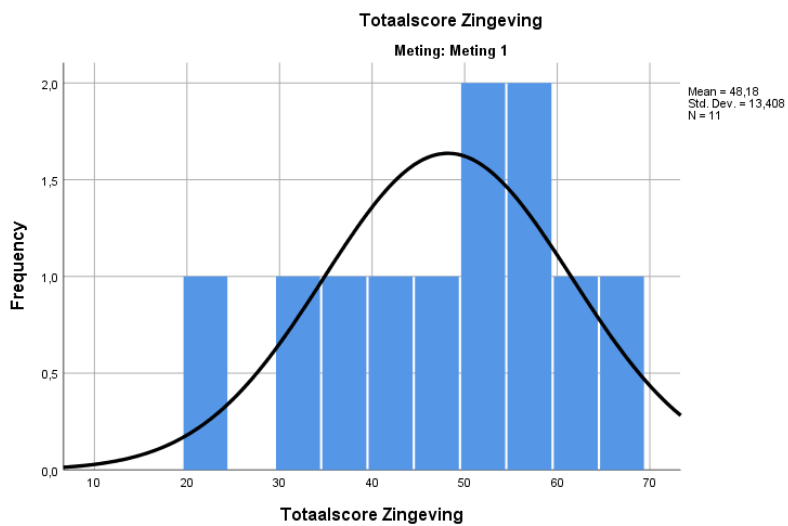
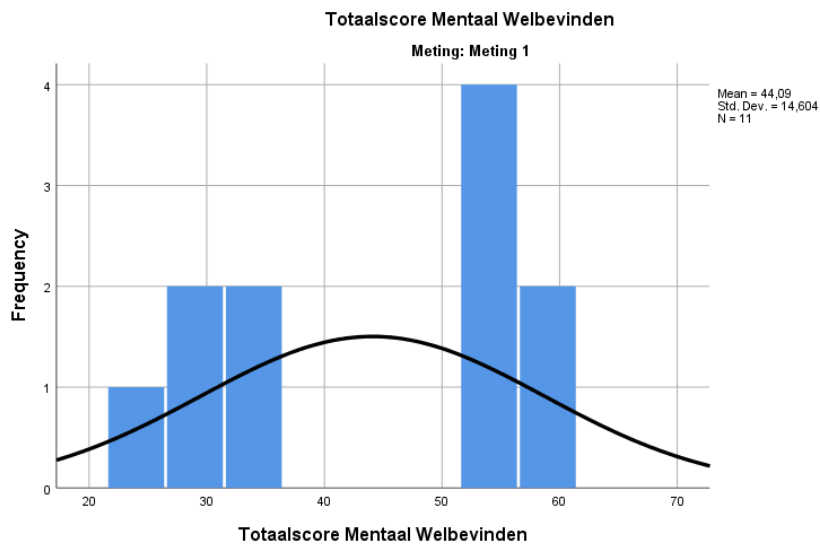
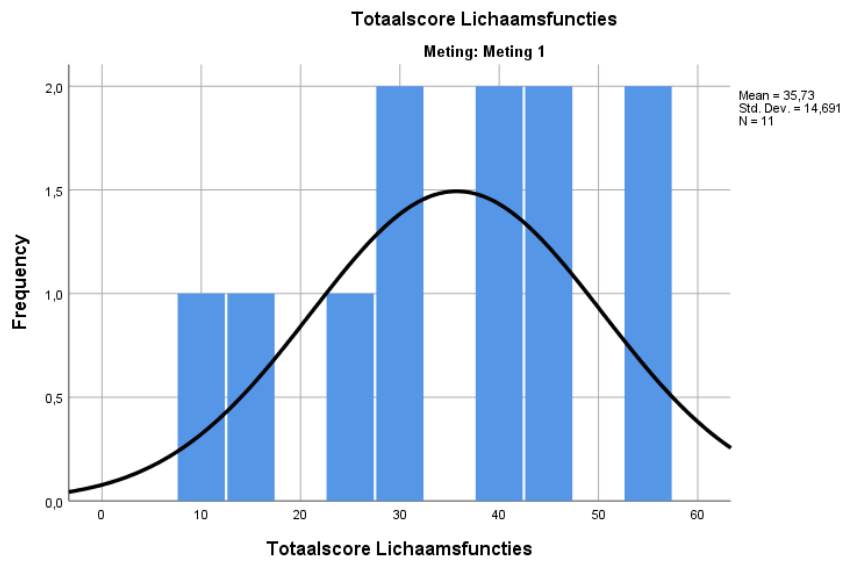
De roze vakjes geven aan dat deze cliënten geëxcludeerd zijn omdat het tweede meetmoment ontbreekt.

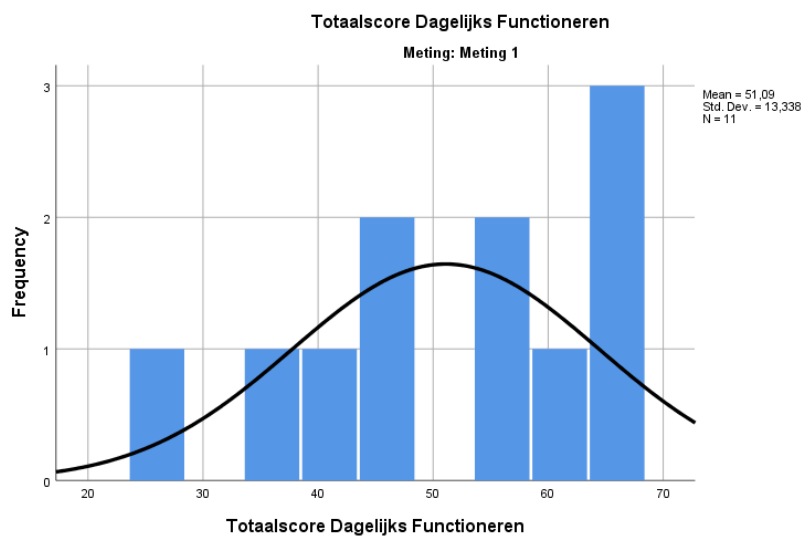
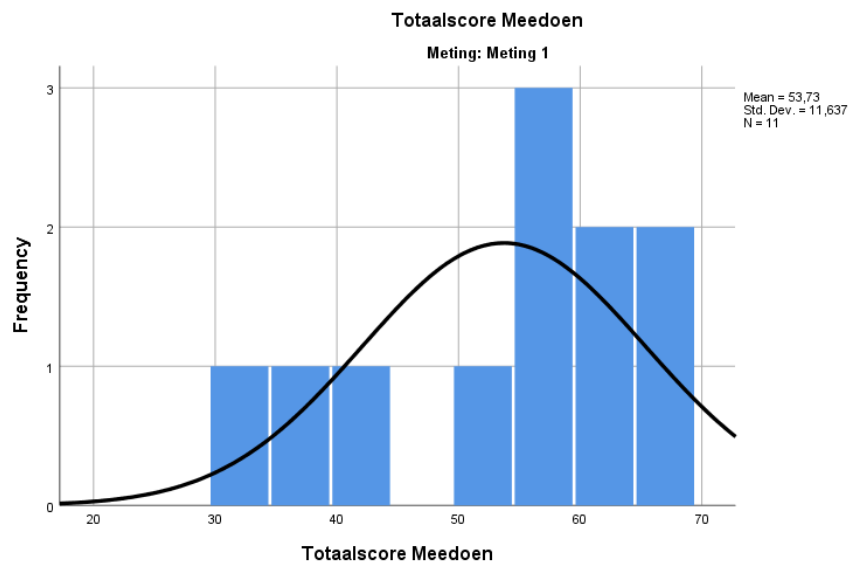
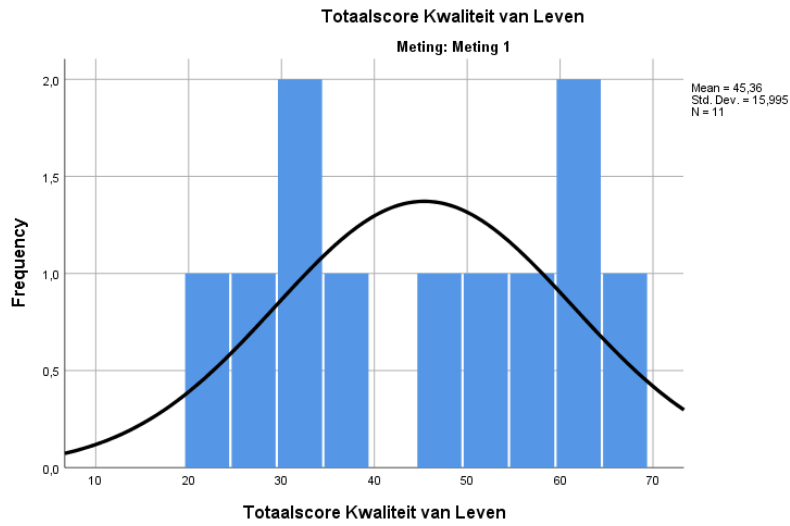
Bijlage 3.2 Overzicht gemiddelden

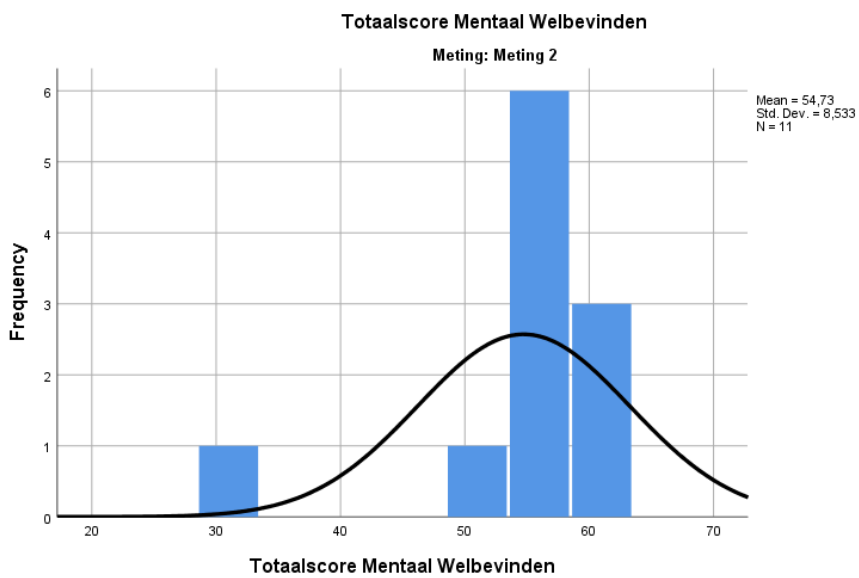
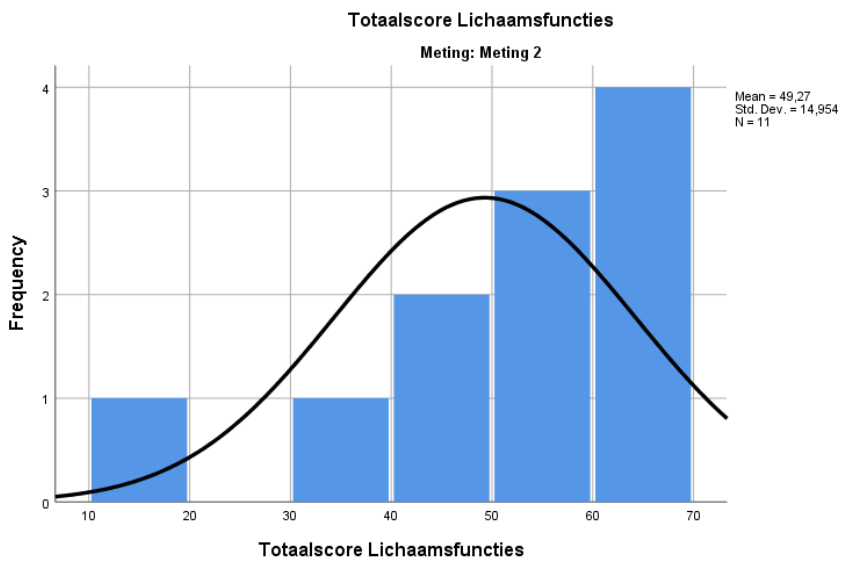
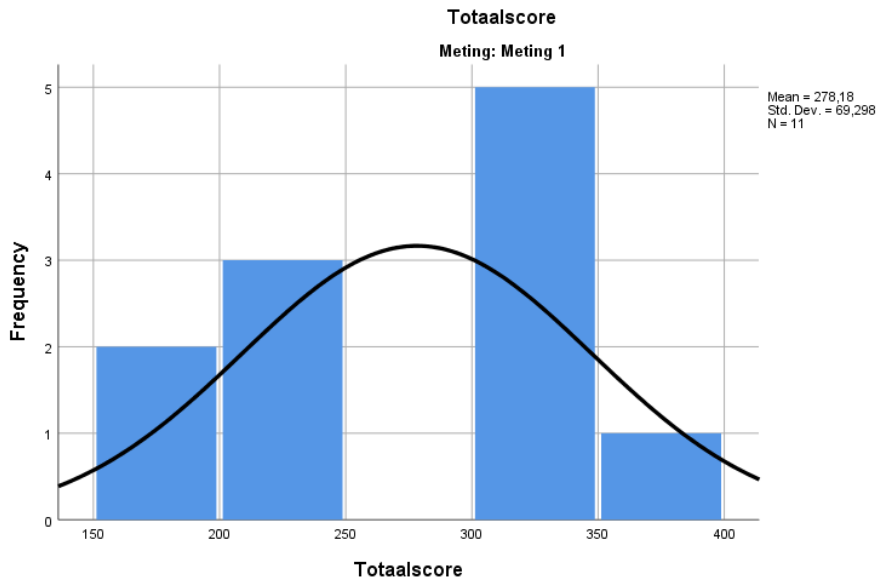
Statistics

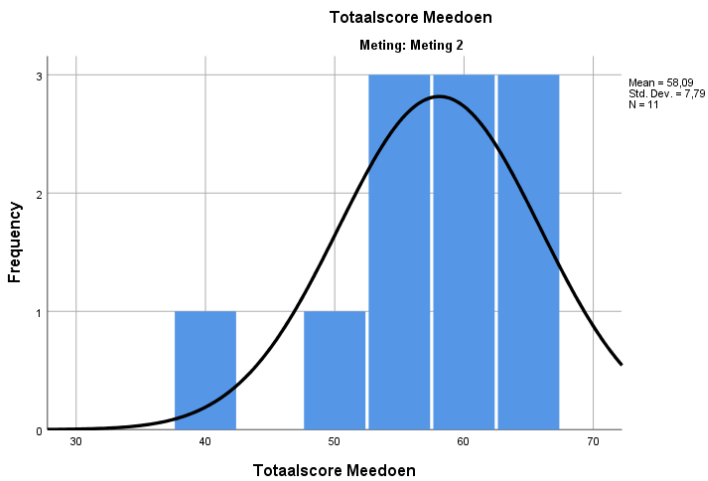
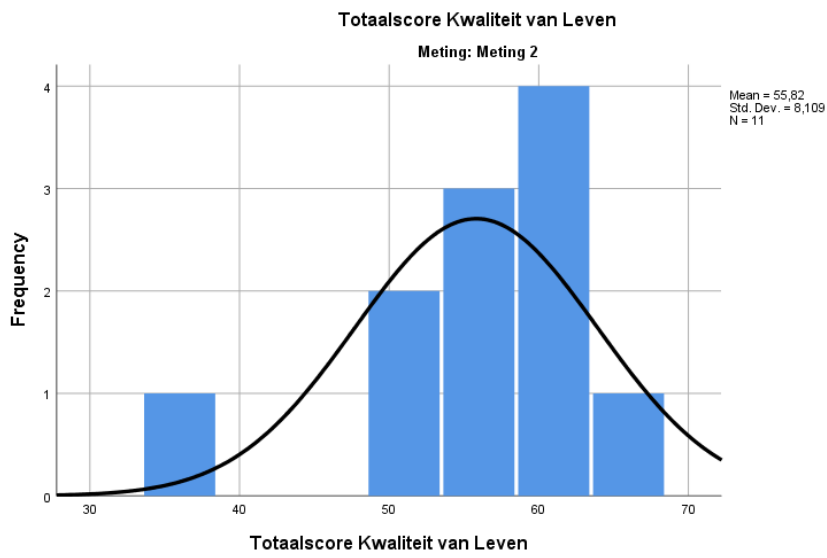
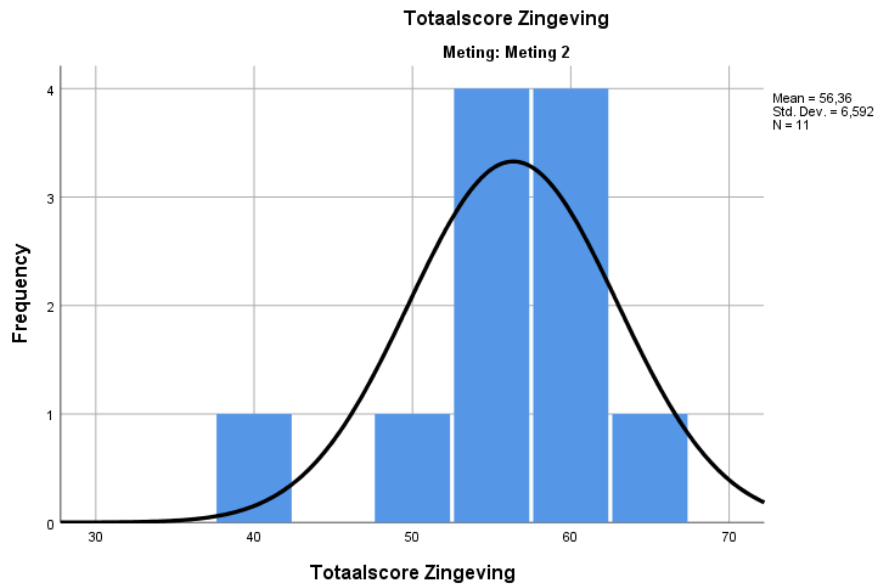
Meting			Leeftijd	Totaalscore Lichaamsfuncties	Totaalscore Mentaal Welbevinden	Totaalscore Zingeving	Totaalscore Kwaliteit van Leven	Totaalscore Meedoen	Totaalscore Dagelijks Functioneren	Totaalscore
Meting 1	N	Valid	10	11	11	11	11	11	11	11
		Missing	1	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		41,10	35,73	44,09	48,18	45,36	53,73	51,09	278,18
	Std. Deviation		19,525	14,691	14,604	13,408	15,995	11,637	13,338	69,298
Meting 2	N	Valid	10	11	11	11	11	11	11	11
		Missing	1	0	0	0	0	0	0	0
	Mean		41,10	49,27	54,73	56,36	55,82	58,09	54,91	329,18
	Std. Deviation		19,525	14,954	8,533	6,592	8,109	7,790	9,617	48,187

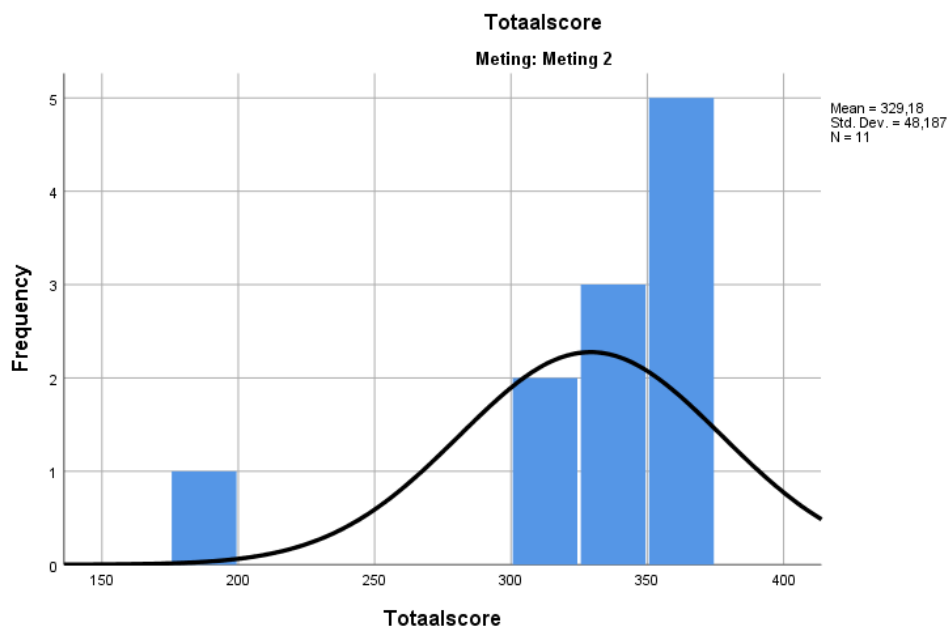
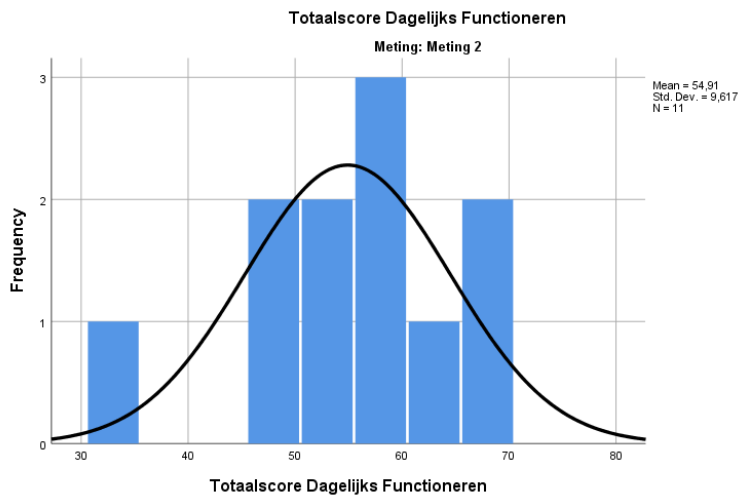
Bijlage 3.3 Histogrammen











Bijlage 3.4 Statistische analyses – Wilcoxon toets

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Lichaamsfunctie1 and Lichaamsfunctie2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between MentaalWelbevinden1 and MentaalWelbevinden2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,019	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Zingeving1 and Zingeving2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,005	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between KwaliteitvanLeven1 and KwaliteitvanLeven2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,020	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Meedoen1 and Meedoen2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,034	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between DagelijksFunctioneren1 and DagelijksFunctioneren2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,028	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Totaalscore1 and Totaalscore2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,003	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Bijlage 3.5 Overzicht gemiddelden deelvraag 1

		Statistics						
		Totaalscore Lichaamsfuncties	Totaalscore Mentaal Welbevinden	Totaalscore Zingeving	Totaalscore Kwaliteit van Leven	Totaalscore Meedoen	Totaalscore Dagelijks Functioneren	Totaalscore
N	Valid	19	19	19	19	19	19	19
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		34,84	42,21	45,53	45,42	51,05	48,63	267,68
Std. Deviation		13,200	12,559	12,571	12,903	11,168	12,997	63,779