

Het lichaam als anker na kanker

Dans- en bewegingstherapeutische interventiebeschrijving voor volwassenen, tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress.



Student: A.L.A. Wijffelaars

Studentnummer: 1526138

Opleiding: Vaktherapie, Dans en beweging

Onderwijsinstelling: Zuyd Hogeschool, Faculteit Gezondheidszorg te Heerlen

Opdrachtgevers: Kathinka Poismans en Ingrid Pénzes

1^{ste} examiner: Jenneke van Geest

2^{de} examiner: Anna-Eva Prick

Datum: 4 juni 2019

Aantal woorden: 22491

‘verklaring eigen werk’

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek ‘het lichaam als anker na kanker’. De titel van het onderzoek sluit aan bij de ervaringen van patiënten en vaktherapeuten, die aangeven dat het lichaam ingezet kan worden als anker en dit kan zorgen voor vertrouwen en veiligheid na het medisch traject van kanker.

Dit onderzoek is gedaan in het kader van de opleiding Vaktherapie, dans en beweging, van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het ontwerpen en uitvoeren van dit onderzoek was erg interessant en leerzaam en heeft mij de laatste kennis en vaardigheden gegeven om te kunnen werken als beginnend beroepsprofessional.

Graag wil ik de ruimte nemen om een aantal mensen te bedanken. Allereerst wil ik beginnen met mijn dank uit te spreken naar Sofie van Ek die samen met mij, vanuit haar professie als illustrator, de afbeelding voor de voorpagina heeft ontworpen. Deze afbeelding dient als ondersteuning bij de titel. Daarnaast wil ik in het bijzonder de opdrachtgevers Kathinka Poismans en Ingrid Péntzes bedanken voor het opstellen van de onderzoeksvraag en de ondersteuning tijdens de uitvoering van dit onderzoek. Tijdens het vooronderzoek heb ik gebruik mogen maken van de kennis en ervaring van Ina van Keulen, Noya Nachmany, Janneke Bexkens, Maud Gubbels en Eva Jager, hartelijk dank daarvoor. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek heeft de openhartigheid van Nora Peeters over haar ervaringen met dans in haar ziekteproces en de tijd die de vaktherapeuten Karina Heemskerk, respondent 2, Carmen van Noort, Elena Mannheim en nogmaals Janneke Bexkens hebben genomen om mijn vragen te beantwoorden geleid tot een volwaardig product. Heel hartelijk dank voor jullie enthousiasme, deskundige en inspirerende bijdrage aan dit onderzoek.

Daarnaast wil ik graag de vakbekwame docenten bedanken voor de leerzame en inspirerende lessen. In het bijzonder wil ik Jenneke van Geest bedanken voor de inspirerende en leerzame scriptiebegeleiding. Hierin ben ik zowel als therapeut en als persoon gegroeid.

Mijn klasgenoten daarin niet te vergeten, ik heb mezelf mogen afzetten, met kwetsbare situaties op jullie schouder mogen huilen, mogen lachen en vooral veel mogen leren. In het bijzonder wil ik Guusje van Deursen bedanken voor alle fijne momenten waarop ik met je kon klagen wanneer we het even niet meer zagen zitten, konden brainstormen, maar vooral veel samen konden werken om te komen tot waar we nu zijn.

Tot slot wil ik mijn ouders, broer, zus en lieve vriend bedanken. Zij hadden het onvoorwaardelijke vertrouwen in mijn kunnen. De liefde die ik van jullie heb mogen ervaren in de moeilijke momenten heeft mij er door heen geholpen. Bedankt dat jullie er altijd voor mij zijn!

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
Inleiding	9
Hoofdstuk 1 Probleemstelling	11
1.1. Aanleiding	11
1.1.1. Maatschappelijk belang	11
1.1.2. Vraag opdrachtgevers	12
1.1.3. Oncologische zorg	12
1.1.4. Interventiebeschrijving dans- en bewegingstherapie	14
1.1.5. Aanleiding van de onderzoeker	15
1.2. Onderzoekscontext	15
1.2.1. Levensfase	16
1.2.2. Behandelfase	16
1.2.3. Type kanker	17
1.2.4. Professionals en patiënten in de oncologische revalidatie	17
1.3. Zoekstrategie	17
1.4. Bevindingen uit de probleemgebied verkenning	20
1.4.1. Kanker	20
1.4.2. Thema's	21
1.4.3. Revalidatiefase	22
1.5. Rol van het medium	22
1.6. Relevantie onderzoek	24
1.7. Vraagstelling	25
1.8. Doelstelling	25
Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign	27
2.1. Onderzoekstype	27

2.2. Onderzoeksmethode	27
2.3. Dataverzameling.....	28
2.3.1. Respondenten.....	30
2.4. Data-preparatie	34
2.5. Data-analyse	34
2.6. Kwaliteitscriteria	36
Hoofdstuk 3 Resultaten	38
3.1. Patiënt	39
3.1.1. Doelgroep.....	39
3.1.2. Inclusie- en exclusiecriteria	40
3.1.3. Werving.....	41
3.1.4 Doelen.....	42
3.2. Therapeut.....	42
3.2.1 Randvoorwaarden	42
3.2.2. Therapeutische attitude	44
3.2.3. Therapeutische technieken.....	45
3.2.4. Therapeutische interventie	46
3.3. Medium.....	46
3.3.1. Groepstherapie	46
3.3.2. Groepsgrootte.....	46
3.3.3. Duur en frequentie	47
Hoofdstuk 4 Discussie.....	52
4.1. Interpretatie van de resultaten.....	52
4.1.1. Patiënt	52
4.1.2. Therapeut	56
4.1.3. Medium	59
4.2. Kritische reflectie	63

4.2.1. Sterkte analyse	63
4.2.2. Zwakte analyse.....	65
4.3. Terugkoppeling opdrachtgevers en respondenten	66
4.4. Conclusies en aanbevelingen	67
4.4.1. Beantwoording vraagstelling	67
4.4.2. Doelstellingen	67
4.4.3. Aanbevelingen	68
4.5. Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen	70
Literatuurlijst	74
Bijlage A: PICO-vraag, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis.....	
Bijlage B: Akkoordformulier	
Bijlage C: Toestemmingsformulier	
Bijlage D: Topiclist	
Bijlage E: Product Plus	

Samenvatting

De probleemstelling

Het Zorginstituut Nederland 'ZiN' heeft vastgesteld dat er bewijs ontbreekt van de effectiviteit van vaktherapie. Deze effectiviteit kan worden aangetoond middels producten, dit zijn interventiebeschrijvingen waarin methodisch en systematisch de werkwijze van een behandeling worden beschreven (Beek & Bos, 2016). Er zijn nog geen producten geschreven voor dans- en bewegingstherapie. Deze producten moeten voldoen aan de richtlijnen van de Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO). Om aan deze tekortkoming tegemoet te komen is er in dit onderzoek een Product Plus geschreven, gericht op de oncologische revalidatiefase. Uit cijfers van het Integraal kankercentrum Nederland (2018) blijkt dat het aantal mensen die de diagnose kanker krijgen elk jaar blijft stijgen. In 2017 waren er 109.663 mensen in Nederland die de diagnose kanker hebben gekregen. Patiënten met de ziekte kanker gaan vaak in behandeling om de ziekte uit het lijf te krijgen en van de lichamelijke klachten af te komen. Deze patiënten zijn volgens De Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman (2009) op psychisch gebied onderbehandeld. Zij ervaren klachten zoals depressie, angst en spanning. Deze gevoelens worden ook wel distress genoemd. Daarnaast hebben deze patiënten moeite weer in contact te komen met het eigen lichaam en dit accepteren zoals het nu is (De Haes, Gualthérie van Weezel, & Sanderman, 2009). Er zijn patiënten die hier goed mee omgaan en hun ziekte met behulp van naasten en het primaire oncologische team kunnen verwerken. Echter 86% van de kankerpatiënten heeft hier moeite mee (KWF, 2018). Zij ervaren zoveel klachten dat ze er zelf niet uit kunnen komen en hulp nodig hebben van een gespecialiseerde zorgverlener zoals een dans- bewegingstherapeut (Maat, 2010).

Vraagstelling

Uit de probleemstelling is een onderzoeksvraag gekomen die centraal staat in dit onderzoek. De onderzoeksvraag luidt als volgt: *'Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress eruit?'*

Dit product kan in de toekomst een bijdrage leveren aan de vraag van het Zorginstituut Nederland om de effectiviteit van dans- en bewegingstherapie aan te tonen.

Onderzoek

In dit onderzoek staat een kwalitatieve survey centraal. Hierbij zijn zes interviews afgenomen met vijf vaktherapeuten en één patiënt. In deze interviews is informatie vergaard over de thema's dans- en bewegingstherapie, de oncologische revalidatiefase, lichaamsacceptatie en distress.

Resultaten en conclusies

Op basis van de interviews zijn de resultaten beschreven. Deze zijn verdeeld in hoofd- en subcategorieën. Hierbij is gebruik gemaakt van de creatief therapeutische driehoek.

- Patiënt: doelgroep, inclusie- en exclusiecriteria, werving, doelen en randvoorwaarden.
- Therapeut: therapeutische attitude, therapeutische technieken en therapeutische interventie.
- Medium: groepstherapie, groepsgrootte, duur en frequentie, werkvormen, materialen en ruimte.

Deze resultaten zijn samen met ondersteunende literatuur gebundeld in een Product Plus. Een Product Plus is een interventiebeschrijving waarin informatie is gebundeld over dans- en bewegingstherapie en de werkzame elementen voor een specifieke doelgroep. Het product is te lezen in Bijlage E. Met dit product is de onderzoeksvraag beantwoord.

Inleiding

‘Het lichaam als anker na kanker’ is een kwalitatief onderzoek naar de inhoud van een dans- en bewegingstherapeutische interventiebeschrijving (Product Plus) voor volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatiefase, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress.

De vraag van de opdrachtgevers Kathinka Poismans en Ingrid Péntzes, van de opleiding vaktherapie, Zuyd Hogeschool te Heerlen, was om een interventiebeschrijving te ontwerpen voor vaktherapie in de oncologische zorg.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van oriënterende interviews voor het opstellen van het onderzoeksvoorstel. Hiervoor is gekozen, omdat er in de literatuur te weinig beschreven staat over hoe er specifiek door dans- en bewegingstherapeuten gewerkt wordt met deze doelgroep. Vervolgens zijn er tijdens het uitvoeren van dit onderzoek vijf vaktherapeuten en één patiënt geïnterviewd om te komen tot een Product Plus voor dans- en bewegingstherapeuten, verwijzers, patiënten, zorgverzekeraars en naasten.

Om een overzicht te krijgen van de structuur en in de inhoud van dit onderzoek, is hieronder per hoofdstuk toegelicht wat er in wordt behandeld.

In het eerste hoofdstuk zijn de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek beschreven. Hierin wordt een beschrijving gegeven van de aanleiding van dit onderzoek. De bevindingen van de probleemgebied verkenning worden toegelicht alsmede een beschrijving van de doelgroep en relevantie van dit onderzoek.

In het tweede hoofdstuk staat het onderzoeksdesign centraal. In dit hoofdstuk wordt het onderzoekstype en de onderzoeksmethode toegelicht die passend is bij dit onderzoek. Vervolgens is er beschreven welke stappen en keuzes er gemaakt zijn tijdens het uitvoeren van dit onderzoek.

Het derde hoofdstuk geeft een beschrijvende weergave van de resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn verkregen middels interviews. De resultaten zijn onderverdeeld in hoofdcategorieën en subcategorieën, waarbij de creatief therapeutische driehoek als uitgangspunt is genomen.

Hoofdstuk vier betreft de discussie. In dit hoofdstuk is er kritisch naar het verrichte onderzoek gekeken door middel van een sterke en zwakte analyse. In dit hoofdstuk zijn de resultaten verklaard en geïnterpreteerd, worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek. Daarnaast wordt er een antwoord gegeven op de geformuleerde vraagstelling. Tot slot wordt de ontwikkeling van het eigen vaktherapeutisch handelen van de onderzoeker beschreven.

Ter afsluiting is er een literatuurlijst en bijlagen toegevoegd met aanvullende documenten, zoals de zoekgeschiedenis, de akkoordverklaring, het toestemmingsformulier en het Product Plus.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

In dit hoofdstuk is de achtergrond van het onderzoek weergegeven: de aanleiding van het onderzoek, wat is er al bekend over het onderwerp, de relevantie van het onderzoek, de vraagstelling en wat de onderzoeker met het onderzoek wil bereiken.

Zoals in de inleiding beschreven hebben er oriënterende interviews plaats gevonden voor het opstellen van het onderzoeksvoorstel. In dit hoofdstuk zal er gesproken worden over geïnterviewde dans- en bewegingstherapeuten en een geïnterviewde patiënt, hierbij wordt er gerefereerd naar deze oriënterende interviews.

1.1. Aanleiding

1.1.1. Maatschappelijk belang

Het belang van dit onderzoek blijkt uit een constatering van het Zorginstituut Nederland ‘ZiN’. Zij hebben vastgesteld dat er bewijs ontbreekt over de effectiviteit van vaktherapie (Zorginstituut Nederland, z.d.). Het ZiN zorgt ervoor dat iedere burger in Nederland toegang heeft tot goede zorg. Ze bekijken of de zorg die wordt aangeboden noodzakelijk en effectief is voor patiënten. De constatering van het gebrek aan bewijs over de effectiviteit van vaktherapie is gesignaleerd en opgepakt door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen ‘FVB’.

Het FVB is een netwerk van vaktherapeutische beroepsverenigingen. De FVB maakt zich sterk voor een goede positionering van het vak en de vaktherapeutische professionals. Vanuit de FVB is de Commissie Product en Module Ontwikkeling, ‘CPMO’, ontstaan.

De CPMO heeft als doelstelling het stimuleren van de ontwikkeling van interventiebeschrijvingen in de vorm van producten en modules voor verschillende vaktherapieën.

Voor dans- en bewegingstherapie is er nog geen interventiebeschrijving geschreven. Door een interventiebeschrijving wordt de kennisontwikkeling geoptimaliseerd. De interventiebeschrijving bevat alle informatie over een bepaalde vorm van vaktherapie binnen een doelgroep. Deze kennisontwikkeling draagt bij aan de kwaliteitsverbetering doordat de vaktherapeut de geboden behandeling beter kan verantwoorden. Dit zorgt voor sterkere positionering van vaktherapie in Nederland. Daarnaast wordt er inzicht gegeven in de behandeling, voor patiënten, naasten en zorgverzekeraars. Dit kan bijdragen aan dat vaktherapie wordt opgenomen in de zorgverzekeringswet. In een interventiebeschrijving wordt methodisch en systematisch de werkwijze van een behandeling beschreven. Hierdoor

kunnen interventiebeschrijvingen beter met elkaar vergeleken worden, wat er in de toekomst voor kan zorgen dat de interventies worden onderzocht op enig effect (Beek & Bos, 2016), wat bijdraagt aan de vraag van het ZiN.

1.1.2. Vraag opdrachtgevers

Kathinka Poismans en Ingrid Péntzes van de opleiding vaktherapie, Zuyd Hogeschool te Heerlen, zijn de opdrachtgevers van dit onderzoek. Zij willen graag dat studenten een bijdrage leveren aan het schrijven van een interventiebeschrijving, om tegemoet te komen aan de vraag van het ZiN. Door de opdrachtgevers is bekeken voor welke doelgroep er al wel onderzoeken zijn gedaan, maar waarbij deze informatie nog niet bondig is beschreven in de vorm van een interventiebeschrijving. Interventiebeschrijvingen zorgen voor meer inzichtelijkheid voor vaktherapeuten, verwijzers, het ZiN, patiënten en hun naasten. De opdrachtgevers hebben de keuze gemaakt om de interventiebeschrijving te richten op de oncologische zorg. De oncologische zorg is een specialisme dat zich bezig houdt met het behandelen van de diagnose kanker (NVZ, z.d.). Studenten van muziek-, beeldende-, drama, dans- en bewegingstherapie zijn in de gelegenheid gesteld om een interventiebeschrijving te schrijven. Als dans- en bewegingsstudent heb ik deze vraag opgepakt en een dans- en bewegingstherapeutische interventiebeschrijving geschreven.

1.1.3. Oncologische zorg

De opdrachtgevers hebben gevraagd een interventiebeschrijving te schrijven voor de doelgroep oncologie. In deze paragraaf wordt er beschreven waarom er behoefte is aan extra behandeling voor deze doelgroep.

Cijfers diagnose kanker

Uit cijfers van het Integraal kankercentrum Nederland (2018) blijkt dat het aantal mensen die de diagnose kanker krijgen elk jaar blijft stijgen. In 2017 waren er 109.663 mensen in Nederland die de diagnose kanker hebben gekregen.

Verminderde lichaamsacceptatie

Patiënten gaan vaak in behandeling om de ziekte kanker uit het lijf te krijgen en van de lichamelijke klachten af te komen. Vaak komen de psychische gevolgen pas later onder de aandacht. Volgens De Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman (2009) zijn veel patiënten op psychisch gebied onderbehandeld.

Twee derde van de ex-kankerpatiënten geeft aan dat het contact met het lichaam verloren is

gegaan (NFK, 2017). Volgens Nijman (2016) vervreemden patiënten van hun eigen lichaam, dat eerder zo vertrouwd was. De patiënten zetten zich meer af tegen het lichaam, dan dat het als een prettig instrument ervaren wordt. Fundamentele gevoelens van veiligheid en zekerheid worden aangetast, de vanzelfsprekendheid van een goede gezondheid valt weg (Cardinaels, 2014). Daarnaast ervaren patiënten onzekerheden over de gevolgen van de ziekte, zoals pijn, vermoeidheid en littekenweefsel (Pool, 2009). Door deze onzekerheden is er sprake van een verminderde lichaamsacceptatie. Met lichaamsacceptatie wordt bedoeld het aanvaarden van het eigen lichaam (Van den Boon & Hendrickx, 2015, p. 19).

Distress

Naast verminderde lichaamsacceptatie is er ook sprake van andere psychische klachten. Deze klachten kunnen zich uiten in depressie, angst en spanning (Cardinaels, 2014). Deze gevoelens worden ook wel ‘distress’ genoemd. Distress is het geheel aan onprettige, emotionele en sociale ervaringen dat voortvloeit uit het aanpassingsproces aan de ziekte kanker. Het percentage van patiënten die distress ervaren varieert tussen de 25 en 50%. Dit is afhankelijk van het type kanker en de aard van de behandeling (De Haes et al., 2009). Patiënten zijn onzeker of de ziekte zich zal herhalen en hebben zorgen over de toekomst (Kuipers, 2007). Verbijstering, paniek, verdriet, machteloosheid, onzekerheid en woede zijn veel voorkomende reacties (Holzenspies & Taal, 2003).

Sociaal isolement

Veel patiënten ervaren het hoofd vaak als een mistwolk. Aandacht erbij houden en mee krijgen wat er in de omgeving gebeurt is lastig. De patiënt kan minder aan en heeft meer hulp nodig van anderen (Cardinaels, 2014). Doordat ze het lastig vinden om mee te krijgen wat er in de omgeving gebeurt kunnen zij zich hiervan afzijdig houden. Hierdoor kunnen patiënten in een sociaal isolement terecht komen. Er kan stagnatie ontstaan in het hervatten van werk en sociale activiteiten. Patiënten kunnen zich gaan isoleren omdat ze zich schamen en anderen er niet mee willen belasten (Overweg met kanker, 2007).

Gevolgen

De ziekte kanker heeft gevolgen voor het lichamelijk, geestelijk, sociaal en spiritueel functioneren in het dagelijks leven (Holzenspies & Taal, 2003). De stress kan zo hoog oplopen dat de patiënt een verzwakt afweersysteem krijgt. Hierdoor kunnen kankercellen zich blijven vermenigvuldigen en is de kans op recidief aanzienlijk groter (Mannheim & Gartner, 2016).

Doordat er sprake is van een somatisch en psychische comorbiditeit (extra zwaar belast met lichamelijke en een psychische aandoening) is het risico op suïcidepogingen en daadwerkelijke suïcide verhoogd. De ernst van de distress van iemand kan zo hoog oplopen dat ze overwegen om een einde aan het leven te maken. De percentages van mensen met klachten van distress en een verminderde lichaamsacceptatie met suïcidaal gedrag variëren in verschillende studies tussen de 25 en 60%. Daarnaast is het risico op suïcide bij patiënten met kanker hoger dan bij mensen uit de gezonde bevolking (Vos et al., 2015).

Er zijn patiënten die met behulp van naasten en het primaire oncologische team hun klachten kunnen verwerken. Echter 86% van de kankerpatiënten heeft hier moeite mee (KWF, 2018). Zij ervaren zoveel distress dat ze er zelf niet uit kunnen komen en hulp nodig hebben van een gespecialiseerde zorgverlener zoals een dans- bewegingstherapeut (Maat, 2010).

1.1.4. Interventiebeschrijving dans- en bewegingstherapie

Vanuit het CPMO is er nog geen interventiebeschrijving geschreven voor de vakgroep dans- en bewegingstherapie (Federatie Vaktherapeutische Beroepen , 2018). De vakgroep dans- en bewegingstherapie is een overkoepelende term voor alle dans- en bewegingstherapeuten. Uit de oriënterende interviews met dans- en bewegingstherapeuten die werken in de oncologische zorg komt naar voren dat er behoefte is aan een document waarin concrete werkzame elementen staan beschreven, zoals methoden, werkvormen, materialen en technieken die een dans- en bewegingstherapeut inzet in een therapiesessie. Uit de gevonden literatuur blijkt ook dat er nog weinig concrete beschrijvingen zijn over hoe een dans- en bewegingstherapeut werkt met deze doelgroep.

Een interventiebeschrijving volgens de richtlijnen van de CPMO bestaat uit een product of een module. Een product is een beschrijving van een passend vaktherapeutisch behandel aanbod voor een specifieke doelgroep. Een product wordt in tegenstelling tot een module los van een setting geschreven, hierbij is dus geen instelling betrokken (Beek & Bos, 2016). Doordat deze interventiebeschrijving wordt beschreven in opdracht van de opleiding vaktherapie Zuyd Hogeschool en niet vanuit een instelling in de praktijk, zal dit onderzoek zich richten op een product. Binnen een product is er de mogelijkheid om een Product Basis en een Product Plus te schrijven. Een product basis is een eerste stap in kennisontwikkeling en een Product Plus heeft een stevigere theoretische en wetenschappelijke onderbouwing (Beek & Bos, 2016). Vanwege het afstudeerniveau van de onderzoeker is er in dit onderzoek een Product Plus geschreven.

1.1.5. Aanleiding van de onderzoeker

Naast het maatschappelijk belang, het belang van mijn opdrachtgevers en de beroepspraktijk wil ik u graag meenemen in mijn persoonlijke aanleiding voor dit onderzoek. Persoonlijk heb ik niet in mijn nabije omgeving nauw te maken gehad met de diagnose kanker. Ook heb ik tijdens mijn stagejaar niet met deze doelgroep gewerkt. Desalniettemin is mijn interesse gewekt voor het schrijven van een interventiebeschrijving voor mensen met kanker. Naast mijn studie ben ik werkzaam op een woonvorm voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Ik heb veel affiniteit met deze doelgroep, door de lijdensdruk die deze aandoening met zich mee kan brengen. Iedereen kan hersenletsel krijgen, het overkomt een persoon in zijn volle bewustzijn in de bloei van het leven. Het leven staat op zijn kop, iemand voelt zich machteloos, doordat men er niets aan kan veranderen. Dit zijn kenmerken van het krijgen van een hersenletsel, maar die zijn vergelijkbaar met het krijgen van de diagnose kanker. Hoe gaat een persoon met al deze onverwachte veranderingen om en hoe kan ik daar als toekomstige dans- en bewegingstherapeut een bijdrage aan leveren? Daarnaast heb ik vorig jaar in de praktijk gemerkt dat er weinig interventiebeschrijvingen zijn voor de vakgroep dans- en bewegingstherapie. Ik miste documenten met gerichte handvatten hoe ik kon werken met een bepaalde doelgroep. Een bondig, wetenschappelijk onderbouwd product zou hierin een bijdrage kunnen leveren. Door dit onderzoek uit te voeren draag ik bij aan het tot stand komen van een dergelijk product. Dit kan ingezet worden door collega dans- en bewegingstherapeuten en mijzelf in de beroepspraktijk. Tevens kan het een bijdrage leveren aan de bekendheid en effectiviteit van dans- en bewegingstherapie in de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor is de kans groter dat dans- en bewegingstherapie vaker ingezet zal worden in de Nederlandse GGZ, waardoor er meer werkgelegenheid kan ontstaan voor dans- en bewegingstherapeuten. Buiten de werkgelegenheid gun ik (toekomstige) patiënten de helende effecten die dans- en bewegingstherapie kan bieden.

Daarnaast zal deze interventiebeschrijving bijdragen aan mijn professioneel handelen. Door mezelf te verdiepen in werkzame elementen van dans- en bewegingstherapie voor patiënten met kanker, kan ik deze kennis en kunde meennemen in mijn toekomstige beroep.

1.2. Onderzoekscontext

Zoals in de aanleiding beschreven is er in dit onderzoek een Product Plus voor mensen in de oncologische zorg beschreven. De doelgroep oncologische zorg is erg breed. Hieronder wordt een specificatie weergegeven van deze doelgroep, door middel van het beschrijven van de

levensfase en behandelfase waar dit onderzoek zich op richt. Daarnaast is er toegelicht met wie de onderzoeker in aanraking is gekomen om informatie te vergaren voor dit onderzoek.

1.2.1. Levensfase

Dit onderzoek richt zich op volwassenen tussen de 18 en 65 jaar. Men is vanaf 18 jaar in Nederland volgens de wet volwassen, deze periode houdt zich aan tot de ouderdom. Men bevindt zich in de ouderdom vanaf de leeftijd van 65 jaar (Rooijendijk, Dijt, & Wijers, 2006). Uit interviews met dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk komt naar voren dat zij voornamelijk werken met volwassenen die in aanraking zijn gekomen met kanker. Volgens hen is de aanloop van jongeren en ouderen kleiner, omdat ouderen zich te weinig mobiel voelen voor dans- en bewegingstherapie en bij jongeren er sprake is van een hoge therapiedrempel. Dit wordt ook beschreven in het onderzoek van Geens, Steemans en Lurquin (2017).

1.2.2. Behandelfase

In de oncologische zorg zijn er verschillende behandelfases. De eerste fase ontstaat na het horen van de diagnose en de informatieverstrekking over de ziekte. Daarop volgt de fase waarbij de persoon onder medische behandeling is. Tot slot is er de derde en laatste fase. Dit kan de revalidatiefase zijn, of de patiënt is uitbehandeld en er zal geen curatieve behandeling meer ingezet worden.

De revalidatiefase is de periode wanneer iemand ‘lichamelijk genezen’ verklaard is. De patiënt weet niet of de ziekte ooit nog terug komt, maar gaat nog wel regelmatig op controle. In deze fase is er een periodiek contact tussen de patiënt en de behandelaar. Tijdens dit contact wordt er ingegaan op de klachten en symptomen en wordt er gekeken naar de gevolgen van de ziekte en de behandeling. Deze klachten en symptomen kunnen zowel van somatische, psychische als sociale aard zijn (VIKC, 2010). Hiervoor kan de patiënt in het ziekenhuis naar verschillende hulpverleners zoals een psycholoog, geestelijk verzorger, fysiotherapeut, ergotherapeut en/of revalidatiearts. Daarnaast kan de patiënt ook kiezen voor nazorg buiten het ziekenhuis. Hierbij gaan patiënten naar vrijgevestigde hulpverleners of naar een gespecialiseerde instelling buiten het ziekenhuis (NWZ, 2016). De invulling hangt af van de situatie van de individuele patiënt. Wanneer een patiënt vijf jaar kankervrij is, wordt de patiënt volledig genezen verklaard. Wanneer er dan weer klachten optreden kunnen zij terecht bij de huisarts (VIKC, 2010).

Uit de praktijk blijkt dat patiënten zowel tijdens het medisch traject naar therapie komen als in de revalidatiefase. De geïnterviewde dans- en bewegingstherapeuten geven echter aan dat wanneer patiënten zich nog in het medisch traject bevinden, ze nog veel fysieke pijn kunnen ervaren en dat de emoties hoog kunnen oplopen, vanwege de onzekere situatie. Het creëren van een vaste groep patiënten is moeilijk, omdat patiënten vaak nog vele andere afspraken hebben lopen naast de therapie. Wanneer patiënten in de revalidatiefase zitten, zijn ze stabiel en kunnen ze meer op de situatie terugkijken. Een geïnterviewde patiënt geeft ook aan dat ze tijdens haar behandeling geen behoefte had aan therapie, omdat ze nog erg bezig was met het ondergaan van de behandelingen. Ze kreeg pas bij het naderen van het einde van de behandelingen behoefte aan contact met lotgenoten. Het onderzoek richt zich mede daarom op de revalidatiefase.

1.2.3. Type kanker

Er zijn meer dan honderd verschillende typen kanker (KWF, 2018). Dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk geven aan dat zij werken met patiënten met verschillende diagnoses van kanker in één groep. Hierbij werken zij aan dezelfde thema's. Dit doen zij omdat de hoofdthema's zoals distress en lichaamsacceptatie bij elk type kanker naar voren komen.

1.2.4. Professionals en patiënten in de oncologische revalidatie

Om een product te kunnen schrijven is er kennis en ervaring nodig uit de praktijk. Doordat de onderzoeker nog weinig kennis en ervaring heeft met het werken met deze doelgroep, is er gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van vaktherapeuten die werken met volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie en/of kennis hebben van de thema's lichaamsacceptatie en distress. Ook is er gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van één ex-kankerpatiënt die danst in een groep met lotgenoten. Deze patiënt is betrokken, omdat dit van belang is voor de ontwikkeling van het product volgens de richtlijnen van het CPMO (Beek & Bos, 2016). De ex-kankerpatiënt kan, als ervaringsdeskundige, het beste aangeven welke interventies als helpend ervaren worden.

1.3. Zoekstrategie

Om het probleemgebied te verkennen is er een PICO-vraag opgesteld. PICO staat voor patiënt, interventie, vergelijkbaarheid en uitkomst (Zuyd bibliotheek, 2018). Het opstellen van een PICO-vraag is van belang om efficiënt te kunnen zoeken naar bruikbare literatuur. De

PICO-vraag was: Hoe kan dans- en bewegingstherapie bijdragen aan de behandeling voor volwassen kankerpatiënten in de oncologische revalidatiefase?

Het was bekend dat er een interventiebeschrijving geschreven zou worden voor de vakgroep dans- en bewegingstherapie in de oncologische zorg. De onderzoeker wist dat er voorgaande jaren al verschillende scripties zijn geschreven over het onderwerp vaktherapie in de oncologie. Daarom is er eerst gezocht naar deze scripties via de 'DIZ' (Doorzoek Informatiebronnen Zuyd). De DIZ is een zoekmachine van bibliotheek Zuyd Hogeschool. Hierin is gezocht met de zoektermen: 'kanker', 'dans- en bewegingstherapie', 'scripties' en 'creatieve therapie'. Daarnaast is er ook gebruik gemaakt van de Engelse termen: 'cancer' en 'dance movement therapy'. Uit deze zoektermen kwam naar voren dat er nog geen scripties zijn geschreven voor specifiek dans- en bewegingstherapie in combinatie met de doelgroep oncologie, maar wel voor andere vaktherapieën. In één scriptie was dans- en bewegingstherapie geïntegreerd met dramatherapie en beeldende therapie. Wel werd er één artikel gevonden in de DIZ dat geschreven was over dans- en bewegingstherapie en oncologie. Doordat er nog weinig bekend was over dans- en bewegingstherapie is de onderzoeker op zoek gegaan naar wetenschappelijke artikelen in andere databanken over dans- en bewegingstherapie in combinatie met oncologie. Er is gezocht in 'ScienceDirect', 'HBO kennisbank', 'Frontiers in Psychology' en 'Cochrane Library'. Tijdens het zoeken in deze databanken is er gebruik gemaakt van 'Boolean search'. Door Boolean search in te zetten kunnen zoektermen met elkaar gecombineerd worden, waardoor er zoveel mogelijk literatuur verzameld kan worden (Zuyd bibliotheek, 2018). Er werd gebruik gemaakt van de zoektermen 'dance movement therapy' en 'cancer'. Hiermee werden de meeste resultaten gevonden. Met Nederlandse zoektermen werd er geen resultaat geboekt. Er zijn artikelen geselecteerd op bruikbaarheid en kwaliteit door het lezen van de 'abstract' en de 'keywords'. De artikelen zijn vervolgens in 'full text' verkregen. De onderzoeker heeft zich beperkt tot Nederlands, Engels en Duitstalige artikelen, omdat de onderzoeker deze talen voldoende beheerst. Er zijn negen bruikbare artikelen gevonden. Omdat er niet veel artikelen beschikbaar waren is er gebruik gemaakt van literatuur vanaf het jaartal 1995. In Bijlage A is een overzicht te vinden van de PICO-vraag, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis.

In de literatuur is weinig beschreven over hoe er specifiek gewerkt wordt met deze doelgroep. De combinatie van dans- en bewegingstherapeuten en de oncologische zorg werd nog gemist. In samenspraak met de opdrachtgevers is besloten om met oriënterende interviews in gesprek

te gaan met verschillende dans- en bewegingstherapeuten en betrokkenen. Tijdens het zoeken naar dans- en bewegingstherapeuten die werken in de oncologische zorg, kwam de onderzoeker er achter, dat er weinig dans- en bewegingstherapeuten werkzaam zijn als therapeut binnen deze doelgroep. Om verschillende kanten van de oncologische zorg te belichten is er voor gekozen om een mantelzorger, een patiënt en dans- en bewegingstherapeuten te interviewen. Het overzicht is te zien in Tabel 1: Schematische weergave van de geïnterviewde uit de beroepspraktijk.

Tabel 1

Schematische weergave van de geïnterviewden uit de beroepspraktijk

Naam	Relevantie interview
Ina van Keulen	Patiënt en docent aan de opleiding dans en bewegingstherapie.
Noya Nachmany	Ex-patiënt en dans- en bewegingstherapeut. Heeft haar eigen praktijk. Werkt met patiënten die in behandeling zijn in het medisch traject en in de oncologische revalidatie.
Janneke Bexkens	Coach en dans- en bewegingstherapeut, heeft een performance gemaakt met mensen die aanraking zijn geweest met kanker en naasten.
Maud Gubbels	Dans- en bewegingstherapeut, geeft workshops binnen het Toon Hermans Huis, een inloophuis voor mensen met kanker.
Eva Jager	Mantelzorger, moeder is overleden aan de gevolgen van kanker.

Uit deze oriënterende interviews werd veel waardevolle informatie verkregen wat richting heeft gegeven aan het onderzoeksvorstel. De zoektermen werden meer specifiek, er werd gezocht op de zoektermen: ‘oncological rehabilitation’, ‘dance movement therapy’, ‘body acceptance’ en ‘cancer’. Er is gekozen om te zoeken met Engelse termen omdat daarmee meer resultaten naar voren kwamen. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van de literatuurlijsten uit de gevonden bronnen, waardoor er een ‘snowball search’ ontstond. Een snowball search houdt in dat er in één onderzoek, nog bronnen gevonden worden met andere bruikbare informatie (Zuyd bibliotheek, 2018).

Er is ook gebruik gemaakt van tips van de opdrachtgevers, docenten en geïnterviewden uit de praktijk. Zo kreeg de onderzoeker een tip voor videomateriaal over dans- en

bewegingstherapie in de oncologie. Er is gezocht op het internet en er is toegang tot de databank van het kennisnetwerk oncologie verkregen. Hierin is met bovenstaande zoektermen gefilterd op bruikbare literatuur. Dit bleek echter geen waardevolle bronnen op te leveren. Als laatste zijn er via ‘handsearch’ in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool, Heerlen boeken en vaktijdschriften gevonden waar relevante literatuur in stond voor dit onderzoek.

1.4. Bevindingen uit de probleemgebied verkenning

In deze paragraaf is er beschreven hoe kanker ontstaat en welke behandelingen er bestaan voor een kankerpatiënt. Daarnaast wordt er een koppeling gemaakt tussen kanker en de thema's waar een patiënt tegen aan kan lopen.

1.4.1. Kanker

Het menselijk lichaam bestaat uit ongeveer drie miljard cellen. Het lichaam maakt steeds nieuwe cellen aan. Wanneer cellen beschadigd of afwijkend zijn sterven deze cellen af en dienen vervangen te worden door nieuwe gezonde cellen. Als het lichaam de beschadigde of afwijkende cellen niet herkent als slechte cellen worden deze niet vernietigd. Deze cellen kunnen dan ongelimiteerd vermenigvuldigen. De lichaamscellen kunnen niet meer stoppen met delen en groeien in omliggend weefsel. Deze groep slechte cellen wordt ook wel een tumor of gezwel genoemd (Cardinaels, 2014). Zodra een tumor zich gevormd heeft, kan er onderscheid gemaakt worden tussen een goedaardige of een kwaadaardige variant. Een goedaardige variant groeit langzaam en zaait niet uit in je lichaam. Hierbij is er geen sprake van kanker. Een kwaadaardige tumor dringt binnen in het gezond weefsel en kan zich vermenigvuldigen en op termijn zich verspreiden in het gehele lichaam. Hier spreekt men van uitzaaiingen. Kanker kan bijna overal in het lichaam ontstaan. Al deze typen hebben dezelfde eigenschap van ongecontroleerde celdeling. De verschillende typen kanker zijn te onderscheiden door de plek waar de tumor in het lichaam is ontstaan (Cardinaels, 2014).

Wanneer iemand de diagnose kanker heeft gekregen zijn er verscheidene vormen van medische behandeling mogelijk. Dit is afhankelijk van het type kanker, het stadium van de ziekte en andere factoren. Vormen van behandelingen zijn: chirurgie, chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie en stamceltransplantatie (Cardinaels, 2014). Als deze behandelingen zijn afgerond is iemand genezen verklaard, tenzij de patiënt is uitbehandeld doordat de tumorgerichte behandeling niet meer zinvol is. De genezen verklaarde patiënt hoeft geen medische behandelingen meer te ondergaan, totdat er wordt aangetoond dat er weer een tumor in het lichaam is gevonden. De patiënt kan voor andere klachten nog wel

terecht bij de huisarts, die de patiënt door kan verwijzen naar een medisch maatschappelijk werker, een geestelijk verzorger, een psycholoog of een vaktherapeut (Groenewold, Poelhuis, & Stolk, 2018). Na deze doorverwijzing volgt er een intake, de observatiefase en behandeling zal later volgen.

1.4.2. Thema's

Zoals in de aanleiding beschreven, ervaren mensen met de diagnose kanker een fysiek, emotioneel en sociaal lijden. De huidige oncologische zorg omvat steeds meer psychosociale interventies om de kwaliteit van leven te verbeteren. Daarnaast wordt dans- en bewegingstherapie ingezet om het herstel te ondersteunen (Vaktherapie, z.d.). Dans- en bewegingstherapeuten zijn werkzaam in inloophuizen, oncologische revalidatiecentra van ziekenhuizen of hebben hun eigen praktijk (Vaktherapie, z.d.). Uit onderzoeken en de oriënterende interviews met de dans- en bewegingstherapeuten komt naar voren dat kankerpatiënten last hebben van distress en ze emoties zoals onzekerheid, verdriet en woede te verwerken hebben (Groenewold et al., 2018). Kankerpatiënten ervaren een gevoel van verlies van controle over hun eigen lichaam (KWF, 2018). Zoals ook in de praktijk naar voren komt geven patiënten aan dat ze het gevoel hebben dat hun lichaam hen in de steek laat, de kanker hoort niet in hun lijf. Door alle medische behandelingen worden niet alleen de slechte cellen aangetast, maar ook de goede cellen. Het lichaam heeft veel energie nodig om te herstellen van de behandelingen. 70 tot 80% van de patiënten ervaart vermoeidheid en pijn tijdens en na de behandelingen. Door de pijn en vermoeidheid wordt er een verlies van controle over het eigen lichaam ervaren (De Haes et al., 2009). Patiënten verlangen er naar om de regie over het eigen lijf weer terug te krijgen. Dit wordt een 'ongewoon' lichaamsbewustzijn genoemd. Met lichaamsbewustzijn wordt bedoeld het vermogen om te kunnen ervaren en waarnemen van het lichaam (Van den Boon & Hendrickx, 2015, p. 67).

Dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk geven aan dat door het werken met het lichaam er een toegang gecreëerd wordt tot emoties, het versterken van de sociale relaties en het minimaliseren van distress. Het opnieuw verbinden met het lichaam en het lichaam accepteren is de eerste stap om te komen tot de onderliggende psychische gevoelens. Daarnaast geven Geens, Steemans en Lurquin (2017) aan dat het contact kunnen maken met het eigen lichaam van belang is voor het herstel van de ziekte.

1.4.3. Revalidatiefase

Dit onderzoek zal zich richten op de revalidatiefase. Hiervoor is gekozen, omdat er tijdens de behandeling weinig adempauze en tijd voor reflectie is voor de patiënt. Men is voornamelijk bezig met het overleven van de ziekte. Aandacht voor wat er met de patiënt gebeurt op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied is er nauwelijks. Deze confrontatie en verwerking komt pas als de medische behandeling is afgerond (Maat, 2010). Daarnaast gaat de buitenwereld er vanuit dat wanneer iemand ‘genezen’ verklaard is deze persoon het leven weer op kan pakken als voordat de diagnose werd vastgesteld (Vos et al., 2015). De patiënt heeft echter nog tijd nodig om de ziekte psychisch te verwerken. Hiervoor wordt door de omgeving van de patiënt niet altijd de benodigde rust, ruimte en tijd gegeven (De Haes et al., 2009).

1.5. Rol van het medium

In deze paragraaf zal worden toegelicht, hoe dans- en bewegingstherapie een meerwaarde kan zijn voor ex-kankerpatiënten.

Binnen dans- en bewegingstherapie kan er gewerkt worden met individuen of groepen. Volgens Goodill (2018) wordt er in een groep het gevoel van wederzijds ondersteunen ervaren en het gevoel van isolatie verminderd. Dit wordt verminderd door de mogelijkheid om zowel verbale als non-verbale ervaringen met elkaar te delen. Dit is prettig voor ex-kankerpatiënten, omdat ze door de mistwolk die ze in het hoofd ervaren gemakkelijk in een sociaal isolement terecht kunnen komen (Overweg met kanker, 2007). Doordat patiënten het gevoel krijgen dat ze gezien worden, kan dit sociaal isolement afnemen (Balzer, 2005). Volgens Ho (2005) ervaren patiënten door het werken in een groep een gevoel van begrip en steun, wat het stressniveau kan verlagen. De groep kan gebruikt worden als lotgenoten groep. Uit het onderzoek van Ho (2005) komt naar voren dat groepstherapie voor mensen met kanker het meeste effectief is, in tegenstelling tot individuele therapie. De geïnterviewde dans- en bewegingstherapeuten uit de praktijk zijn ook van mening dat patiënten veel hebben aan het delen van ervaringen met elkaar.

Een methode die bijdraagt aan het werken in een groep is de methode van Chace (Levy, 1988). Binnen deze methode wordt er gezamenlijk in beweging gegaan, waarbij ritme een belangrijk onderdeel is van de beweging. Het ritme van de muziek of de groep geeft een structuur waarin gedachten en gevoelens worden gevormd, georganiseerd of losgelaten kunnen worden. Dit gebeurt binnen duidelijke grenzen van ritmische actie, groepsstructuur en

ondersteuning van de therapeut (Levy, 1988). In het onderzoek van Bradt, Shim en Goodill (2015) is aangetoond dat door het gebruik van ritme er minder spierspanning ervaren wordt in het lijf, waardoor stress vermindert en patiënten zich vitaler voelen. Door met een groep dezelfde bewegingen te maken, ziet de patiënt dat hij niet alleen is in de ruimte, maar met gelijkgestemden. Dit kan bijdragen aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Daarnaast is symboliek een kenmerk van de Chace methode. Hierbij werkt de therapeut met het voorstellingsvermogen, fantasie, herinneringen en de visualisatie van de patiënt. Dit draagt bij aan het contact maken met het eigen lichaam doordat patiënten meer in de beleving komen. Ook wordt hierdoor het gevoel van vertrouwen en acceptatie vergroot en kunnen de gevoelens van distress door het gebruik van symboliek doorgewerkt worden (Levy, 1988). Zoals in de aanleiding beschreven kan kanker een gevoel van onveiligheid veroorzaken. De fundamentele gevoelens van veiligheid en zekerheid vallen weg. De patiënt kan fysieke veranderingen ervaren, gevoelens van onvermogen in het handelen en distress. Volgens Vandereycken, Emmelkamp en Hoogduin (2006) wordt er pas vooruitgang geboekt in de therapie wanneer de patiënt zich veilig voelt. De patiënt moet zich veilig voelen in de groep en in het eigen lichaam. Door de chemotherapie en bestralingen neemt het vermogen om het eigen lichaam waar te nemen af (Kuipers, 2007). Hierdoor ervaren patiënten een gevoel van verlies van controle over het eigen lichaam. Patiënten ervaren dit alsof de grond onder hun voeten is verdwenen. Door in de therapie te werken aan gronding laat de patiënt zijn of haar aandacht zakken naar de grond en wordt het contact met de grond geoptimaliseerd. Hierdoor wordt het zwaartepunt verlaagd en neemt het gevoel van veiligheid toe (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Daarnaast ervaren patiënten gevoelens van distress. Door te werken met gronding kan angst worden gereduceerd, dit draagt bij aan fysieke stevigheid waardoor er meer zelfvertrouwen ervaren wordt (Schipper, 2008).

Door de gevoelens van distress kunnen lichaamsdelen verkrampen en nauwelijks in beweging komen. Dit blokkeert het ervaren van gevoelens en de beleving van de patiënt (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). De ademhaling past zich aan de stemming van de patiënt aan. Patiënten die spanning en/of angst voelen ademen vaak korter en sneller. De ademhaling zit dan vaak hoog in de borst, het middenrif is gespannen en de hartfrequentie gaat omhoog. Dit komt omdat het lichaam onder invloed is van stresshormonen die zich klaar maken voor actie. Door te focussen op de ademhaling, vertraagt de ademhaling en zakt deze naar de buik. Hierdoor kan de verkramping in het lichaam verzacht worden, waardoor de

angst gereguleerd wordt en de patiënt het lichaam beter kan waarnemen. Daarnaast worden gevoelens van pijn verminderd (Mannheim, Helmes, & Weis, 2013).

In dans- en bewegingstherapie kan er gewerkt worden met bewegingen. Uit het onderzoek van Lane, Hewston, Redding en Whyte (2003) is gebleken dat ronde en zachte bewegingen de gemoedstoestand van de patiënt verbeteren in tegenstelling tot statische, gebonden, gespannen en hoekige bewegingen. Het verbeteren van de gemoedstoestand is voor de ex-kankerpatiënten belangrijk, omdat zij kampen met gevoelens van distress. Het verbeteren van de gemoedstoestand heeft er volgens Lane et al. (2003) mee te maken dat deze bewegingen vloeiend zijn en met minder intensiteit gemaakt worden, waardoor de patiënt de bewegingen ontspannen kan maken. Doordat patiënten veel last hebben van pijn en vermoeidheid zijn deze bewegingen met minder intensiteit ook passend bij deze doelgroep.

In de therapie kan er ook gewerkt worden met aanraking. Het kan zijn dat patiënten littekens overhouden van de operaties. Deze littekens worden vaak niet aangeraakt. Deze littekens krijgen geen aandacht, omdat het te spannend is om weer in contact te komen met het lichaam. Patiënten weten niet wat voor emoties nog vrij komen wanneer ze weer contact maken met het lichaam. Om weer in contact te komen met het lichaam kan er gewerkt worden met liefdevolle aanraking. Hierbij gaat iemand met aandacht naar het lichaamsdeel toe, waarbij er respect getoond wordt voor het lichaamsdeel en lichamelijke spanning kan worden afgenomen wat zorgt voor vermindering van pijn (Mannheim, Helmes, & Weis, 2013). Daarnaast zorgt deze aanraking voor een sensorische input wat zorgt voor de regulatie van emoties en een gevoel van veiligheid (Popa & Best, 2010). Dit zorgt voor meer zelfrespect, vertrouwen en een positief lichaamsbeeld, wat leidt tot een toename in het accepteren van het lichaam en een verbetering in de kwaliteit van leven (Mannheim & Gartner, 2016). Daarnaast wordt het immuunsysteem versterkt waardoor de kans op recidief van de ziekte wordt verminderd (Leefflang, 2019).

1.6. Relevantie onderzoek

De beroepsgroep vaktherapie heeft een signaal gekregen van de ZiN dat er te weinig bewijs is van de onderbouwing van de effectiviteit van vaktherapie. Wanneer dit bewijs er niet is zal vaktherapie niet worden opgenomen in de zorgverzekeringswet (Zorginstituut Nederland, z.d.). De effectiviteit van vaktherapie kan worden aangetoond door het doen van onderzoek. Door het schrijven van een Product Plus kunnen meerdere interventies met elkaar vergeleken

worden. Hierdoor kan er in de toekomst onderzocht en bewezen worden wat het effect is van vaktherapie.

Zoals in de aanleiding beschreven waren er in 2017 109.663 kankerpatiënten en blijft dit aantal stijgen. Dans- en bewegingstherapie kan een grote bijdrage leveren aan de thema's waar een oncologie patiënt in de revalidatie fase tegen aan loopt. Volgens Ho (2005) komt naar voren dat patiënten meer in contact komen met hun lichaam door dans- bewegingstherapie. De patiënten krijgen weer controle over hun lichaam en kunnen het lichaam meer accepteren. Dit zorgt ervoor dat patiënten zich gelukkiger en minder bedroefd voelen. Volgens Bradt et al. (2015) draagt dans- en bewegingstherapie daarom bij aan de kwaliteit van leven voor mensen met kanker.

Daarnaast hebben Noya, Janneke en Maud behoefte aan concrete producten waarin werkingsmechanismen worden beschreven die ze kunnen toepassen in de praktijk. Hiermee wordt de inzichtelijkheid voor patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars en naasten vergroot. De opdrachtgevers sluiten aan bij de behoeften van de beroepspraktijk en de ZiN.

Daarnaast wordt het methodisch handelen van de onderzoeker uitgebreid doordat de kennis zich zal verbreden over de doelgroep, de thema's en het werken als dans- en bewegingstherapeut in de praktijk.

1.7. Vraagstelling

Op basis van probleemstelling is er de volgende vraagstelling geformuleerd:

'Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress eruit?'

1.8. Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel om te komen tot een Product Plus voor volwassenen in de oncologische revalidatie, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO. Hiervoor wordt er data verzameld over de werkzame elementen uit therapieën van internationale vaktherapeuten die affiniteit hebben met volwassenen in de oncologie en/of met de thema's distress en lichaamsacceptatie. Deze data worden uitgewerkt in een gedocumenteerd product dat een bijdrage kan leveren aan de onderbouwing van effectiviteit van vaktherapie. Dit is voor

vaktherapie erg belangrijk om in de toekomst bestaanszekerheid te behouden en in de zorgverzekeringswet opgenomen te kunnen worden.

Deze doelstelling is van belang voor de praktijk, daarnaast draagt dit onderzoek ook bij aan de kwaliteitsbevordering van de vakgroep dans- en bewegingstherapie. Het opgestelde Product Plus, wat zich richt op lichaamsacceptatie en distress kan handvatten bieden aan dans- en bewegingstherapeuten om te werken met deze doelgroep. Daarnaast zorgt het voor inzichtelijkheid voor patiënten, naasten, verwijzers en anderen zorgverleners, wat bijdraagt aan de naamsbekendheid van dans- en bewegingstherapie.

Tevens wordt de deskundigheid van de onderzoeker geoptimaliseerd. De onderzoeker ontwikkelt vaardigheden rondom het medium die zij later toe kan blijven passen binnen haar professie. Daarnaast ontwikkelt de onderzoeker kennis en ervaring om een product te schrijven, wat zij later toe kan passen in het werkveld.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk worden de methoden en technieken beschreven die voor dit onderzoek worden gebruikt. Allereerst wordt het onderzoekstype en de onderzoeksmethode toegelicht. Vervolgens wordt beschreven hoe de data verzameld, geprepareerd en geanalyseerd zijn. Hierin zullen de kwaliteitscriteria waaraan dit onderzoek dient te voldoen worden meegenomen.

2.1. Onderzoekstype

Als onderzoekstype is er gekozen voor een inventariserend type. In dit onderzoek wordt er een antwoord gegeven op de vraagstelling: *Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress eruit?* Om deze vraagstelling te beantwoorden is er kennis en ervaring van vaktherapeuten en één patiënt over dans- en bewegingstherapie, oncologie en de thema's lichaamsacceptatie en distress geïnventariseerd. Volgens Baarda, Bakker, Fischer en Julsing (2013) is het inventariseren van kennis en ervaring een kenmerk van een inventariserend type. Hierbij wordt er volgens Boeije (2005) gebruik gemaakt van de inductieve analysemethode, waarbij de onderzoeker zich laat leiden door de zienswijze van de respondenten en minder door de literatuur. Dit is passend bij dit onderzoek, omdat er, zoals in paragraaf 1.3. 'zoekstrategie' is vastgesteld, weinig literatuur beschikbaar is over het werken als dans- en bewegingstherapeut in de oncologische revalidatie.

2.2. Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is er gekozen voor de kwalitatieve survey. Kenmerkend voor een kwalitatieve survey is het inventariseren en beschrijven van meningen van respondenten over een specifiek onderwerp (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek gaat het om het inventariseren en beschrijven van meningen van vaktherapeuten en één patiënt over de inhoud van het Product Plus. Een kwalitatieve survey leent zich goed voor de procesevaluatie, waarbij het gaat om de beantwoording van een open vraag (Baarda, 2014).

Er zijn maar weinig dans- en bewegingstherapeuten werkzaam in de oncologische revalidatie. Hierdoor kan er maar gebruik gemaakt worden van een kleine groep respondenten. Een kwalitatieve survey richt zich op een kleine groep, waarbij open interviews worden afgenomen, die niet volledig gestandaardiseerd zijn (Baarda et al., 2013). Door deze

interviews wordt er verkennend onderzoek verricht waarbij het gaat om ideeën en theorieën te ontwikkelen om inhoud te geven aan een Product Plus (Baarda, 2014).

2.3. Dataverzameling

Binnen een kwalitatieve survey is het kenmerkend dat er één waarnemingsmethode centraal staat (Wester & Peters, 2004). In dit onderzoek hebben er kwalitatieve interviews met vaktherapeuten en één patiënt centraal gestaan. Er zijn individuele half gestructureerde open interviews van plusminus één uur afgenomen, dit gezien de items van de topiclist en de haalbaarheid in tijd van het onderzoek. Er is sprake van een half gestructureerd open interview wanneer een interview niet helemaal open wordt gelaten. De interviews worden gestructureerd middels een topiclist. Een topiclist is een systematische opsomming van centrale begrippen (Wester & Peters, 2004). Deze centrale begrippen worden ook wel sensitizing concepts genoemd (Wester & Peters, 2004). Deze sensitizing concepts zijn afgeleid uit de 'Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen' van Beek en Bos (2016) om te kunnen komen tot de onderdelen van het Product Plus. Hierin zijn de thema's oncologische revalidatiefase, lichaamsacceptatie en distress bevraagd. Deze thema's zijn bepaald aan de hand van de verzamelde informatie uit de probleemstelling van dit onderzoek. In Bijlage D is de gebruikte topiclist weergegeven.

Vanwege de verschillende invalshoeken van de respondenten zijn sensitizing concepts tijdens het interview bevraagd die passend waren bij het referentiekader van de respondent.

Afhankelijk van het gespreksverloop zijn de sensitizing concepts van de topiclist aan de orde gesteld. Deze onderwerpen werden aan de orde gesteld middels open vragen. Er zijn zes individuele interviews afgenomen, omdat door individuele interviews de mening en ervaring van de respondent niet beïnvloed worden door derden (Boeije, 2005). Hiervan zijn vijf interviews mondeling afgenomen waardoor er gemakkelijk doorgevraagd kon worden om de gewenste informatie te verkrijgen om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden (Baarda et al., 2013). De onderzoeker heeft aan de hand van het antwoord van de respondent bepaald of doorvragen relevant was. Daarnaast is één interview via de mail afgenomen. Hiervoor is gekozen, omdat het belangrijk is om respondenten te interviewen in begrijpelijke taal (Boeije, 2005). Vijf respondenten spraken Nederlands waarbij het interview op locatie naar keuze van de respondent kon plaats vinden. Dit draagt bij aan het gevoel van veiligheid voor de respondent (I. Penzés, persoonlijke communicatie, 14 februari 2019). Eén respondent was Duitstalig. Om de inhoud van de vragen en antwoorden, en daarmee de kwaliteit, door de

taalbarrière niet verloren te laten gaan, is er voor gekozen om de vragen te stellen via de mail. Tijdens het opstellen van de vragen is een vertaler met Duits als moedertaal betrokken geweest, om zo dicht mogelijk bij de essentie van de vraag te kunnen blijven. Bij de vertaling van de antwoorden van het Duits naar het Nederlands is ook een vertaler betrokken geweest, om zo de inhoud niet verkeerd te interpreteren. Als er doorgevraagd diende te worden, werd er een vervolmail gestuurd naar de respondent, om zo toch tot een volledigheid aan informatie te komen.

De vijf Nederlandse interviews zijn met een memorecorder opgenomen. De geluidsregistratie zorgt ervoor dat de onderzoeker zich op de respondent kan richten en meer aandacht heeft voor de topiclist. Daarnaast zorgen audio opnames voor zuivere data, die na het interview nog terug geluisterd kan worden. De data kan niet vervormd worden door de onderzoeker, waardoor de kwaliteit wordt gewaarborgd (Boeije, 2005). Er is bij aanvang van het interview aan elke respondent een toestemmingsformulier gegeven, zie Bijlage C. Dit toestemmingsformulier is door alle respondenten ondertekend om toestemming te geven voor de audio opname, het gebruik van de naam of het anonimiseren van de respondent. Daarnaast is er gebruik gemaakt van veldaantekeningen om het overzicht van het interview te kunnen bewaren. Er is gebruik gemaakt van een logboek om losse ideeën, samenhangende beschouwingen en alle keuzes vast te leggen. Door het gebruik van een logboek is er voor gezorgd dat losse ideeën niet verloren zijn gegaan. Daarnaast is het een onmisbare bron voor latere verslaglegging van alle stappen van het onderzoek (Boeije, 2005).

Om interviews af te kunnen nemen had de onderzoeker respondenten nodig. De vaktherapeuten zijn geworven via het kennisnetwerk oncologie, persoonlijk contact en sociale media. De patiënt is geworven via het netwerk van een vaktherapeut die geïnterviewd is. Door middel van de inclusie- en exclusiecriteria zijn de respondenten geselecteerd op bruikbaarheid.

Bij een kwalitatief onderzoek wordt er gebruik gemaakt van ‘constant comparison’ ofwel constante vergelijking. Dit wil zeggen dat de dataverzameling en de analyse elkaar afwisselen (Boeije, 2005). Nadat er een interview is afgenomen is deze data geprepareerd en geanalyseerd. Wanneer er bepaalde sensitizing concepts van de topiclist nog niet beantwoord waren of er nieuwe sensitizing concepts voor de topiclist uit de interviews naar voren kwam, werden er nieuwe interviews afgenomen. Door de constant comparison is er eerst gestart met het interviewen van drie respondenten. Deze data is geprepareerd en geanalyseerd om

vervolgens te bekijken waar er nog een hiaat bestond rondom de onderzoeksvraag. Vervolgens werden er drie nieuwe respondenten geïnterviewd om eerdere bevindingen te kunnen verscherpen, bevestigen of corrigeren (Westers & Peters, 2004). De cyclus van interviewen, data preperen, analyseren, reflecteren en opnieuw data verzamelen heeft zich twee keer herhaald. Hierdoor is er gestreefd naar een zo'n grote mogelijke verzadiging. Verzadiging wil zeggen dat er zoveel wordt geïnterviewd dat er zich geen nieuwe feiten meer voordoen (Baarda et al., 2013). De onderzoeker heeft er voor gezorgd dat zij tijdens het interviewen open bleef staan voor nieuwe antwoorden, zo bleven de respondenten de ruimte krijgen om hun meningen en perspectieven naar voren te brengen (Baarda et al., 2013).

2.3.1. Respondenten

Vaktherapeuten

Om een zo'n duidelijk mogelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is het belangrijk dat de vaktherapeuten aan bepaalde criteria voldoen. Hierbij was de onderzoeksvraag leidend. Dit heeft geleid tot de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Ervaring met de thema's lichaamsacceptatie en distress en/of werkzaam met patiënten in de oncologie
- Gediplomeerde vaktherapeut met affiniteit voor dans- en beweging

Exclusiecriteria:

- Geen toestemming voor audio- opname
- Spreekt geen Nederlands, Engels of Duits

Er is gekozen om vaktherapeuten te interviewen, omdat de competenties en kennis het meeste overeenkomen met dans- en bewegingstherapeuten. Daarnaast is er gekozen om respondenten te interviewen met een zo'n groot mogelijke diversiteit, die bestaat uit een verschil in waar de respondent is opgeleid, werkervaring, functie, visie en specialisatie, dit wordt theoretical sampling genoemd (Charmaz, 2006). Iedere respondent had hierdoor een eigen visie en specialisatie. Door de theoretical sampling zijn de respondenten zo breed mogelijk getrokken waardoor er een goede vergelijking kon worden gemaakt in overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten.

In Tabel 2 is er aangegeven welke vaktherapeuten deel hebben genomen aan dit onderzoek en op welke wijze de dataverzameling heeft plaats gevonden.

Tabel 2

Betrokken vaktherapeuten

Respondent	Opleiding	Werkervaring	Ervaring	Dataverzameling
Karina Heemskerk	Master dans- en bewegingstherapie (Codarts) HBO/Bachelor fysiotherapie	5 jaar werkervaring als Dans- en bewegingstherapeut in een inloophuis voor mensen met kanker Kennisnetwerk Vaktherapie en Oncologie van de FVB 11 jaar werkervaring als fysiotherapeut in de multidisciplinaire chronische pijn revalidatie	5 jaar als Dans- en bewegings therapeut	Individueel half gestructureerd interview
Respondent 2	Dramatherapie (HAN) 5-ritmes van Gabriëlle Roth Stembevrijding Transpersoonlijke psychotherapie	Geeft twee wekelijks dansexpressie in het Toon Hermans Huis in Venlo	9 jaar	Individueel half gestructureerd interview
Janneke Bexkens	Master dans- en bewegingstherapie (Codarts)	Dans- en bewegingstherapeut bij Apanta: eetstoornissen	8 jaar als dans- en bewegings therapeut	Individueel half gestructureerd interview

	Sociaal Pedagogische Hulpverlening	Idris: mensen met een lichtverstandelijke beperking		
	Emotionally Focused Therapy for Couples	Eigen praktijk Janneke Bexkens: projectgroep		
	Authentic movement mentaliseren in vaktherapie	Dance for Cancer		
Carmen van Noort	Dans- en bewegingstherapie (Zuyd) Gespecialiseerd in Parkinson en Reuma (Dance for Health)	Dans en bewegingstherapeut in verpleeghuis Zonnehuisgroep Vlaardingen	1 jaar	Individueel half gestructureerd interview
Elena Mannheim	Gymnastiekdocent (Dore Jacobs School te Essen)	Dans- en bewegingstherapie in een kliniek voor oncologische revalidatie	23 jaar	Vragen gesteld via de mail
	Pionier voor dans- en bewegingstherapie in de oncologie	Dans- en bewegingstherapie in haar eigen praktijk		
	Diepgaande psychologische gefundeerde ademtherapie	Onkodanza voor oncologie patiënten		
		Dans- en bewegings-therapeutische concepten ontwikkeld voor de oncologie		

Lezingen over dans- en bewegingstherapie voor patiënten en professionals, voortgezet onderwijs en hogescholen

Patiënt

Daarnaast is er ook één ex- kankerpatiënt geïnterviewd om haar visie van dans als behandeling te kunnen meenemen in het product. Voor deze patiënt zijn ook inclusie- en exclusiecriteria opgesteld:

Inclusiecriteria:

- De patiënt is genezen van de ziekte kanker
- De patiënt bevindt zich in de oncologische revalidatiefase
- De patiënt is tussen de 18 en 65 jaar oud
- De patiënt is in behandeling van een vaktherapeut met affiniteit voor dans- en beweging
- De patiënt is in behandeling geweest van een vaktherapeut met affiniteit voor dans- en beweging

Exclusiecriteria:

- Geen toestemming voor audio-opname
- Spreekt geen Nederlands, Engels of Duits

Tabel 3

Betrokken patiënt

Respondent	Type kanker	Danservaring
Nora Peeters	Borstkanker	5,5 jaar

2.4. Data-preparatie

Vanuit de dataverzameling ontstaat er ruwe data. Om deze data te kunnen bewerken in de data analyse moet de data worden geprepareerd. De datapreparatie bestaat uit het transcriberen van de audio opnames. Dit is het letterlijk uitschrijven van de audiogegevens. Om er voor te zorgen dat non-verbaal gedrag, zoals gelaatsuitdrukkingen, houding en intonatie niet verloren gaan, is dit non-verbaal gedrag meegenomen in het transcript, door dit tussen haakjes te beschrijven (Boeije, 2005). De transcripties zijn een dag nadat het interview is afgenomen uitgewerkt, dit verkleint de kans op subjectiviteit (Baarda, 2014).

2.5. Data-analyse

Nadat de interviews zijn geprepareerd kon de data worden geanalyseerd. De data analyse is bedoeld om de data te verwerken, samen te vatten en met elkaar in verband te brengen waardoor antwoorden konden ontstaan op de onderzoeksvraag (Boeije, 2005). Binnen een kwalitatief onderzoek wordt er gebruik gemaakt van de coderingsprincipes van de ‘grounded theory’. In het Nederlands wordt het de ‘gefundeerde theoriebenadering’ genoemd. Grounded theory is een gestructureerde werkwijze om van ruw kwalitatief onderzoeksmateriaal te komen tot inzichten (Baarda, 2014). De coderingsprincipes die zijn gebruikt uit de grounded theory zijn open en axiaal coderen. Bij het coderen is het transcript door de onderzoeker gelezen en ingedeeld in fragmenten. Uit deze fragmenten zijn categorieën geselecteerd en benoemd met een code. Een code is een samenvattende notitie voor een stukje tekst van een fragment. Tekstfragmenten zijn gecodeerd met sensitizing concepts en nieuwe codes. Daarnaast heeft het literatuuronderzoek, voorafgaand aan het onderzoek richting gevende codes opgeleverd. Deze worden ook wel constructed codes genoemd (Boeije, 2005). Bij het coderen is er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de woorden van de respondenten om zo dicht mogelijk bij de originele data te blijven. De open codes zijn in de kantlijn van de transcriptie geschreven (Boeije, 2005). Bij open coderen gaat het er om dat er zoveel mogelijk elementen in kaart worden gebracht die van belang kunnen zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Deze codes zijn verzameld in een lijst, dit wordt een codeboom genoemd (Boeije, 2005). Door deze codeboom is de data overzichtelijk en hanteerbaar.

Na het open coderen volgt het axiaal coderen. De onderzoeker heeft alle losse codes uitgeknipt en deze tekstfragmenten gesorteerd op onderwerp. Vervolgens zijn de codes constant vergeleken en bekeken waar de overeenkomsten en verschillen tussen de codes zaten. De onderzoeksvraag alsmede de frequentie waarin onderwerpen benoemd werden is als

focus genomen om te toetsen wat bruikbare data was voor dit onderzoek. Het doel van axiaal coderen is het omschrijven en afbakenen van relevante begrippen (Boeije, 2005). Er kan een verband gelegd worden tussen antwoorden van verschillende respondenten (Baarda et al., 2013). Dit is van belang om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Dit hield in dat de afzonderlijke fragmenten uit alle interviews met elkaar werden vergeleken en werden gecategoriseerd. In een categorie worden codes bij elkaar gezet die naar dezelfde thematiek verwijzen (Baarda et al., 2013). Om een indruk te geven hoe dit er uit ziet is er een voorbeeld van de analyse weergegeven in Tabel 4.

Door het open- en axiaal coderen ontstonden er hoofd- en subcategorieën, waarin de bruikbare codes zijn geclusterd. Deze hoofd- en subcategorieën werden uitgewerkt tot een definitieve codeboom (zie figuur 1). Via de begrippen in de codeboom zijn de resultaten tot stand gekomen, die vervolgens leiden tot de inhoud van het product.

Tabel 4

Voorbeeld data analyse

Fragmenten	Open codes	Axiale code	Hoofdcategorie
Janneke: “Dan ben ik eigenlijk heel erg volgend, ik zie dat je dit doet, hoe voelt dat, hoe is dat dan, wat heb je dan nodig? Uhm en dan alles wat ze mij dan geven, daar ga ik dan mee verder.”	Volgend		
Elena: “De therapeut moet de patiënt niet willen genezen, maar ondersteunen in deze moeilijke fase en verwerking.”	Ondersteunen		
Janneke: “Ik zie nu dit, is dat fijn, wat heb je nu nodig? De cliënt geeft aan dit nodig te hebben. Ik benoem dan vaak dat de cliënt hier bij mag blijven. Ik ondersteun de cliënt hierin heel erg in het proces.”	Ondersteunen	Therapeutische attitude →	Therapeut
Respondent 2: “Ik heb in de loop der jaren gemerkt dat het allerbelangrijkste is dat ik mezelf leeg maak en oordeelloos aanwezig ben.”	Oordeelloos		

2.6. Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, heeft de onderzoeker getracht om aan verschillende kwaliteitscriteria te voldoen. Binnen het kwalitatief onderzoek worden deze kwaliteitscriteria ‘trustworthiness’ genoemd, wat betrouwbaarheid betekend (Kuipers, Verhoef, Cox, & Louw, 2012). Hieronder vallen vijf criteria waardoor de onderzoeker kan bijdragen aan de betrouwbaarheid van dit onderzoek, deze vijf criteria zijn gebaseerd op hoofdstuk 4 uit Evidence-based practice voor paramedici (Kuipers, Verhoef, Cox, & Louw, 2012).

Om de credibility (geloofwaardigheid) te bevorderen is de onderzoeker zo lang en zo dicht mogelijk bij de originele data gebleven, hierdoor zijn de bevindingen gebaseerd op antwoorden van de respondenten en niet op de interpretatie van de onderzoeker (Boeijs, 2005). De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een member check. Hierbij is het product voorgelegd aan alle respondenten. Hierdoor werden de respondenten in staat gesteld om te controleren of ze zich in de getrokken conclusies van het product herkenden en of dit overeenkwam met de werkelijkheid (Baarda et al., 2013). Ook konden zij in deze member check terug geven of zij aanvullingen hadden. Daarnaast werd er gebruik gemaakt van triangulatie. Triangulatie is het verzamelen van gegevens op verschillende manieren. Er werden zes interviews afgenomen, veld aantekeningen gemaakt, een logboek bijgehouden en literatuur gebruikt om het product te onderbouwen. Daarnaast werd er telkens gereflecteerd op de dataverzameling en data-analyse om zo te bekijken waar er nog informatie voor de inhoud voor het product ontbreekt. Er zijn eerst drie respondenten geïnterviewd, waarna er wordt gekeken welke informatie er nog ontbreekt om vervolgens weer de cyclus van dataverzameling te herhalen, waarbij er nog drie respondenten geïnterviewd zijn. Door zes respondenten op deze manier te interviewen, draagt de onderzoeker bij aan een zo’n groot mogelijke verzadiging van het onderzoek (Baarda et al., 2013).

Om te voldoen aan de kwaliteitscriteria confirmability (verifieerbaarheid) zijn er zuivere en betrouwbare resultaten in het onderzoek beschreven. Het is van belang dat de onderzoeker dicht bij de onderzoeksvraag blijft en zich niet laten leiden door eigen subjectieve gedachten, die het onderzoek kunnen beïnvloeden. Om dit te voorkomen heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een member check en peer debriefing. Bij peer debriefing heeft een onafhankelijke collega onderzoeker alle tekstfragmenten met open en axiale codes en de codeboom gecontroleerd en eventueel aangepast, om zo subjectiviteit van de data te

voorkomen. Doordat de bevindingen van de analyse niet alleen berusten op één onderzoeker, maar ook van een collega onderzoeker is er sprake van inter-betrouwbaarheid (Boeije, 2005). Daarnaast heeft een vertaler met Duits als moedertaal de vragen bekeken voor het interview en het vertaalde product voor de member check gecontroleerd. En geholpen bij de interpretatie van de antwoorden. Dit heeft er voor gezorgd dat zowel de vragen van de onderzoeker als de antwoorden van de respondent door de taalbarrière niet verloren zijn gegaan.

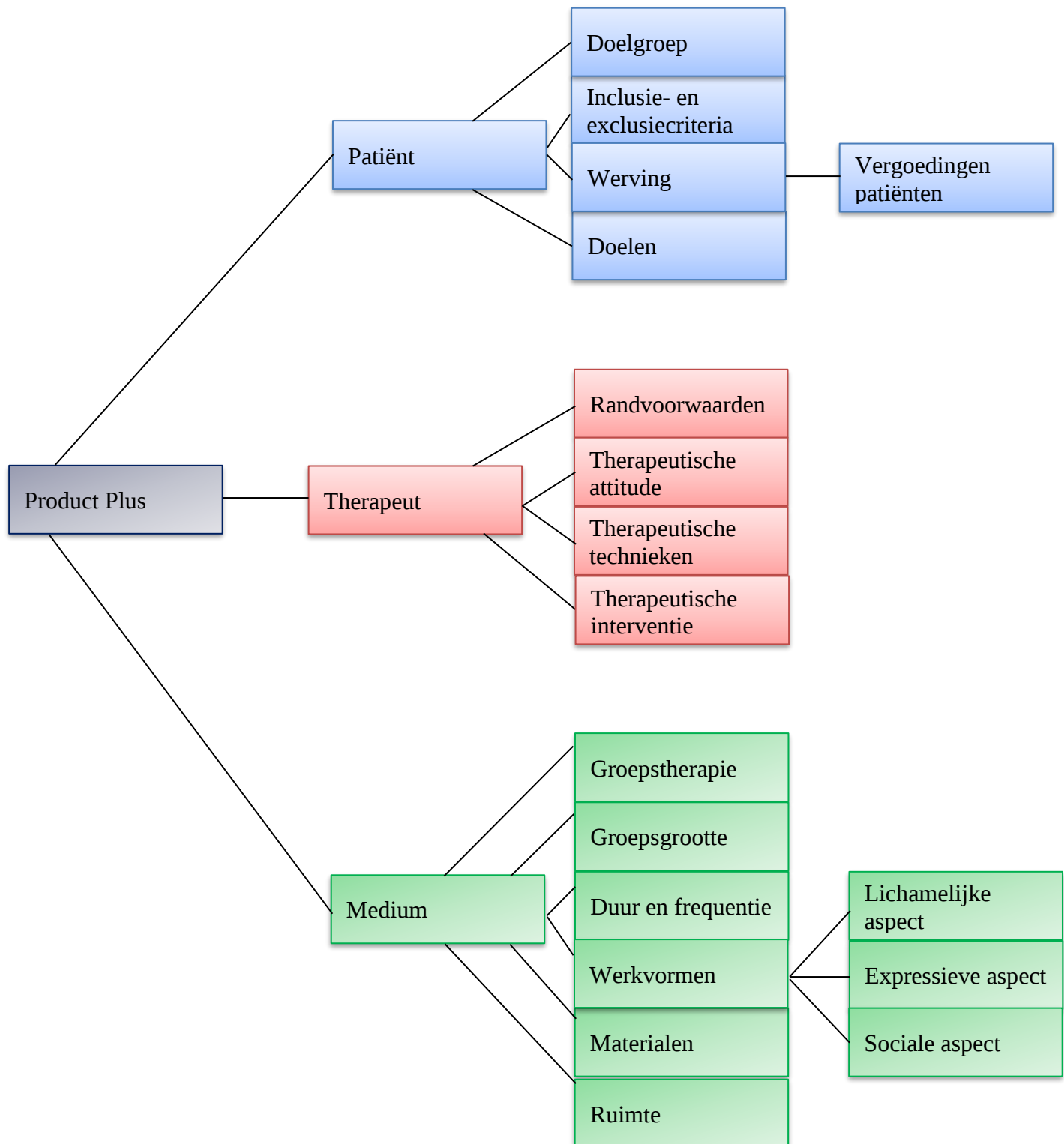
Het derde criterium is transferability (verplaatsbaarheid). Dit wil zeggen dat een andere beroepsbeoefenaar de resultaten kan begrijpen en deze informatie zelf kan gebruiken. Voor het schrijven en vormgeven van het product is er gebruik gemaakt van de 'Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen'. Er is gebruik gemaakt van een vast format, waardoor het product inzichtelijk en bruikbaar is voor andere dans- en bewegingstherapeuten. Dit onderzoek is niet gebonden aan een specifieke instelling, waardoor de resultaten ingezet kunnen worden op verschillende plekken, door verschillende dans- en bewegingstherapeuten. Binnen dit onderzoeksvoorstel is er gebruik gemaakt van thick description (uitgebreid beeld) waarbij duidelijk beschreven wordt voor welke doelgroep het product geschreven is en waarop de respondenten geselecteerd zijn, om deel te nemen aan dit onderzoek. In de selectie van de respondenten is er rekening gehouden met theoretical sampling om zo een diversiteit in de onderzoekspopulatie te creëren.

Om de authenticity (gemeenschappelijkheid) te waarborgen. Is er voor gezorgd dat elke respondent de mogelijkheid had om het product te controleren op juistheid, hiervoor is er een member check gebruikt. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten (Boeije, 2005).

Het laatste criterium is dependability (transparantie). Bij dit criterium gaat het erom dat een buitenstaander de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd kan volgen. Het onderzoek dient navolgbaar en herhaalbaar te zijn voor de lezer. Hierdoor moet de onderzoeker zo transparant mogelijk zijn over het onderzoek. Om hier aan bij te dragen heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een logboek om stappen, keuzes en veranderingen bij te houden. Dit is inzichtelijk gemaakt in het onderzoek om de lezer te laten bepalen of het bruikbaar is voor zijn of haar praktijksituatie. Daarnaast is er gebruik gemaakt van audio-opnames en transcripties om zo de data vast te leggen, en er altijd op terug te kunnen vallen.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten weergegeven van de interviews met de respondenten. In paragraaf 2.3. zijn de respondenten nader toegelicht. In figuur 1 is de codeboom weergegeven met de hoofd- en subcategorieën.



Figuur 1. Definitieve codeboom

Bij figuur 1 is de creatief therapeutische driehoek van het Landelijk Opleidingsprofiel Creatieve Therapie als uitgangspunt genomen. Er is sprake van een wisselwerking tussen de patiënt, therapeut en het medium, waardoor ze elkaar beïnvloeden (Smeijsters, 2014). De hoofd- en subcategorieën worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

3.1. Patiënt

3.1.1. Doelgroep

Er wordt verschillend gedacht over de inzetbaarheid van het Product Plus voor een specifieke vrouwengroep of een gemengde groep. Respondent 2 werkt met een specifieke vrouwengroep, zij geeft aan dat vrouwen het beste met vrouwen aan hun thema's kunnen werken en mannen dit met mannen kunnen doen. Ze benoemt dat vrouwen onder elkaar niet alles hoeven uit te leggen. "Vrouwen hebben veel herkenning bij elkaar en dat geeft een bepaalde veiligheid en ook het gevoel dat ze gedragen worden". Elena bevestigt dit, zij werkt uitsluitend met vrouwen, omdat ze dan ook kan werken aan intieme onderwerpen. Nora vertelt dat ze het prettig vindt om in een vrouwengroep te dansen "dit geeft mij een warm gevoel, vanuit mijn hart, je thuis voelen, veilig". Daarnaast geeft ze aan dat ze er neutraal tegenover staat wanneer het een gemengde groep zou zijn. Karina werkte met voornamelijk vrouwen in de groep, echter waren mannen niet uitgesloten. Zij geeft aan dat ze het ook wel prettig vindt als er mannen in de groep aanwezig zijn, "dit geeft een andere dynamiek in de groep".

Karina, respondent 2 en Nora geven aan dat de aanloop voor mannen naar een inloophuis of een dansactiviteit gering is. Ze kunnen hier geen uitspraak over doen wat hiervoor precies de reden is.

Alle respondenten die ervaring hebben met ex-kankerpatiënten geven aan dat zij werken met alle typen kanker. Elena vertelt dat iedereen de ziekte kanker als gemene deler heeft, maar dat ieder type kanker en de ziekteverwerking anders is, de therapeut dient naar iedere specifieke situatie en persoon te kijken en daarop de behandeling af te stemmen in de groep. Elena geeft hierin nog als toevoeging dat ze het ook voor mogelijk ziet om een therapiereeks te organiseren voor één bepaalde kanker type.

Naast het werken met de ex-kankerpatiënten geven Janneke, respondent 2, Elena en Carmen aan dat ze het systeem (netwerk van de patiënt) indirect of direct gebruiken in de therapie. Janneke legt uit: "het zou het mooiste zijn als het een mooie 'achtvorm' is tussen zelfzorg, een

sterke basis en dat het systeem er ook mag zijn”. Janneke gebruikt het systeem zowel direct als indirect. Als ze het systeem indirect gebruikt, werkt ze met werkvormen om te simuleren hoe de patiënt hulp kan vragen aan een ander in het systeem, dit kan er voor zorgen dat gevoelens van isolatie verminderen. Janneke vult hierbij aan dat als het mogelijk is om letterlijk met het systeem te werken, dat dit ideaal zou zijn. Het systeem is zich er dan van bewust dat de patiënt hulp nodig heeft, ook al geeft hij of zij dit niet direct aan. Daarnaast kan het gevoel van eenzaamheid bij de patiënt verminderen. Elena en Carmen gebruiken het systeem ook direct, door samen in therapie te gaan. Respondent 2 en Elena brengen de meerwaarde van therapie voor de naasten van ex-kankerpatiënten in. Zo werkt Elena met een speciale groep voor kanker getroffen moeders en hun dochters. Ze doet dit, omdat de ziekte kanker niet alleen de moeder treft maar ook de dochters. De dochters hebben ook gevoelens van verdriet en pijn. Elena en respondent 2 ervaren dat naasten ook moeite hebben met het verwerken van de ziekte.

3.1.2. Inclusie- en exclusiecriteria

Om de effectiviteit van de dans- en bewegingstherapie in het product voor de patiënten te vergroten benoemen de respondenten een aantal inclusie- en exclusiecriteria.

In de praktijk komt naar voren dat Karina, respondent 2 en Elena werken met patiënten in de revalidatiefase. Daarbij benoemt ook Nora dat ze pas na de medische behandeling ruimte voelde om in therapie te gaan, omdat ze het erg spannend vond om de stap hier toe te zetten. Karina vertelt dat zij nooit werkt met patiënten die nog in het medische traject verkeren, omdat ze niet wil werken met open wonden, doordat er daarbij de kans op infectiegevaar bestaat. Elena benoemt dat ze naast patiënten in de revalidatiefase ook patiënten in het medische traject behandelt.

Echter om deel te nemen aan de dans- en bewegingstherapie geven Karina, Carmen en Elena aan dat het belangrijk is dat de patiënten mentaal en fysiek belastbaar zijn. Karina vertelt dat patiënten vaak kampen met vermoeidheid en daardoor nog niet in staat zijn om deel te nemen aan therapie, wanneer ze net aan het revalideren zijn. Elena geeft hierbij aan dat dit belangrijk is om er voor te zorgen dat de deelname aan de therapie zinvol is om aan doelen te kunnen werken. Carmen legt uit dat wanneer de patiënten mentaal en fysiek onvoldoende belastbaar zijn, ze niet meer willen werken aan hun vooruitgang. Dit komt doordat ze gedemotiveerd worden door de rest van de groep omdat zij wel vooruit gaan. Wanneer dit te lang duurt,

kunnen patiënten nog verder wegzakken in een depressie. Dit heeft volgens haar te maken met het uitblijven van succeservaringen.

3.1.3. Werving

Alle vaktherapeuten benoemen dat de aanloop van patiënten naar dans- en bewegingstherapie erg gering is. Karina, respondent 2 en Elena geven aan dat de werving van patiënten voor een therapiegroep loopt via flyers die beschikbaar zijn in inloophuizen, klinieken en praktijken. Carmen en Elena gebruiken een website om patiënten te werven of werken met verwijzingen via een arts, psychotherapeut of fysiotherapeut. Ook geven Elena en respondent 2 aan dat er patiënten geworven worden via mond op mond reclame.

Elena geeft hierbij de aanvulling dat het belangrijk is dat patiënten een beschrijving krijgen wat dans- en bewegingstherapie precies inhoudt, dit zorgt er voor dat de drempel naar iets wat onbekend is verlaagd wordt.

Karina en Carmen benoemen dat de onbekendheid van dans- en bewegingstherapie een oorzaak zou kunnen zijn voor de geringe aanloop. Patiënten en verwijzers weten niet van het bestaan van dans- en bewegingstherapie. Karina hoort hierbij vaak de reactie: “Er is toch al yoga, dat is toch hetzelfde”. Volgens Karina en Carmen vinden mensen dans- en bewegingstherapie lastig te begrijpen waardoor ze niet weten of ze daarin willen investeren. Daarnaast merkt Carmen dat de term danstherapie afschrikt, zij hebben de therapie daarom bewegingstherapie genoemd. Respondent 2 merkt ook dat patiënten het spannend vinden om de stap te zetten om überhaupt naar een inloophuis te gaan, patiënten weten niet wat ze daar treffen of zijn bang om geconfronteerd te worden met patiënten die nog zieker zijn dan zij zelf. Nora vertelt ook dat patiënten gemakkelijk in hun schulp kruipen, ze willen anderen niet lastig vallen. Nora vond het zelf ook spannend om de eerste stap te zetten, zij vond het prettig dat het inloophuis heel laagdrempelig is. Ze kon gewoon komen, zonder dat er iets van haar verwacht werd.

Vergoedingen voor de patiënten

De vergoedingen die patiënten kunnen krijgen is een kritisch punt volgens Janneke, Karina, Carmen en Elena. Janneke geeft aan dat wanneer een patiënt doorverwezen wordt door een ziekenhuis of een huisarts, de vrijgevestigde dans- en bewegingstherapeut allereerst geregistreerd dient te zijn bij de beroepsvereniging NVDAT. De patiënt kan dan de dans- en bewegingstherapie vergoed krijgen als de patiënt verzekerd is bij een

verzekeringsmaatschappij waarbij deze behandeling is opgenomen in het aanvullend pakket. Er zijn blijkbaar veel verzekeringen die deze specifieke klachten van ex-kankerpatiënten niet categoriseren onder de specialistische GGZ. Hierdoor worden deze behandelingen niet vergoed. De dans- en bewegingstherapeut kan ook geregistreerd zijn bij de Nederlandse Federatie Gezondheidszorg 'NFG', hierbij zijn grotere verzekeringen aangesloten die deze behandelingen wel vergoeden. Echter valt dans- en bewegingstherapie dan onder de alternatieve geneeswijze. Dit is wat de FVB niet wil, zij willen dat dans- en bewegingstherapeuten vergoed worden als reguliere behandelaars in de GGZ. Doordat niet alle verzekeringen dans- en bewegingstherapie in het (aanvullend) pakket hebben opgenomen kunnen veel patiënten de behandelingen niet bekostigen. Daarnaast zien veel ziekenhuizen en huisartsen dans- en bewegingstherapeuten nog niet als (GGZ) behandelaar. Het kan zijn dat er daarom een geringe aanloop is van patiënten door middel van doorverwijzingen, aldus Janneke. Karina en Carmen benoemen dat ze de dans- en bewegingstherapie wegzetten onder beweegzorg en niet onder dans- en bewegingstherapie, waardoor patiënten de therapie wel vergoed krijgen.

3.1.4 Doelen

Om een goede behandeling tot stand te brengen wordt er tijdens de therapiesessies gewerkt met doelen. Karina, Carmen en Elena geven aan dat ze werken met doelen die afgestemd zijn op de gehele groep. Karina, Janneke en Elena brengen in dat zij veel werken met het doel lichaamsacceptatie. Janneke legt hierbij uit dat wanneer de patiënt aandacht geeft aan het lichaam, de patiënt al bezig is met lichaamsacceptatie. Karina legt uit dat zij werkt met de doelen: vertrouwen in eigen lijf, regie over eigen lijf, contact met eigen lijf en expressie geven aan gevoelens. Elena vult de volgende doelen aan: beter omgaan met stress en het verminderen van spanning en depressie. Janneke en Carmen werken niet met specifieke vooraf opgestelde doelen. Zij bekijken in het moment wat er ontstaat en wat dan het beste aansluit.

3.2. Therapeut

3.2.1 Randvoorwaarden

Uit het interview komen verschillende randvoorwaarden voor het geven van therapie naar voren. Zo benoemen Karina, Carmen en Elena dat het heel belangrijk is dat de therapeut goed voor zichzelf zorgt. Carmen geeft aan dat de therapeut een spiegel is voor de patiënten en daardoor eerst zelf contact met het eigen lichaam dient te maken om dit ook over te kunnen

brengen aan de patiënten. Karina benoemt dit ook en vult hierbij aan dat de therapeut zelf rust en vertrouwen dient te ervaren om een anker te kunnen zijn voor de groep. Dit doet Karina door zelf even te stampen of ademhalingsoefeningen te doen.

Elena benoemt ook de meerwaarde van supervisie, hierbij is er voor de therapeuten een plek om met gelijkgestemden te delen over lastige situaties waar de therapeut tegen aan kan lopen.

Daarnaast moet de dans- en bewegingstherapeut volgens alle vaktherapeuten een gevoel van veiligheid kunnen bieden in de therapiesessies. Dit is volgens de vaktherapeuten het belangrijkste in de therapie, omdat patiënten erg wankel zijn in hun gevoelens en emoties. Carmen vertelt dat een patiënt zich op zijn of haar gemak moet voelen om verandering plaats te kunnen laten vinden. Om bij te dragen aan de veiligheid benoemen alle vaktherapeuten dat ze mee doen in beweging. Dit zorgt volgens Karina ervoor dat patiënten een anker kunnen hebben om naar te kijken en daaruit zekerheid kunnen halen. Carmen geeft tijdens de sessie ook complimenten aan de patiënten om hen succeservaringen te geven en het gevoel van zekerheid en veiligheid te optimaliseren.

Daarnaast vinden alle vaktherapeuten het van belang dat de therapeut de juiste opleiding, vaardigheden en kwaliteiten bezit om met een vaktherapeutisch product te kunnen werken. Om met dit product te kunnen werken benoemen de meeste respondenten het belang van de opleiding vaktherapie met het medium dans- en bewegingstherapie. Karina benoemt dat de meerwaarde van een dans- en bewegingstherapeut is dat zij de beleving van de beweging aanspreken en werken met betekenisverlening achter de beweging. Janneke vult dit aan met dat een dans- en bewegingstherapeut ook gespecialiseerd is in lichaamsacceptatie en distress en hiervoor is opgeleid, dit is bijvoorbeeld een dansdocent niet. Respondent 2 vindt het belangrijk dat de therapiesessies langer doorlopen en dat er onderhoudscontact kan blijven bestaan tussen de therapeut en de patiënten. Dit is niet altijd haalbaar voor een dans- en bewegingstherapeut. Zij geeft aan dat niet per se de opleiding nodig is om deze interventie te kunnen geven, als deze persoon maar affiniteit heeft met beweging en zich verdiept in de thema's waar de patiënten tegenaan lopen.

3.2.2. Therapeutische attitude

Tijdens het uitvoeren van de interventie is het van belang dat de therapeut de juiste attitude heeft, die aansluit bij de doelgroep. Tijdens de interviews hebben respondenten hierover het onderstaande uitgesproken.

Een van de kwaliteiten die de therapeut dient te bezitten is volgens respondent 2, Janneke en Carmen oordeelloos aanwezig zijn. Respondent 2 benoemt dat het oordeelloos aanwezig zijn bijdraagt aan een gevoel van veiligheid. Carmen vertelt “de patiënt voelt wat hij of zij voelt, dat voel ik niet”. Als het niet gaat kan de patiënt even stoppen en wordt er gekeken wat er wel mogelijk is, hierin behoudt de patiënt zijn of haar autonomie. Om deze autonomie nog meer te realiseren in de therapie geven Karina, Carmen, respondent 2 en Janneke aan dat patiënten in elke moment van de sessie mogen beslissen in welke houding ze de bewegingen maken.

Patiënten kunnen op een matje gaan liggen, op een stoel gaan zitten of de muur gebruiken als steunpunt. Door het gebruik van een steunpunt kan de patiënt niet zomaar vallen, dit draagt bij aan een gevoel van veiligheid. Daarnaast geeft Nora aan “ik kan door het steunpunt van de muur meer bewegingsvrijheid ervaren, doordat ik meer durf te bewegen”. Daarnaast vindt ze het heel prettig dat ze hierdoor haar eigen autonomie opnieuw kan ervaren, die ze tijdens het ziekteproces weinig ervaren heeft. Karina geeft ook aan dat wanneer patiënten zittend bewegen, ze het dan ook langer vol kunnen houden, doordat dit minder energie kost en de kans op duizeligheid wordt verminderd. Daarnaast geven Karina, Carmen en Janneke aan dat doordat patiënten zelf kunnen bepalen in welke houding ze bewegingen willen maken en welke bewegingen ze maken, zij hun eigen grenzen herkennen, kunnen aangeven en accepteren. Volgens Janneke draagt dit bij aan het accepteren van het lichaam. Ze legt uit dat wanneer een patiënt kan accepteren dat het lichaam vandaag niet wil bewegen of in een lager tempo wil bewegen, de patiënt dan met meer zachtheid naar het lichaam kan kijken en er zorg voor kan dragen. Dit zorgt ervoor dat patiënten het lichaam kunnen accepteren.

Alle vaktherapeuten benoemen dat ze kijken naar wat een patiënt nog wel kan en dit als uitgangspunt nemen in de therapie. Om dit te kunnen realiseren dient de therapeut te luisteren en contact te maken met de patiënt. De therapeut laat blijken dat de hij of zij de patiënt ziet en hoort, zeker als de patiënt het spannend vindt. Volgens Carmen, respondent 2 en Elena is het belangrijk dat de therapeut een grote mate van inlevingsvermogen en empathie heeft en kan afstemmen op de wensen en behoeften van de patiënt. De therapeut dient aan te voelen wat de energie van de groep is op elk moment in de therapie en stemt daar het aanbod op af. Janneke en Elena bevestigen dit, Janneke stelt hierin dat de therapeut volgend en ondersteunend is.

Een andere kwaliteit die Carmen en respondent 2 benoemen is de kracht van het gebruik van humor in de therapie. Zij vinden dit belangrijk omdat de verwerking van de ziekte kanker erg zwaar is. Door het inzetten van humor kunnen de zware gevoelens op gepaste momenten verlicht worden.

3.2.3. Therapeutische technieken

Alle vaktherapeuten gebruiken de therapeutische techniek observeren. Karina en Janneke benoemen hierbij nog specifiek dat zij hierbij gebruik maken van de Laban Movement Analyse. Janneke, Carmen en respondent 2 benoemen dat zij zowel verbaal als non-verbaal observeren. Continu wordt er bekeken in het hier en nu wat er gebeurt en waar de groep behoefte aan heeft, hierop wordt het behandelaanbod aangepast.

Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de techniek uitlokken. Carmen vertelt dat zij deze techniek inzet om patiënten op een rustige manier in beweging te krijgen, dit gebruikt zij veel als patiënten het spannend vinden om te bewegen. Binnen deze techniek worden er door Janneke en respondent 2 twee verschillende vormen ingezet, namelijk focussen en verbreding. Zij zetten dit in om patiënten te laten focussen op lichaamsdelen en daarin laten zij patiënten bekijken wat het lichaamsdeel wil en de aandacht van de patiënt wordt naar het lichaamsdeel toe gebracht. Met aandacht bij het lichaamsdeel zijn en het lichaamsdeel te geven wat het nodig heeft, draagt volgens Janneke bij aan lichaamsacceptatie. Daarnaast kan het ook zijn dat het niet mogelijk is voor de patiënt om rechtstreeks te focussen op het lichaamsdeel. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van verbreding. Janneke benoemt hierbij: “je bent niet alleen je aangedane lichaamsdeel, je hebt ook nog andere lichaamsdelen, je bent een totaalpakket”. De patiënt kan hierbij bewegingen maken met andere lichaamsdelen en er kan dan bekeken worden hoe deze bewegingen reageren op de gehele situatie. Karina vertelt dat een patiënt zijn voet niet kon waarnemen. Door het inzetten van verbreding, kon hij zijn enkel wel waarnemen, waardoor hij uit zijn enkel vertrouwen en stevigheid kan halen. Hierdoor kan hij de stabiliteit van de grond weer ervaren.

Respondent 2 benoemt ook dat ze bewegingen laat herhalen of dat ze patiënten bewegingen groter laat maken om de patiënten zich nog bewuster te laten worden van de bewegingen die ze maken. Daarnaast legt Janneke uit dat er gewerkt kan worden met tegenovergestelde bewegingen, hierbij kan het bewegingsrepertoire van de patiënt uitgebreid worden, waardoor er nieuwe gedragsmogelijkheden ontstaan.

3.2.4. Therapeutische interventie

Om het lichaamsbewustzijn nog meer te stimuleren wordt er door Karina, respondent 2, Janneke en Carmen gebruik gemaakt van het danselement tijd. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van vertraging. Patiënten hebben de neiging om snel te bewegen. Carmen vertelt dat patiënten de gedachten hebben “als je iets snel doet, doe je het goed”. Janneke geeft aan dat patiënten moeite hebben met vertragen. Karina legt uit dat als patiënten bewust en vertraagd bewegen, dat ze dan meer in de beleving komen. Daarnaast draagt vertraging bij aan een vermindering van stress, volgens Janneke. Hierdoor kunnen patiënten beter hun grenzen aangeven, omdat ze eerder en bewuster voelen dat hun grens bereikt is en de ruimte hebben om dit dan ook aan te geven.

3.3. Medium

3.3.1. Groepstherapie

Iedere respondent geeft aan dat de voorkeur uit gaat naar groepstherapie in plaats van individuele therapie. Janneke geeft hierover aan dat het voordeel van een groep is dat de groep support van elkaar ervaart, doordat ze elkaars verhalen herkennen. Nora benoemt dat ze een warm gevoel ervaart in de groep, ze voelt zich thuis en dat voelt veilig. Dit heeft voor haar ook bijgedragen aan het verminderen van eenzaamheid en isolatie.

Daarnaast benoemen Janneke, Carmen en Elena dat er ook individueel gewerkt zou kunnen worden, wanneer patiënten in bepaalde thematieken blijven hangen. Janneke geeft aan hierbij dat de therapeut tijdens individuele therapie meer kan inzoomen op de individuele problematiek.

3.3.2. Groepsgrootte

Over de groepsgrootte hebben verschillende respondenten andere meningen. Karina werkt het liefste met zes patiënten in de groep. Zij vertelt dat ze heeft gemerkt dat patiënten het prettig vinden om in een kleinere groep te werken. Wanneer je met een grotere groep werkt dient het nog meer een groep te zijn met overeenkomende problematieken, anders is het lastig om in te spelen op de uiteenlopende hulpvragen van de patiënten. Respondent 2 geeft aan dat de groep op dit moment uit negen patiënten bestaat, maar zij heeft ook gewerkt met groepen van drie personen. Beide groepen waren voor haar werkbaar. Elena benoemt dat haar groepen bestaan uit minimaal vijf patiënten en dat er maximaal twaalf patiënten kunnen deelnemen aan haar therapiesessies.

3.3.3. Duur en frequentie

Karina, respondent 2 en Elena geven aan dat hun sessies een tijdsbestek bevatten van 90 minuten. Daarnaast werd de therapie bij Karina wekelijks aangeboden, in een serie van acht sessies. Respondent 2 geeft aan dat patiënten zich verbinden aan de therapie voor minimaal drie maanden, hierin wordt er om de week therapie aangeboden. Zij kunnen voor onbepaalde tijd deelnemen aan de therapiesessies. Elena werkt twee tot zes weken met patiënten, hierin wordt individueel per patiënt bekeken hoeveel sessies iemand nodig heeft.

3.3.4. Werkvormen

Uit de interviews worden enkele werkvormen aangehaald die als effectief worden ervaren bij ex-kankerpatiënten. Deze werkvormen zijn er op gericht om lichaamsacceptatie te vergroten en distress te verminderen. Volgens alle vaktherapeuten beïnvloeden deze twee factoren elkaar en zijn ze met elkaar verbonden. In figuur 2 zijn de werkvormen weergegeven, ze zijn verdeeld in het lichamelijke, expressieve en sociale aspect. Het lichamelijke aspect staat voor het ervaren en bewust worden van het eigen lichaam. In het expressieve aspect worden gevoelens en emoties van het individu tot uiting gebracht. Het laatste aspect is het sociale aspect, dit sluit aan bij de behoeften van samenzijn, onderdeel zijn van een groep en daarin zich verbonden voelen met anderen (Zuyd Hogeschool, 2019).



Figuur 2. Werkzame werkvormen ex-kankerpatiënten.

Lichamelijke aspect

Bodyscan

Karina, respondent 2, Janneke en Elena geven alle vier aan dat ze starten met het lichamelijke aspect. Respondent 2 benoemt “aankomen, in dat lijf, uit dat hoofd, is zo belangrijk”. Janneke legt uit dat doordat patiënten veel pijn in het lichaam ervaren, ze het lastig vinden om contact te maken met het eigen lijf. Hierdoor starten Karina, respondent 2 en Janneke met een bodyscan. Respondent 2 geeft aan dat ze royaal de tijd neemt om het gehele lichaam af te

gaan, ze vindt het belangrijk dat de patiënten met aandacht naar het lichaam gaan. Janneke licht toe dat door de bodyscan het lichaamsbewustzijn vergroot, ze maakt de patiënten er steeds van bewust wat ze voelen en waar ze dat voelen in het lichaam. Naast de bodyscan werken Janneke, Karina en respondent 2 ook met een bewegingslichaamsscan. Tijdens deze werkvormen wordt het hele lichaam, lichaamsdeel voor lichaamsdeel in beweging gezet. Hierbij wordt er ook gekeken welke sensaties de patiënt op elke plek in het lijf ervaart. Janneke licht toe dat wanneer de patiënt er met zijn aandacht naar toe gaat, dat er dan al iets verandert. Karina, respondent 2 en Janneke bekijken alle drie welke lichaamsdelen actief zijn en waar er in het lichaam nog meer beweging mogelijk is. De therapeut bekijkt dan waarom een lichaamsdeel wel of niet beweegt en wat het lichaamsdeel nodig heeft om in beweging te komen.

De patiënt bepaalt hierin wat er nodig is om het lichaamsdeel in beweging te brengen. Janneke geeft hierbij aan dat lichaamsdelen vaak niet in beweging komen door verkramping vanuit spanning of angst. Door hier met aandacht naar toe te gaan en de lichaamsdelen wel in beweging te brengen, kunnen de gevoelens van spanning en angst gereguleerd worden.

Gronden

Volgens Elena is het herstellen van het contact met de grond erg belangrijk. Karina en Janneke benoemen dat de grond veiligheid kan bieden. Janneke geeft aan dat patiënten door vloeroefeningen het hele lichaam kunnen voelen. Ze kunnen zich over geven aan de grond en het gewicht, waardoor er spanning gereguleerd kan worden. Daarnaast kunnen ze daaraan support ervaren doordat er een gevoel van gedragen worden wordt ervaren.

Ademhaling

Karina, respondent 2, Janneke en Carmen gebruiken allemaal de ademhaling als een bewuste werkvorm. Karina en respondent 2 gebruiken de ademhaling om bewust naar het lichaam toe te ademen en daarmee bewust te worden van dat alle lichaamsdelen er mogen zijn.

Respondent 2 geeft aan dat de ademhaling er ook voor zorgt dat patiënten in verbinding kunnen komen met het lichaam. Janneke en Carmen gebruiken de ademhaling om stress te verminderen. Carmen laat de patiënten zich zo groot mogelijk maken tijdens de inademing en zo klein mogelijk tijdens de uitademing. Janneke legt uit dat de ademhaling er ook voor kan zorgen dat emoties ruimte krijgen en dat er iets losgelaten kan worden. De ademhaling kan ondersteunend werken om ergens door heen te ademen, dit benoemen zowel Janneke als

respondent 2. Karina benoemt hierbij dat ze vaak terug hoort van patiënten, dat ze na deze werkvorm weer dieper kunnen ademen.

Ronde en zachte bewegingen

Karina, respondent 2 en Janneke geven aan dat patiënten veelal behoefte hebben aan zelfzorg. Janneke geeft aan dat patiënten zich lichamelijk in de steek gelaten voelen en dat ze daardoor meer afstand hebben gedaan van het lichaam dan dat ze er voor gezorgd hebben. Om dit weer te herstellen benoemen Janneke en respondent 2 dat er gewerkt kan worden met ronde en zachte bewegingen, hierdoor wordt er met aandacht, liefde en zachtheid met het lichaam bewogen, waardoor gevoelens zoals angst en spanning in het lichaam verzacht kunnen worden, doordat de patiënt er met aandacht naar toe gaat.

Fysiek contact

De patiënt kan het eigen lichaam aanraken, dit kan het aangedane lichaamsdeel zijn of andere lichaamsdelen. Dit hangt af van waar het lichaam verzorgd wil worden. Het lichaam kan bijvoorbeeld aangeraakt worden door wrijven of licht knijpen. Het aanraken van het lichaam gebruiken Karina, respondent 2, Janneke, Carmen en Elena. Zij geven ook allemaal aan dat het voor een patiënt spannend kan zijn om het lichaam rechtstreeks via de hand aan te raken, zij maken gebruik van materialen zoals een bal met spikes, tennisbal of een foambuis. Karina, respondent 2 en Janneke werken ook met het aanraken van elkaar. Respondent 2 laat patiënten bij elkaar met een balletje over het lichaam rollen. Doordat een ander dit bij een patiënt doet, kan de patiënt zich ontspannen en zich overgeven aan het gevoel. Karina vertelt dat zij, of een medepatiënt, een patiënt op de rug of arm aanraakt en daarmee samen in beweging gaat. Karina benoemt hierbij ‘Wij werden een soort van samen één’. Daarbij gaf een patiënt van haar de reactie “Ik heb van alles gedaan, maar ik heb mij nog nooit zo ontspannen gevoeld als in de danstherapie”. Deze werkvorm gebruikt Janneke ook in haar sessies. Zij voegt toe dat het een gevoel van steun brengt voor de patiënten.

Expressieve aspect

Gevoelens belichamen

Vaak hebben patiënten last van spanning en angst. Respondent 2 geeft aan dat het belangrijk is om ruimte te maken voor deze gevoelens. Janneke gebruikt hiervoor de werkvorm dat ze aan haar patiënten vraagt om in gedachten naar die plek in het lichaam te gaan en te voelen wat er op die plek aanwezig is. Dit gevoel mogen patiënten in hun handen plaatsen en er een beweging aan geven met hun handen. Janneke legt uit dat door het gevoel in de handen te

plaatsen het dan visueel wordt, omdat de patiënt het dan buiten zichzelf kan plaatsen en er naar kan kijken. De patiënt kijkt naar de beweging en bekijkt wat de beweging nodig heeft, hoe de beweging kan veranderen, waardoor er een prettiger gevoel ervaren wordt. Door het in de handen te plaatsen verandert het ook in het lichaam.

Daarnaast geeft Karina aan dat de gevoelens van angst en spanning de overhand kunnen nemen bij patiënten. Om deze gevoelens te reguleren gebruikt Karina de werkvorm stampen. Dit is een hele praktische werkvorm waarbij er geen appél gedaan wordt op het denken, maar op het lichaam. Dit wordt gedaan, omdat het hoofd als een mistwolk ervaren wordt. Carmen zet deze werkvorm ook in, ze legt uit dat het contact met de grond wordt versterkt en patiënten de gevoelens van angst en spanning kunnen loslaten.

Sociale aspect

Gedragen worden in een kring

Het gevoel van steun kan naast het fysieke contact op een specifieke plek ook in een groep ervaren worden. Respondent 2 gebruikt hiervoor een werkvorm waarbij patiënten in een kring schouder aan schouder, heup aan heup en de armen op elkaars ruggen leggen. Hierbij wordt er een wiegbeweging gemaakt. Respondent 2 gebruikt hierbij de symboliek van een boom, je staat met de wortels van de boom op de grond en je wiegt als de takken in de wind heen en weer. Patiënten kunnen hierin bij elkaar uitrusten, hierin worden ze even gedragen door een ander, terwijl het niemand veel energie kost. Janneke geeft aan dat door samen in hetzelfde ritme te bewegen er een gevoel van steun ervaren wordt en door het gebruik van symboliek de patiënt de bewegingen beter kan beleven. Zij gebruikt hierbij de methode van Chace. Nora benoemt ook dat ze deze werkvorm als zeer prettig en ontspannend ervaart. Nora licht toe dat doordat ze elkaar vasthouden ze zich erg stabiel voelt en stevig op de grond staat. Respondent 2 vult dit aan met dat patiënten na deze werkvorm een gevoel van vrede, vertrouwen en steun ervaren.

Karina gebruikt voor deze werkvorm een circulair aan elkaar genaaid tricot doek. Hierin kunnen patiënten hangen. Ze legt uit dat dit erg ontspannend en aardend is. Patiënten durven zich over te geven aan het doek en aan elkaar. Dit was te zien in beweging doordat er nog maar kleine bewegingen gemaakt werden en uiteindelijk verstilde de bewegingen, vertelde Karina.

Materialen

Karina vertelt dat ze gebruik maakt van balletjes en een tricot stretchdoek. Respondent 2 gebruikt ook balletjes, maar ook matjes of dekentjes om op of onder te gaan liggen. Carmen gebruikt ook balletjes maar ook een foambuis.

Daarnaast gebruikt iedereen muziek in de sessies. Zowel Karina als Carmen benoemen dat ze rustige en vloeiende muziek gebruiken, waarbij er geen leidend ritme is. Met krachtige oefeningen wordt er gebruik gemaakt van muziek met Afrikaanse ritmes, vooral instrumentale muziek. Carmen benoemt dat ze muziek gebruikt met een herkenbaar ritme, dit kan bijdragen aan de veiligheid voor de patiënten.

Ruimte

Volgens Karina en Carmen gaat de voorkeur uit naar een ruimte waar elke keer de therapie gegeven kan worden, dit zorgt voor veiligheid, doordat patiënten vertrouwd raken met de ruimte. De ruimte moet afgesloten kunnen worden met een deur en andere personen moeten niet naar binnen kunnen kijken.

Hoofdstuk 4 Discussie

4.1. Interpretatie van de resultaten

In dit hoofdstuk wordt er een relatie gelegd tussen aspecten van de resultaten uit hoofdstuk 3 en literatuur, hierdoor worden de resultaten verdiept en onderbouwt. In dit hoofdstuk wordt de creatief therapeutische driehoek van het Landelijk Opleidingsprofiel Creatieve Therapie (Smeijsters, 2014) wederom als leidraad genomen.

4.1.1. Patiënt

4.1.1.1. Doelgroep

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat dans- en bewegingstherapie zowel gegeven kan worden aan een specifieke vrouwengroep als een gemengde groep. Echter, de landelijke toestroom van mannen voor dans- en bewegingstherapie is beperkt. De reden daarvoor is niet bekend. Uit onderzoek van Serlin, Classen, Frances en Angell (2000) komt naar voren dat een specifieke mannen- of vrouwengroep passend kan zijn voor ex-kankerpatiënten. Dit hangt samen met het type kanker en klachten van een patiënt. Er zijn bepaalde lichaamsdelen die de basis vormen van de vrouwelijkheid, mannelijkheid en seksualiteit. Een duidelijk voorbeeld zijn de lichaamsdelen bij een borst- of prostaatoperatie bij kanker. Dit is een unieke ervaring voor een man of een vrouw, waardoor een gemengde groep minder aansluit bij de herkenning en ervaring van het andere geslacht en een ander type kanker.

Uit de resultaten komt echter naar voren dat alle respondenten die ervaring hebben met ex-kankerpatiënten allemaal werken met alle typen kanker. Dit heeft er volgens Karina Heemskerk (persoonlijke communicatie, 20 december 2018) mee te maken dat er op dit moment maar weinig dans- en bewegingstherapeuten werkzaam zijn in de oncologische revalidatie, in Nederland. Daarnaast zijn er weinig patiënten die de weg naar dans- en bewegingstherapie kunnen vinden. Hierdoor is het (bijna) niet mogelijk om zulke homogene groepen te creëren met betrekking tot alleen mannen of vrouwen. Laat staan dat er een groep gecreëerd kan worden met één type kanker.

Om het product zo bruikbaar en nuttig mogelijk te maken voor de praktijk, zal dit product zich richten op zowel homo- als heterogene groepen. De therapeut moet zich bij een heterogene groep wel bewust blijven van de dynamiek die ontstaat in de groep of bij een patiënt en moet daar op kunnen inspelen (Serlin et al., 2000).

Uit de resultaten blijkt dat dat vaktherapeuten het systeem (netwerk van de patiënt) zowel indirect als direct betrekken in de therapie. Het is belangrijk dat de patiënt de mogelijkheid en het vertrouwen heeft om hevige gevoelens in de therapie en het dagelijks leven te kunnen uiten. Dit om beter om te kunnen gaan met de gevolgen van de ziekte kanker. Dit zorgt voor het vergroten van de kwaliteit van leven (Spiegel, 1995). Hierin is het van belang dat de patiënt ondersteund wordt in het uiten van deze gevoelens door het systeem, om verlies van intimiteit en affectiviteit te voorkomen (Spiegel, 1995). Doordat patiënten zich schamen voor de mistwolk die zij in het hoofd ervaren, ondernemen patiënten vaak geen actie om contact met hun netwerk te onderhouden (Overweg met kanker, 2007). Daarnaast gaat de buitenwereld er vanuit dat een patiënt na de medische behandeling ‘genezen’ is en het leven weer kan oppakken. Door het systeem indirect of direct te betrekken in de therapie kunnen bestaande relaties worden hersteld, door in de therapie aandacht te besteden aan de communicatie, vervulling van behoefte en het aanpassen aan de nieuwe situatie. Hierdoor kan er een open en gedeelde sfeer ontstaan in het systeem, waardoor de isolatie zal verminderen en daarmee de gevoelens van angst en depressie (Spiegel, Bloom, & Gottheil, 2008). Hieruit kan geconcludeerd worden dat het betrekken van het systeem wanneer dit waardevol is voor de patiënt, erg zinvol kan zijn.

4.1.1.2. Inclusie- en exclusiecriteria

Uit de resultaten blijkt dat de revalidatiefase passend is in het product. Zo benoemen Holzenspies en Taal (2003) dat patiënten weinig tijd voor reflectie hebben tijdens de medische behandeling. Er is geen rust en ruimte om te beseffen wat er gebeurt en hoe het leven verandert. De patiënt is voornamelijk bezig met het overleven van de ziekte (Maat, 2010). De patiënt heeft veel energie nodig om te herstellen van de behandelingen en is dus nog niet in staat tot therapeutische confrontatie (De Haes et al., 2009). Deze confrontatie komt pas als de medische behandeling is afgerond en de patiënt voldoende mentaal en fysiek belastbaar is. Het product zal zich hierdoor richten op de revalidatiefase.

4.1.1.3. Werving

Werving van patiënten gebeurt in de praktijk op verschillende manieren: flyer, websites, verwijzers en mond op mond reclame. Toch blijkt uit de resultaten dat de aanloop van ex-kankerpatiënten naar dans- en bewegingstherapie gering is. Dit komt door de onbekendheid van dans- en bewegingstherapie. Daarnaast verwijst meer dan de helft van de artsen patiënten

niet door naar andere beroepsgroepen, zoals dans- en bewegingstherapie. Wel wordt er doorverwezen naar patiëntenverenigingen (VIKC, 2010).

Er valt nog winst te behalen in de werving van patiënten naar dans- en bewegingstherapie via artsen. Zij zijn niet bekend met dans- en bewegingstherapie of zien dans- en bewegingstherapeuten nog niet als (GGZ) behandelaren.

Als patiënten wel kennis genomen hebben van dans- en bewegingstherapie blijkt ‘dans’ in de naam weerstand op te roepen. Door de weerstand die de term dans op kan roepen in het wervingsproces, zal er in het product de naam bewegingstherapie in plaats van dans- en bewegingstherapie gehanteerd worden.

Vergoedingen voor de patiënt

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat dans- en bewegingstherapie vaak niet wordt vergoed. Behandelingen die onvoldoende bewijs hebben dat ze effectief zijn, vallen niet onder het basispakket van de zorgverzekering (ZiN, 2015). Zoals beschreven in de aanleiding wordt er door het doen van dit onderzoek een bijdrage geleverd om in de toekomst onderzoek te doen naar de effectiviteit van dans- en bewegingstherapie, waardoor dans- en bewegingstherapie eventueel wel opgenomen kan worden in het basispakket (ZiN, 2015). Hierdoor kunnen patiënten eenvoudiger in aanmerking komen voor een vergoeding, wat drempelverlagend kan werken voor potentiële dans- en bewegingstherapie patiënten.

4.1.1.4. Doelen

Uit de resultaten blijkt dat de volgende doelen effectief zijn in dans- en bewegingstherapie voor ex-kankerpatiënten, om lichaamsacceptatie te vergroten en gevoelens van distress te verminderen. In samenhang met literatuur kunnen hieruit hoofd- en subdoelen voor de therapiesessies worden gecreëerd die centraal zullen staan in het product.

Hoofddoelen:

- Vergroten van de lichaamsacceptatie: Patiënten kunnen vervreemden van hun lichaam ten gevolge van de ziekte. Dit komt door de uitgebreide onderzoeken, artsen die in plaats van de patiënt beslissen over het lichaam van de patiënt en de eventuele bijwerkingen van de behandelingen. Het lichaam van de patiënt voelt anders ten gevolge van de behandeling (Cardinaels, 2014). Daarnaast kunnen ingrijpende operaties ook daadwerkelijk het lichaam veranderen, dit kan invloed hebben op de identiteit van de patiënt (Serlin et al., 2000). Om het lichaam weer eigen te maken en

de eigen identiteit van de patiënt te herstellen, dient er gewerkt te worden aan het vergroten van lichaamsacceptatie (Cardinaels, 2014).

- Verminderen van distress: Doordat patiënten twijfelen over de lichamelijke sensaties die ze voelen in het lichaam en angst hebben voor recidief van de ziekte, interpreteren patiënten de lichamelijke signalen als bedreigend. Hierdoor kan de patiënt stress, angst, spanning en onrust ervaren. Als deze gevoelens niet verminderen, kan het stressniveau zo hoog oplopen dat de patiënt een verzwakt afweersysteem krijgt, hierdoor zouden kankercellen zich weer kunnen gaan vermenigvuldigen en is de kans op recidief aanzienlijk groter (Mannheim & Gartner, 2016). Daarnaast kunnen de gevoelens van distress zo hoog oplopen dat een patiënt kan overwegen om een einde aan het leven te maken (Vos et al., 2015). Hierdoor is het belangrijk dat de gevoelens van spanning en depressie verminderen, zodat het risico op recidief en suïcidepogingen verminderd wordt en de kwaliteit van leven wordt vergroot.

Subdoelen:

- Waarnemen en contact met het eigen lijf: Twee derde van de ex-kankerpatiënten geeft aan dat het contact met het lichaam verloren is gegaan (NFK, 2017). Patiënten zetten zich meer af tegen het lichaam, dan dat het als een prettig instrument ervaren wordt (Nijman, 2016). Om het lichaam weer als een prettig instrument te ervaren dient er contact gemaakt te worden met het eigen lichaam, om emoties door te kunnen werken, wat bijdraagt aan het accepteren van het lichaam (Popa, & Best, 2010).
- Vertrouwen in eigen lijf: Als er contact gemaakt is met het lijf kan het vertrouwen met het eigen lijf hersteld worden. Patiënten ervaren dat het lichaam hen in de steek heeft gelaten, doordat ze plots een ernstige ziekte hebben gekregen, zonder dat de patiënt hier iets van voelde. De vanzelfsprekendheid van een goede gezondheid is weg gevallen (Cardinaels, 2014). Patiënten weten niet of de ziekte nog ooit terug komt. Hierdoor zijn patiënten vaak hyperalert op lichamelijke sensaties, hierbij vragen ze zich af of dit een teken is dat de ziekte weer terug komt (Kuipers, 2007). Als een patiënt weer ervaart dat hij of zij op het lichaam kan vertrouwen draagt dit bij aan het vergroten van lichaamsacceptatie.
- Regie over eigen lijf: Autonomie terug krijgen over het eigen lichaam draagt bij aan het vertrouwen in het eigen lijf (De Haes et al., 2009). Dit komt doordat patiënten een gevoel van controle kunnen ervaren, dat tijdens medische behandeling verloren is

geraakt, doordat artsen vaak beslissen over het lichaam van de patiënt (Cardinaels, 2014). Daarnaast voelen veel patiënten zich beperkt door angst voor pijn uit een eerdere fase van de ziekte. Dit speelt ook nog na de medische behandeling. Door de regie over het eigen lijf weer te ervaren, krijgen ze hier meer controle over en vertrouwen dat die pijn verleden tijd is (Van de Velde, Van der Graaf, Van Krieken, Marijnen, & Vermorken, 2011).

- Expressie geven aan gevoelens: Patiënten proberen negatieve gevoelens vaak te vermijden, omdat ze angst ervaren voor negatieve lichamelijke, sociale of psychische gevolgen, bij het uiten van deze gevoelens. Echter is het wel van belang om alle gevoelens die bij de ziekte komen kijken, zoals twijfels over de lichamelijke sensaties, te uiten. Hierdoor kunnen de gevoelens van distress verminderen. Daarnaast kan de patiënt beter omgaan met de gevolgen van de ziekte als de patiënt de gevoelens tot expressie brengt (Spiegel, 1995). Daarnaast zorgt het ervoor dat de patiënt de mogelijkheid heeft om contact te maken met het lichaam en anderen (Serlin et al., 2000).

De onderzoeker is zich bewust van de complexiteit en diversiteit van de doelen. Dit doet een hoge frequentie en langdurig beloop van therapie vermoeden. De doelen zullen echter aangepast dienen te worden aan de individuele patiënt.

4.1.2. Therapeut

4.1.2.1. Randvoorwaarden

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er verschillende randvoorwaarden zijn, die belangrijk zijn om dans- en bewegingstherapie te geven bij deze doelgroep. Zo komt er uit de resultaten naar voren dat het van belang is dat de therapeut goed voor zichzelf zorgt, door contact met zijn of haar eigen lijf te blijven behouden, waarbij de therapeut rust en vertrouwen uitstraalt naar de patiënten. Hierdoor kan de therapeut een voorbeeld zijn voor de groep, doordat de patiënten de therapeut als rolmodel kunnen zien. Volgens Van Sonsbeek (2015) draagt het voorbeeld van de therapeut bij aan een gevoel van veiligheid. De patiënt heeft dan het gevoel dat de therapeut hevige emoties kan dragen.

Een andere belangrijke randvoorwaarde in de therapiesessies is veiligheid bieden.

Vandereycken, Emmelkamp en Hoogduin (2006) benoemen hierover dat er pas vooruitgang in de therapie geboekt kan worden, wanneer de patiënt zich veilig voelt. Doordat ex-kankerpatiënten zich erg wankel voelen in hun emoties en gevoelens en ze weinig veiligheid

ervaren in het lijf, is het extra belangrijk om hier als therapeut aandacht aan te besteden (Cardinaels, 2014).

Uit de resultaten blijkt dat supervisie voor de therapeut een vereiste is. Dit komt omdat de therapeut tijdens het werken met deze doelgroep in aanraking komt met existentiële vraagstukken, zoals de reden waarom de patiënt kanker heeft gekregen. Hier dient de therapeut zich comfortabel in te voelen. Ook kunnen deze vraagstukken sterke reacties bij de therapeut oproepen, hierdoor kan er tegenoverdracht ontstaan naar de patiënt, dit kan er voor zorgen dat de relatie tussen de therapeut en de patiënt onder druk komt te staan. Als hier niet bewust mee wordt omgegaan kan de kwaliteit van de therapie verminderen (Serlin et al., 2000). Het is dus erg belangrijk dat de therapeut deelneemt aan supervisie, om met gelijkgestemden te delen over lastige situaties. Zo blijft de therapeut de objectiviteit behouden, waardoor de therapeut een anker kan blijven voor de patiënten.

Daarnaast kan uit de resultaten worden geconcludeerd dat een gediplomeerde dans- en bewegingstherapeut het product uitvoert. Dit staat ook zo beschreven in de 'Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen' van Beek en Bos (2016). Dit zorgt er voor dat de kwaliteit van het product wordt gewaarborgd, doordat patiënten en verwijzers er zeker van kunnen zijn, dat de dans- en bewegingstherapeut de juiste kennis en ervaring heeft om het product uit te voeren (Beek & Bos, 2016).

Serlin et al. (2000) geven aan dat het meest voornaam is dat de therapeut ook ervaring heeft met (ex-)kankerpatiënten. Mocht het niet mogelijk zijn dat de dans- en bewegingstherapeut ervaring heeft met (ex-)kankerpatiënten, kan er gebruik gemaakt worden van twee therapeuten. Eén dans- en bewegingstherapeut en één therapeut die ervaring heeft met kanker. In de huidige gezondheidszorg wordt dans- en bewegingstherapie vaak niet vergoed, waardoor de patiënt de therapie zelf moet bekostigen (ZiN, 2015). Gebruik maken van twee therapeuten zou de kosten van de therapie zo verhogen dat het momenteel niet realistisch is dat deze interventie door twee therapeuten uitgevoerd wordt. Het product zal dus hoogstwaarschijnlijk uitgevoerd worden door één gediplomeerde dans- en bewegingstherapeut, idealiter met ervaring in de oncologie.

4.1.2.2. Therapeutische attitude

Uit de resultaten blijkt dat een juiste therapeutische attitude bijdraagt aan de kwaliteit van de therapie. Het is belangrijk dat de therapeut oordeelloos aanwezig is. Dit draagt bij aan het gevoel van veiligheid in de therapiesessie (Van Sonsbeek, 2015). Naast het oordeelloos

aanwezig zijn, dient de therapeut zich in te kunnen leven in de patiënt en daarbij empathisch te kunnen handelen. Hierdoor voelen patiënten zich veilig en kunnen de gevoelens en het lichaam van de patiënt beter geaccepteerd worden. Dit komt doordat deze niet veroordeeld worden, maar dat de therapeut een accepterende houding laat zien (Van Sonsbeek, 2015). Door deze attitude is de therapeut ook in staat om het behandelplan aan te passen op de wensen en behoeften van de patiënt. De therapeut is hierin volgend en ondersteunend. Dit draagt er aan bij dat patiënten zich begrepen en gehoord voelen. Ook het geven van complimenten, draagt bij aan succeservaringen, wat zorgt voor een gevoel van zekerheid en veiligheid voor de patiënt. Dit alles draagt bij aan de versterking van de autonomie van de patiënt (Van Sonsbeek, 2015).

Het inzetten van humor kan bijdragen aan een succesvolle behandeling, het werkt spanning ontladend. Samen lachen vermindert eenzaamheid en laat het zelfvertrouwen toenemen. Tevens zorgt lachen voor biochemische veranderingen in de hersenen, onder andere vermindering van het stresshormoon adrenaline (Berk et al., 2002).

4.1.2.3. Therapeutische technieken

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de volgende therapeutische technieken binnen de productbeschrijving passend zijn:

- Observeren: Door te observeren kan de dans- en bewegingstherapeut psychische en psychosociale fenomenen bij de patiënt waarnemen in het medium. Deze fenomenen kunnen zorgvuldig en objectief worden geïnterpreteerd, waardoor er op geïntervenieerd kan worden en het behandelplan aangepast wordt (Smeijsters, 2014). Dit draagt bij aan een individuele benadering in de sessie, waardoor er zoveel mogelijk effect bereikt wordt.
- Uitlokken: Patiënten vinden het over het algemeen lastig om in beweging te komen. Door gebruik te maken van deze therapeutische techniek, wordt de patiënt gestimuleerd om in beweging te komen.

In de resultaten staat beschreven dat er gebruik wordt gemaakt van twee vormen van uitlokken, namelijk focussen en verbreding. Focussen draagt volgens de resultaten bij aan lichaamsacceptatie, doordat er gefocust wordt op het lichaamsdeel. Hierbij kan er gebruik gemaakt worden van herhaling, om de patiënt zich nog bewuster te maken van de beweging. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van verbreding. Smeijsters (2014) spreekt ook over de

verbredende techniek om patiënten te stimuleren om bewegingen te vergroten en daarmee het bewegingspotentieel uit te breiden, zodat er meer bewegingsexpressie mogelijk wordt. Dit kan gedaan worden door de patiënt tegenovergestelde bewegingen te laten maken. Door de bewegingen te verbreden wordt de patiënt zich er van bewust dat hij of zij niet alleen het aangedane lichaamsdeel is. Hieruit blijkt dat de therapeutische techniek uitlokken erg belangrijk is, met daarbij zowel focussen als verbreding.

4.1.2.4. Therapeutische interventie

Om de lichaamsgevoelens nog meer te stimuleren wordt er in de praktijk gebruik gemaakt van vertraging. Patiënten waren tijdens de medische behandeling vooral bezig met overleven. Er was geen ruimte om stil te staan om te reflecteren wat er precies gebeurde (Maat, 2010). Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat vertraging bijdraagt aan het in beleving komen van de beweging. Doordat patiënten meer in de beleving komen kunnen zij hun lichaam beter waarnemen. Hierdoor kunnen de patiënten hun grenzen beter aanvoelen en aangeven. Dit draagt bij aan het accepteren van het eigen lichaam. Volgens Bexkens, Dijkman en Kuipers (2018) zorgt vertraging voor een betere verbinding tussen de patiënt, het lichaam en anderen. Hieruit kan dus geconcludeerd worden dat vertraging in beweging bij kan dragen aan het in contact komen met het lijf.

4.1.3. Medium

4.1.3.1. Groepstherapie

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat groepstherapie beter past bij deze doelgroep dan individuele therapie. Ho (2005) geeft ook aan dat groepstherapie het meeste passend is voor deze doelgroep. Door de groep kunnen patiënten een gevoel van wederzijdse ondersteuning ervaren en kunnen gevoelens van eenzaamheid en isolatie verminderen. Dit komt volgens Goodill (2018) doordat er de mogelijkheid is om zowel verbale als non-verbale ervaringen met elkaar te delen. Volgens Ho (2005) ervaren patiënten door het werken in een groep een gevoel van begrip, steun en kan hierdoor het stressniveau verminderen. Daarom zal het product zich richten op groepstherapie.

4.1.3.2. Groepsgrootte

Uit de resultaten komt naar voren dat er verschillende meningen zijn over de groepsgrootte. Hierdoor is er gekozen om een grootte te nemen voor het aantal patiënten in de groep, die binnen alle antwoorden van de respondenten valt. De range van de groepsgrootte bevindt zich tussen minimaal vijf en maximaal twaalf patiënten in één groep.

De onderzoeker is zich er van bewust dat dit een erg uiteenlopende range is. Er zal nog onderzocht moeten worden wat de ideale groepsgrootte is om deze interventie uit te voeren.

4.1.3.3. Duur en frequentie

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de duur per sessie zal bestaan uit 90 minuten. De frequentie waarin de sessies worden aangeboden verschilt. Dit heeft er mee te maken dat de frequentie van de therapie samenhangt met het type kanker, de ernst van de klachten en de ziekteverwerking van de individuele patiënt (GGZ standaarden, z.d.). Hierdoor is er dus geen vaste norm voor de frequentie voor dans- en bewegingstherapie bij ex-kankerpatiënten.

4.1.3.4. Werkvormen

Lichamelijke aspect

Bodyscan

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er gestart dient te worden in de therapie met het lichamelijke aspect. Doordat patiënten veel pijn, spanning en angst ervaren komt het lichaam vaak niet in beweging. Dit blokkeert het ervaren van gevoelens en belevingen (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Door met aandacht naar het lichaamsdeel toe te gaan met behulp van de bodyscan kunnen patiënten lichamelijke sensaties waarnemen, hierdoor wordt het lichaamsbewustzijn vergroot. Hierin kan er bekeken worden wat lichamelijke sensaties zijn vanuit het lichaam en wat lichamelijke sensaties zijn die voortkomen uit angst voor recidief. Daarnaast kunnen gevoelens van spanning en angst gereguleerd worden, doordat er met aandacht naar het lichaamsdeel gegaan wordt. Dit kan al zorgen voor verandering volgens de resultaten. Geens et al. (2017) geven aan dat door een start in het lichamelijke aspect, patiënten contact kunnen maken met het lichaam en dit bijdraagt aan het herstel van de klachten.

Gronden

Gronden is een belangrijke werkvorm die ingezet kan worden bij deze doelgroep. Dit is belangrijk, omdat de fundamentele gevoelens van veiligheid en zekerheid zijn weggevallen bij patiënten. Zij ervaren dat de grond onder hun voeten is verdwenen en dat de basis verloren is geraakt (Cardinaels, 2014). Door de aandacht te laten zakken naar de grond wordt het contact met de grond geoptimaliseerd (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Hierdoor wordt het zwaartepunt verlaagd en neemt het gevoel van veiligheid toe waardoor angst gereduceerd kan worden, dit draagt bij aan fysieke stevigheid waardoor er meer zelfvertrouwen ervaren wordt (Schippers, 2008). Uit de resultaten komt ook naar voren

dat het herstellen van het contact met de grond een belangrijk onderdeel is om het gevoel van veiligheid te herstellen en dat patiënten hierdoor een gevoel van gedragen worden kunnen ervaren.

Ademhaling

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat het werken met de ademhaling bewust ingezet kan worden in de behandeling van ex-kankerpatiënten. Door te focussen op de ademhaling en langer uit te ademen kan de ademhaling langzamer worden. Dit kan er voor zorgen dat verkramping in lichaamsdelen vermindert waardoor het lichaam beter waargenomen kan worden. Daarnaast kan de ademhaling zorgen voor verminderen van pijn en angstregulatie (Mannheim, Helmes, & Weis, 2013).

Ronde en zachte bewegingen

In de therapiesessies worden ronde en zachte bewegingen ingezet om gevoelens van distress te verzachten en de patiënt zelfzorg te laten ervaren. In het onderzoek van Lane et al. (2003) wordt dit bevestigd, zij geven aan dat deze bewegingen zorgen voor een betere gemoedstoestand, in tegenstelling tot statische, gebonden, gespannen en hoekige bewegingen. Dit heeft er volgens Lane et al. (2003) mee te maken dat deze bewegingen vloeiend zijn en met minder intensiteit gemaakt worden. Hierdoor kunnen de patiënten de bewegingen ontspannen maken. Doordat patiënten veel last hebben van pijn en vermoeidheid zijn deze bewegingen met minder intensiteit ook passend bij deze doelgroep. Hierdoor zal deze werkvorm verwerkt worden in het product.

Fysiek contact

Om patiënten het lichaam weer te laten accepteren kan het van belang zijn dat de patiënt fysiek contact maakt met het lichaam. Dit komt omdat patiënten na een operatie littekens kunnen over houden. Deze littekens worden vaak niet aangeraakt. Deze littekens krijgen geen aandacht omdat het te spannend is om weer in contact te komen met het lichaam. Patiënten reageren zich meer af tegen het lichaam, dan dat ze het als een prettig instrument ervaren (Nijman, 2016). Daarnaast weten patiënten niet wat voor emoties nog vrij komen wanneer ze weer contact maken met het lichaam. Om weer in contact te komen met het lichaam kan er gewerkt worden met liefdevolle aanraking, hiermee gaat iemand met aandacht naar het lichaamsdeel toe, waarbij er respect getoond wordt voor het lichaamsdeel en lichamelijke spanning kan worden afgenomen wat zorgt voor vermindering van pijn (Mannheim et al., 2013). Daarnaast zorgt deze aanraking voor een sensorische input wat zorgt voor de regulatie

van emoties en een gevoel van veiligheid. Dit kan bijdragen aan het accepteren van het lichaam (Popa & Best, 2010). Daarnaast wordt het immuunsysteem versterkt waardoor de kans op recidief van de ziekte wordt verminderd (Leeflang, 2019). Uit de resultaten komt ook naar voren dat het werken met fysiek contact een bijdrage kan leveren aan het accepteren van het lichaam. In de resultaten wordt wel een kanttekening gegeven dat het spannend kan zijn voor de patiënten om het lichaam rechtstreeks via de hand aan te raken. Om de spanning te verminderen kunnen er materialen zoals balletjes of een foambuis gebruikt worden. Er wordt dan gebruik gemaakt van een distantietechniek, om op een gezonde manier afstand te nemen van de aanraking van de directe hand op het lichaam. Het kan voor deze doelgroep verstandig zijn om de distantietechniek in te zetten om er voor te zorgen dat de patiënt ‘in het lichaam’ blijft. Zonder deze distantietechniek kunnen patiënten het te spannend vinden om uitdrukking te geven aan emoties (NVDAT, 2016).

Expressieve aspect

Gevoelens belichamen

De patiënten hebben vaak last van onprettige gevoelens die voortkomen uit distress. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat het belangrijk is om ruimte te maken voor deze gevoelens. Dit kan gedaan worden door de gevoelens in de handen te plaatsen, waardoor deze gevoelens visueel gemaakt kunnen worden en kunnen veranderen door beweging. Daarnaast kan er ook gebruik gemaakt worden van de werkvorm stampen op de grond. Hierdoor worden de gevoelens van distress gereguleerd, doordat het contact met de grond wordt versterkt. Groenewold et al. (2018) beschrijven ook dat door deze werkvormen de gevoelens van onzekerheid, verdriet en woede verwerkt kunnen worden.

Sociale aspect

Gedragen worden in een kring

De methode van Chace draagt bij aan de effectiviteit van het werken in een groep (Levy, 1988). In het onderzoek van Bradt et al. (2015) is aangetoond dat door het gebruik van ritme er minder spierspanning ervaren wordt in het lijf, waardoor stress vermindert en patiënten zich vitaler voelen. Door met een groep dezelfde bewegingen te maken, ziet de patiënt dat hij niet alleen is in de ruimte, maar met gelijkgestemden. Dit kan bijdragen aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Zij zetten hierbij de werkvorm ‘gedragen worden’ in. Daarnaast is symboliek een kenmerk van de Chace methode. Dit draagt bij aan het contact maken met het eigen lichaam, doordat patiënten meer in de beleving komen. Om het gevoel

van vertrouwen en acceptatie te vergroten wordt er in de praktijk gebruik gemaakt van ‘gedragen worden in een kring’, waarbij er gebruik gemaakt van symboliek van een boom. Deze symboliek draagt er aan bij dat de gevoelens van distress doorgewerkt kunnen worden (Levy, 1988). Daarnaast draagt deze werkvorm bij aan het gevoel van steun en gedragen worden. Deze werkvorm die ingezet wordt met de Chace methode is dus erg passend voor deze doelgroep en zal dus ook beschreven worden in het product.

4.2. Kritische reflectie

In deze paragraaf wordt er een kritische reflectie weergegeven van de sterktes en tekortkomingen van dit onderzoek.

4.2.1. Sterkte analyse

Doordat de onderzoeksvraag luidde: *‘Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress eruit?’* konden de sensitizing concepts van de topiclist voor het interview afgeleid worden van de ‘Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen’ van Beek en Bos (2016). Hierdoor konden er gerichte vragen gesteld worden in het interview, wat heeft geleid tot relevante informatie wat verwerkt kon worden in het Product Plus.

Om de kwaliteit van de interviews te verhogen, heeft de onderzoeker de workshop ‘interviewen’ gevolgd. In deze workshop werden er handvatten aangeboden om stapsgewijs toe te werken naar een kwalitatief goed interview. Zo heeft de workshop de onderzoeker opnieuw geattendeerd op het belang van ‘luisteren’, ‘samenvatten’ en ‘doorvragen’. De workshop heeft er aan bijgedragen dat de onderzoeker tijdens het interviewen geen belangrijke aspecten over het hoofd heeft gezien.

Vooraf aan het interview zijn er met de respondenten schriftelijke afspraken gemaakt rondom ‘naamgebruik’ en ‘audio- opname’. Dit is gebeurd door middel van een toestemmingsformulier. Hierdoor kon de onderzoeker ten allen tijde verwijzen naar deze schriftelijke afspraken.

De interviews zijn middels audio opgenomen. Hierdoor was het mogelijk om de data verbatim te verwerken, waardoor de kans op subjectiviteit verkleind kon worden. De resultaten zijn voortgekomen uit de uitgewerkte transcripten, waardoor de resultaten navolgbaar zijn. Om de kwaliteiten van het onderzoek te vergroten heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van peer

debriefing. De transcripten met de codeboom zijn voorgelegd aan collega onderzoekers, waardoor er gekeken kon worden of de codes op objectiviteit gebaseerd zijn. Waar nodig zijn de codes aangepast. Hierdoor werd de subjectieve interpretatie van de resultaten aanzienlijk verkleind.

De dataverzameling heeft plaats gevonden via ‘constant comparison’. Hierdoor zijn er eerst drie respondenten geïnterviewd, waarna er is gekeken waar er nog een hiaat bestond rondom de data om het Product Plus mee te kunnen vullen. Vanuit deze informatie zijn er drie andere respondenten geworven en geïnterviewd. Alle respondenten zijn zorgvuldig geselecteerd op de meeste ervaring met de doelgroep en de thema’s. Door zes respondenten te hebben geïnterviewd is er een grote mate van dataverzameling ontstaan. Eén van de respondenten was een patiënt, dit heeft gezorgd voor een ander perspectief van de behandeling. Daardoor kon er vanuit verschillende invalshoeken data verzameld en vergeleken worden. De topiclisten waren bij iedere respondent soortgelijk, waardoor er vergelijking tussen de data mogelijk was. Hierdoor konden er conclusies getrokken worden uit de verschillende interviews. Om de inhoud van de interviews op een juiste manier te kunnen analyseren door middel van open en axiaal coderen, heeft de onderzoeker de workshop ‘kwalitatieve inhoudsanalyse’ gevolgd. Door deze workshop had de onderzoeker meer kennis en vaardigheden om dit op een juiste manier uit te voeren. Tijdens dit proces is er zeer zorgvuldig omgegaan met de data. Hierin is onderscheid gemaakt tussen bruikbare en niet-bruikbare data, hierdoor werd de hoeveelheid aan data ingeperkt. Dit zorgde voor overzicht en structuur. Daardoor was de onderzoeker in staat de resultaten te beschrijven.

Nadat de resultaten waren beschreven, is het product opgesteld. Dit product is voorgelegd aan de respondenten. Hierdoor werden de respondenten in staat gesteld om te controleren of ze zich in de getrokken conclusies van het product herkenden en of dit overeenkwam met de werkelijkheid. Daarnaast konden zij aanvullingen geven op het product. Hierdoor is het product zo volledig mogelijk.

Tijdens het onderzoek is er een logboek bijgehouden met alle overwegingen, beslissingen en gedachten. Deze informatie heeft er aan bijgedragen dat gedurende het onderzoek het overzicht behouden bleef en geen ideeën verloren gingen.

Alle stappen van het onderzoek zijn terug te lezen in hoofdstuk twee, waardoor het onderzoek herhaalbaar en navolgbaar is. Dit draagt bij aan de transparantie van het onderzoek.

4.2.2. Zwakte analyse

In eerste instantie waren er in de inclusie- en exclusiecriteria voor de respondenten alleen opgenomen:

- Dans- en bewegingstherapeuten die werkervaring hebben met ex-kankerpatiënten in de leeftijd van 18 tot 65 jaar.
- Patiënten die onder behandeling zijn of zijn geweest van een dans- en bewegingstherapeut.

Echter door gebrek aan respondenten zijn de inclusie- en exclusiecriteria in overleg met de opdrachtgevers verbreed. Dit heeft geleid tot vaktherapeuten uit verschillende vakgebieden, die allemaal voor een deel kennis en ervaring hebben om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Daarnaast is er ook maar één patiënt geïnterviewd, die onder behandeling was bij een dramatherapeut. De reden hiervoor was niet enkel het summiere aantal ex-kankerpatiënten wat bij een dans- en bewegingstherapeut komt, maar ook de wetgevingen rondom interviews met patiënten verbonden aan een instelling. Onderzoeken dienen eerst getoetst worden door een medisch-ethische toetsingscommissie (METC) voordat interviews met patiënten kunnen plaatsvinden. Dit is echter niet haalbaar binnen het tijdsbestek van dit onderzoek. Deze concessies in de criteria waren noodzakelijk om tot een product te kunnen komen. Doordat niet alle vaktherapeuten dans- en bewegingstherapeutisch geschoold waren en/of ervaring hadden met het werken met ex-kankerpatiënten, werd er door de vaktherapeuten in de therapiesessies eclectisch gewerkt. Hierdoor kon er niet bij elke respondent op alle sensitizing concepts van het product dieper doorgevraagd worden. Op het gebied van patiënt, rondom de onderdelen vrouwengroep of een gemende groep, type kanker, doelen en werving kan nog meer onderzoek gedaan worden. Rondom het medium kan er nog meer duidelijkheid verkregen worden over de groepsgrootte en de duur en frequentie van de therapiesessie.

Door de concessies in dit onderzoek, kwam ook de relevantie van dit onderzoek ter discussie. Doordat er een gebrek is aan dans- en bewegingstherapeuten die werken met deze doelgroep, kan ook de vraag gesteld worden wie uiteindelijk het product zal gaan gebruiken. Natuurlijk kan het product wel ingezet worden door dans- en bewegingstherapeuten die een start willen maken in het werken met deze doelgroep. Echter dient er dan eerst nog onderzoek gedaan te worden naar de reden waarom de patiënten aanloop gering is voor dans- en bewegingstherapie en hoe hierin verandering aangebracht kan worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een

vervolgonderzoek over de patiënten aanloop noodzakelijk is om het product relevanter te maken.

Daarnaast is er weinig onderzoek gedaan naar dans- en bewegingstherapie met ex-kankerpatiënten. Dit heeft er voor gezorgd dat enkele beweringen niet wetenschappelijk onderbouwd konden worden met specifieke literatuur over ex-kankerpatiënten. In deze gevallen is er gebruik gemaakt van bredere literatuur. Dit zorgt ervoor dat er nog geen volledig bewijs is om deze beweringen bij deze doelgroep te kunnen onderbouwen.

Door tijdgebrek heeft één respondent het product niet gecontroleerd tijdens de membercheck. De respondent heeft niet kunnen nakijken of zijn uitspraken goed geïnterpreteerd zijn, hierdoor is de data van deze respondent mogelijk minder valide.

4.3. Terugkoppeling opdrachtgevers en respondenten

In deze paragraaf is beschreven en beargumenteerd hoe de terugkoppeling van de resultaten en tevens het product heeft plaats gevonden, naar zowel de opdrachtgevers als de respondenten van dit onderzoek.

De terugkoppeling van het product aan de opdrachtgevers en de respondenten heeft schriftelijk plaats gevonden. Het onderzoek is via de mail naar de opdrachtgevers gestuurd. Zij hadden aangegeven de voorkeur te hebben om het product digitaal te ontvangen en zagen geen meerwaarde in de aangeboden mondelinge overdracht. Ook de respondenten hebben aangegeven het onderzoek per mail te willen ontvangen. Er is aangeboden om een terugkoppeling te geven via Skype, Zoom of in persoon. Geen van de respondenten wilde hier gebruik van maken.

Door de terugkoppeling schriftelijk plaats te laten vinden konden de opdrachtgevers en respondenten zelf op een eigen gewenst tijdstip de resultaten bestuderen. Vandaaruit hebben zowel de respondenten als de opdrachtgevers een reactie gegeven op het uiteindelijke product. De opdrachtgevers gaven als reactie dat het product conform de voorschriften van het CPMO is en er goed uit ziet. Doordat de opdrachtgevers Kathinka Poismans en Ingrid Péntzes niet gespecialiseerd zijn in dans- en bewegingstherapie hebben zij geen terugkoppeling gegeven over de inhoud van het product.

De respondenten hebben wel een reactie gegeven op de inhoud van het product. Zij gaven aan dat het een uitgebreid en volledig product is met veel bronnen, hierin is een goede koppeling gemaakt tussen theorie en praktijk. Het product is helder en waardevol voor dans- en

bewegingstherapie. Respondenten vinden het prettig dat er een voorbeeldsessie stap voor stap wordt toegelicht, dit kan handvatten bieden voor in de praktijk. Een respondent die werkt met de doelgroep, geeft aan dat het passend is bij deze doelgroep waar nog zo weinig onderzoek naar is gedaan. Alle respondenten vinden het begrijpelijk beschreven voor patiënten, professionals en ook voor mensen die dans- en bewegingstherapie niet kennen.

4.4. Conclusies en aanbevelingen

4.4.1. Beantwoording vraagstelling

In deze subparagraaf wordt er ingezoomd op de beantwoording van de vraagstelling. Hierin wordt een koppeling gemaakt tussen de geïnterpreteerde resultaten en de terugkoppeling van de opdrachtgevers en de respondenten.

De vraagstelling voor dit onderzoek luidde: ‘Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van de CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress eruit?’

Door de kennis en ervaring van vijf vaktherapeuten en één patiënt was het mogelijk om een Product Plus te schrijven volgens de richtlijnen van de CPMO. Alle respondenten hadden op enige wijze kennis over en ervaring met de oncologische revalidatie en/of de thema's lichaamsacceptatie en distress. Dit zorgde ervoor dat het product gevuld kon worden met waardevolle informatie. Het uiteindelijke product is terug te vinden in Bijlage E.

4.4.2. Doelstellingen

De resultaten hebben gezorgd voor een belangrijke stap in het behalen van de doelstelling, zoals beschreven in paragraaf 1.8 ‘doelstelling’. In dit onderzoek is er een Product Plus tot stand gekomen, volgens de richtlijnen van de CPMO. Dit product dient echter verder ontwikkeld te worden, door het aan te vullen met resultaten uit vervolgonderzoeken over de duur en frequentie, groepssamenstelling, werving en doelen van de interventie. Dit kan uiteindelijk een bijdrage leveren aan de onderbouwing van effectiviteit van vaktherapie, om in de toekomst vaktherapie op te kunnen laten nemen in de zorgverzekeringswet.

Uit de terugkoppeling aan de respondenten kwam naar voren dat het product geschikt is voor de praktijk. Dit product kan een handvat bieden om te werken met deze doelgroep. Ook Nora benoemde vanuit haar perspectief als patiënt dat het een overzichtelijk en begrijpelijk product

is wat inzicht geeft in wat dans- en bewegingstherapie precies inhoudt en wat het voor een patiënt kan betekenen. Vanuit deze terugkoppeling kan er geconcludeerd worden dat het product inzicht geeft voor zowel patiënten, naasten, verwijzers als andere zorgverleners. Als het product daadwerkelijk wordt gepubliceerd kan dit een bijdrage leveren aan de naamsbekendheid van dans- en bewegingstherapie.

Daarnaast is de deskundigheidsontwikkeling van de onderzoeker geoptimaliseerd. Hierop zal dieper worden ingegaan in paraaf 4.5 ‘vertaling van vaktherapeutisch handelen’.

4.4.3. Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de opdrachtgevers

Naar aanleiding van het onderzoek wordt er aanbevolen om het product door te sturen naar het CPMO. Dit om het product van feedback te laten voorzien en om te bekijken waar het CPMO graag nog verder onderzoek op wil verrichten. Er kan dan een vervolgonderzoek worden gestart.

Aanbevelingen voor de praktijk

Het product biedt handvatten om als dans- en bewegingstherapeut met deze doelgroep te werken. Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat dans- en bewegingstherapie een bijdrage levert aan het herstelproces van ex-kankerpatiënten die last hebben van verminderde lichaamsacceptatie en/of distress. Dit product kan gebruikt worden om dans- en bewegingstherapie op te zetten, de effectiviteit aan te tonen aan verwijzers of dans- en bewegingstherapie inzichtelijk te maken voor patiënten. Het product is uitwisselbaar tussen verschillende instellingen en dans- en bewegingstherapeuten, omdat het probleem van de patiënt als uitgangspunt is genomen en niet de setting waarin de therapie zich afspeelt (Beek & Bos, 2016).

Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

In de opleiding wordt er weinig aandacht besteed aan psychische aandoeningen waar een medisch traject aan vooraf is gegaan. De onderzoeker is van mening dat binnen het curriculum ook aandacht besteed dient te worden aan deze patiënten. Hierin ligt nog een grote markt voor dans- en bewegingstherapeuten. Vooraf dienen de vergoedingen goed geregeld te worden voor patiënten, zodat er beter samen gewerkt kan worden met het medisch traject en dat er voor de patiënten ook betere nazorg is.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Werving

Uit de resultaten blijkt dat de aanloop van patiënten erg gering is. Er wordt de reden gegeven dat er niet doorverwezen wordt vanuit artsen en dat de therapie niet vergoed wordt voor de patiënt. Ook valt op dat onder de patiënten mannen in de minderheid zijn. In een vervolgonderzoek kan onderzocht worden wat de reden is van de geringe aanloop van patiënten en welke stappen er ondernomen dienen te worden om dit probleem op te lossen.

Onderdelen in het Product Plus

Dit onderzoek is een inventariserende kwalitatieve survey, hierdoor is de informatie die verzameld is, nog erg verkennend en breed. Zoals te lezen is in paragraaf 4.2. ‘kritische analyse’, zijn er nog een aantal onderdelen waar nog verder onderzoek naar gedaan dient te worden. Zoals de duur en frequentie voor dit product, hoeveel patiënten kunnen deelnemen in een groep en welke doelen zijn haalbaar binnen de frequentie van het product. Daarnaast dient er gekeken te worden wat de effecten zijn van een gemengde groep (man/vrouw, type kanker) op de interventie.

Actiegericht onderzoek

Het Product Plus kan door middel van een actiegericht onderzoek uitgevoerd worden om de effectiviteit van het product te kunnen testen in de praktijk. Hierin kunnen alle hiaten worden onderzocht en kan er bekeken worden of de werkvormen ook werkzaam zijn in de praktijk. Dit kan bijdragen aan het professionaliseren van het product.

Consensus

Er is nog geen consensus bereikt over het product, omdat een eis van de FVB is dat vijf expert vaktherapeuten met het specifieke vakgebied, in dit geval dans- en bewegingstherapeuten, overeenstemming hebben bereikt over de werkzaamheid van de interventie in de praktijk (Beek & Bos, 2016). Doordat er een gebrek is aan dans- en bewegingstherapeuten die werken met deze doelgroep, was het niet mogelijk om consensus te bereiken. Als er in de toekomst meer dans- en bewegingstherapeuten werkzaam zijn in dit vakgebied, kan dit product consensus based gemaakt worden.

Naasten

Er kan geconcludeerd worden uit de resultaten dat respondenten de meerwaarde zien van

therapie voor naasten van ex-kankerpatiënten. Hierover zou ook onderzoek gedaan kunnen worden en een specifiek product geschreven kunnen worden.

4.5. Vertaling eigen vaktherapeutisch handelen

In deze paragraaf worden de competenties beschreven die de onderzoeker heeft verkregen door het doen van dit onderzoek. Deze paragraaf is geschreven in de ik-vorm, omdat het mijn eigen vaktherapeutisch handelen betreft.

Het doen van onderzoek heeft in de laatste fase van de opleiding vaktherapie centraal gestaan. Hierbij heb ik een praktijk gerelateerde onderzoeksvraag theoretisch uitgewerkt en onderzocht door het houden van interviews. De resultaten van dit onderzoek heb ik beschreven in het product en verbeterd aan de hand van de membercheck. Hierdoor heb ik mijn kennis en kunde met betrekking tot onderzoek doen uitgebreid. Daarnaast heb ik dans- en bewegingstherapie geprofileerd door een product te schrijven. Dit product bevordert de bekendheid van dans- en bewegingstherapie en maakt inzichtelijk wat de toegevoegde waarde is.

Om te komen tot bruikbare informatie voor in het product, was het van belang dat ik tijdens het werven van respondenten mezelf profileerde als professionele dans- en bewegingstherapeut in opleiding en met hen samenwerkte om te kunnen komen tot informatie voor het product. Door de tijdsdruk van de vaktherapeuten, was het van belang dat ik duidelijk communiceerde over wat ik precies van hen verwachtte. Hierbij was het belangrijk dat ik niet alleen mijn eigen belang aan de orde bracht, maar ook wat het voor de respondenten en de beroepspraktijk kon opleveren, namelijk een product wat in de praktijk gebruikt kan worden en wat bij kan dragen aan de positionering van dans- en bewegingstherapie. Voor de werving van patiënten heb ik gebruik gemaakt van de reeds geïnterviewde vaktherapeuten. Dit zorgde ervoor dat de vaktherapeut mij voorstelde aan de patiënt, waardoor ik aangedragen werd door een veilig persoon voor de patiënt. Om nog meer veiligheid voor de patiënten te creëren heb ik gebruik gemaakt van een korte film, waarin patiënten mij konden zien en waarin ik vertel wat het onderzoek inhoudt en wat zij voor mij kunnen betekenen. Het kunnen profileren en presenteren van mijzelf als mens en dans- en bewegingstherapeut draagt niet alleen bij aan mijn kansen op de arbeidsmarkt, maar is ook nodig voor het werven van patiënten of het onderbouwen van dans- en bewegingstherapie in een multidisciplinaire setting.

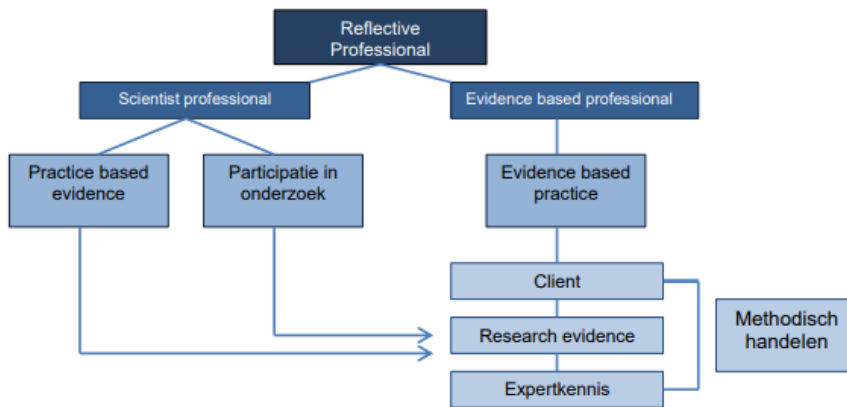
In dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van interviews, om kennis en ervaring te vergaren van respondenten. Om dit op een juiste manier in te kunnen zetten in mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van verschillende momenten in de opleiding waarbij ik de vaardigheden ‘luisteren’, ‘samenvatten’ en ‘doorvragen’ kon aanleren en oefenen. Dit was in het eerste jaar van mijn opleiding, tijdens mijn minor ‘professionele gesprekstechnieken’ en tijdens de workshop ‘interviewen’. Hierdoor beheers ik deze gesprekstechnieken in voldoende mate om deze doelgericht in te zetten tijdens mijn toekomstige beroep als dans- en bewegingstherapeut.

Gedurende het onderzoek heb ik met hoge frequentie gereflecteerd op mijn handelen en de wijze van data verzameling. Dit heb ik zelfstandig gedaan door kritisch te kijken naar mijn handelen en dit te toetsen aan de standaarden van een gedegen onderzoek. Tevens heb ik meermaals overleg gehad met studiegenoten om peer feedback te ontvangen. Daarnaast ben ik aanwezig geweest bij alle scriptiebegeleidingsmomenten. Hier heb ik feedback gevraagd op de kwaliteit van mijn onderzoeksstijl en hier heb ik mijn werkwijze op aangepast.

Het product wat ik ontwikkeld heb, is geen statisch product. Het is een begin wat door ontwikkeld kan worden met nieuwe inzichten van de praktijk en de wetenschap. Hiermee wordt de kwaliteit van kennisontwikkeling van dans- en bewegingstherapie bevorderd (Beek & Bos, 2016). Dit laat mij ook zien dat voortdurende ontwikkeling noodzakelijk is om binnen dit vak actueel te blijven.

Door het schrijven van een product, volgens de richtlijnen van de CPMO, heb ik mijn kennis en ervaring omtrent het methodisch en systematisch beschrijven van een interventie uitgebreid. Ik ben in staat om een vaktherapeutische interventie te beschrijven en te onderbouwen met literatuur. Hierdoor ben ik in staat om de geboden zorg te verantwoorden aan patiënten, zorgprofessionals, verwijzers en financiers.

Binnen de opleiding hebben we kennis genomen van drie bronnen van evidence: literatuur, cliëntkennis en expertkennis. Met dit onderzoek heb ik aangetoond dat ik in staat ben om deze drie bronnen van evidence in verbinding te brengen. Zo ben ik gestart met een theoretische onderbouwing vanuit de literatuur. Vervolgens heb ik interviews gehouden met vaktherapeuten en één patiënt en verkregen kennis en ervaring weer onderbouwd met theorie. Vanuit deze drie bronnen heb ik het product voorzien van relevante informatie. Deze drie bronnen samen zorgen ervoor dat ik in staat ben om tot methodische handelen te komen (zie figuur 3). Hierin heb ik laten zien dat ik een verbinding kan maken tussen theorie en praktijk.



Figuur 3. Een systematische weergave van de ‘reflective professional’. Overgenomen uit C.A.13: Start Afstudeerproject (p.4) door I. Penzes, 2018, Heerlen: Zuyd Hogeschool. Copyright 2012, Smeijsters, et al.

Om het product op een juiste manier over te dragen heb ik geprobeerd om het product en de interventies zo duidelijk mogelijk te verwoorden. Daardoor zal het bruikbaar zijn, ook nadat ik als onderzoeker niet meer betrokken ben bij het product. Dit is een belangrijke competentie voor mij als beroepsprofessional, omdat ik zo ook na mijn vertrek waardevolle informatie bij mijn opdrachtgevers achterlaat, die bruikbaar is voor het werkveld en de betrokken organisatie(s). Daarnaast heb ik het product schriftelijk overgedragen aan de respondenten en de opdrachtgevers, zodat de praktijk ook profijt heeft van mijn onderzoek. Het overdragen van informatie is een erg belangrijke competentie die ik nu beheers en later in het werkveld ook in kan zetten om mezelf in een multidisciplinair team te profileren en observaties van de patiënt over te kunnen dragen aan collega's.

Niet alleen mijn inzicht en capaciteiten in het maken van een product zijn toegenomen, ook mijn theoretische en praktische kennis omtrent de doelgroep, ex-kankerpatiënten en de thema's lichaamsacceptatie en distress zijn uitgebreid. Ik heb meer kennis opgedaan over de werkzame elementen bij deze doelgroep. Zo ben ik me bijvoorbeeld bewust geworden van dat het handelen vanuit het belang van de patiënt te allen tijde voorop dient te staan. Het product kan een hulpmiddel zijn in de therapiesessie of voor de verantwoording van de therapie, maar de patiënt blijft het uitgangspunt. Dit besef komt voort uit de samenwerking met de respondenten en de literatuurstudie. Deze samenwerking verliep soepel en er heerste een professioneel klimaat. Tijdens de opleiding is niet expliciet ingezoomd op het werken met deze doelgroep en deze problematieken, waardoor het voor mij als professional zinvol was om mijn kennis omtrent deze vakgebieden te verbreden. Dit draagt tevens bij aan mijn kans op de arbeidsmarkt.

Daarnaast hebben de interviews met professionals ervoor gezorgd dat ik een netwerk kon opbouwen. Dit is van belang voor mijn professionele ontwikkeling als dans- en bewegingstherapeut. Wanneer mijn naam al ergens bekend is, is het gemakkelijker om contacten te leggen en te onderhouden. Ook dit vergroot mijn kansen op de arbeidsmarkt.

Literatuurlijst

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., & Julsing, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Balzer, K. (Regisseur). (2005). *Tanz mit dem Krebs* [Dvd]. Freiburg: SWR.
- Beek, R., & Bos, K. (2016). *Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen*. Geraadpleegd op 6 september 2018, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=9186&download=1>
- Berk, L. S., Tan, S. A., Fry, W. F., Napier, B. J., Lee, J. W., Hubbard, R. W., Lewis, J. E., & Eby, W. C. (2002). Neuroendocrine and Stress Hormone Changes During Mirthful Laughter. *American Journal of the Medical Sciences*, 298(6), 390-396.
- Bexkens, J., Dijkman, D., Kuipers, G., (2018). *Dans- bewegingstherapie bij Persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 19 mei 2019, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=88648&download>
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Bradt, J., Chim, M., & Goodill, S. W. (2015). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), 1-43. doi:10.1002/14651858.CD007103.pub3
- Cardinaels, N. (2014). *Omgaan met kanker: Een emotionele handleiding voor mensen met kanker en hun omgeving*. Leuven: Acco.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications Ltd.
- De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L., & Sanderman, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Van Gorcum.

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2018). *Databank Vaktherapie* [Databank].
Geraadpleegd op 6 september 2018, van
https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Dataset_1/img5bbb578420782
- Geens, E., Steemans, J., & Lurquin, L. (2017). *Alles wat je zegt, is niet alles wat je voelt: Een vaktherapeutisch product gebaseerd op drama-, beeldend en dans en bewegingstherapie die gericht is op het preventief benaderen van jongeren tussen 12 tot 16 jaar rondom het thema kanker en de bekendheid van het Toon Hermans Huis* (Afstudeeropdracht). Vaktherapie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- GGZ standaarden. (z.d.). *Generieke modules Vaktherapie*. Geraadpleegd op 19 mei 2019, van
<https://www.ggzstandaarden.nl/generiekemodules/vaktherapie/achtergronddocument>
en
- Goodill, S. (2018). Accumulating Evidence for Dance/Movement Therapy in Cancer Care. *Frontiers in Psychology*, 9, 17-78. doi:10.3389/fpsyg.2018.01778
- Groenewold, L., Poelhuis, E., & Stolk, G. (2018). Als je kanker hebt overleefd, is het nog niet uit je leven. *Leven na kanker: Een speciale uitgave van de KWF kankerbestrijding*, 3-23.
- Ho, R. T. H. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 337-345.
doi:10.1016/j.aip.2005.04.005
- Holzenspies, C., & Taal, J. (2003). *Kanker in Beeld*. Amsterdam: Stichting Kanker in Beeld.
- Integraal kankercentrum Nederland, (2018, februari). *Cijfers over kanker*. Geraadpleegd op 6 oktober 2018, van https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Dataset_1/img5bbb578420782
- Kuiper, C., Verhoef, J., & Cox, K. (2012). *Evidence-based practice voor paramedici: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- KWF. (2018). *Hulp na kanker*. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van
<https://www.kanker.nl/hulp-na-kanker>

- Lane, A., Hewston, R., Redding, E., & Whyte, G. P. (2003). Mood changes following modern dance classes. *Social Behavior and Personality*. Palmerston North, New Zealand: Society for Personality Research, Inc.
- Leeflang, J. (2019). *Aanraken: Het onderzoek*. Geraadpleegd op 15 april 2019, van https://www.haptonomieleeflang.nl/het_belang_van_aanraken
- Levy, F. J. (1988). *Dance Movement Therapy: A healing Art*. Reston, America: American Alliance for health, physical education, recreation and dance.
- Maat, K. (2010). *Leren dansen in de regen: Een dramatherapeutisch werkmodel voor volwassenen in de herstelfase van kanker* (Afstudeeropdracht) [HBO kennisbank]. Geraadpleegd op 10 september 2018, van https://www.hbo.kennisbank.nl/details/sharekit_zuyd:oai:surfsharekit.nl:d18bb10e-4861-4054-9738a303f940f204?q=leren+dansen+in+regen
- Mannheim, E. G., & Gartner, M. (2016). Tanztherapie in der Onkologie, visualisierungen und Bewegungsimpulse in der tanztherapeutischen Arbeit mit krebsberoffenen. *Körper Tanz Bewegung*, 69-78. doi:10.2378
- Mannheim, E., Helmes, A., & Weis, J. (2013). Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Forschende Komplementärmedizin*, 41, 22-33. doi:10.1159/000346617
- NFK. (2017). *Cijfers over late gevolgen van kanker*. Geraadpleegd op 16 april 2019, van https://borstkanker.nl/sites/default/files/Infographics/Factsheet_Late%20gevolgen%20van%20kanker.pdf
- Nijman, L. (2016) *Schaduwlicht in beeld: Een kwalitatief onderzoek naar 'mindfulness based' beeldende therapie bij volwassenen met kanker* (Afstudeeropdracht). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- NVDAT. (2016). *Profiel van de danstherapeut*. Geraadpleegd op 19 mei 2019, van <https://www.nvdat.vaktherapie.nl/download/?id=14497&download=1>
- NVZ. (z.d.). *Oncologische zorg*. Geraadpleegd op 24 september 2018, van <https://www.nvz.ziekenhuizen.nl/onderwerpen/oncologische-zorg>

- NWZ. (2016). *Creativiteit en de verwerking van kanker*. Geraadpleegd op 14 maart 2019, van <https://oncologie.nwz.nl/Voor-pati%C3%ABnten/Nazorgwijzer-oncologie/Nazorg-buiten-het-ziekenhuis/-Psychosociaal/Creativiteit-en-de-verwerking-van-kanker>
- Overweg met kanker. (2017). *Gevangen in een mistwolk*. Geraadpleegd op 16 april 2019, van <https://www.overwegmetkanker.nl/impact-van-kanker/overleefmodus-doorgaan/mistwolkchemobrein>
- Penzes, I. (2018). *C.A.13: Start Afstudeerproject* (Moduleboek). Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Pool, G., (2009). Psychologische interventies bij kanker - zoeken naar de juiste maat. *Psychologie en Gezondheid*, 37(5), 276-287.
- Popa, M. R., & Best, P. A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5, 31-44. doi:10.1080/17432970903545941
- Rooijendijk, L., Wijers, G. J., & Dijt, A. (2006). *De mens in thema's: een thematische behandeling van de menselijke levensloop*. Soest: Nelissen.
- Vaktherapie, (z.d.). *Kanker*. Geraadpleegd op 16 oktober 2018, van <https://www.vaktherapie.nl/kanker>
- Van den Boon, T., Hendrickx, R., & Van der Sijs, N. (2015). *Groot woordenboek van de Nederlandse taal* (15e druk). Utrecht: Van Dale.
- Vandereycken, W., Emmelkamp, P., & Hoogduin, C. (2006). *Handboek Psychopathologie. Deel 2 Klinische Praktijk* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van de Velde, C. J. H., Van der Graaf, W. T. A., Van Krieken, J. H. J. M., Marijnen, C. A. M., Vermonken, J.B. (2011). *Oncologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Sonsbeek, C. (2015). *De beweging naar jezelf: Hoe dans- en bewegingstherapie de ontwikkeling van het zelf bevordert bij vrouwen met Anorexia Nervosa*. (Afstudeeropdracht). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- VIKC. (2010). *Basisrichtlijn herstel na kanker*. Geraadpleegd op 14 maart 2019, van <https://www.oncoline.nl/uploaded/docs/herstel%20na%20kanker/Basisrichtlijn%20Herstel%20na%20kanker%20okt%20%202010.pdf>

- Vos, M. S. T., Appelo, M. T., Brouwer, T., Brouwer, A. C., Glotzbach, R., Hoogstraten, K., . . . Leeuwen, K. (2015). *Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker*. Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie: Amsterdam.
- Schippers, T. (2008). *Grounding versus Craving: De waarde van groundings- en centreringsoefeningen voor psychomotorische therapie in de verslavingszorg*. (Afstudeeropdracht) [HBO kennisbank]. Geraadpleegd op 1 april 2019, van https://hbo.kennisbank.nl/details/sharekit_windesheim:oai:surfsharekit.nl:d2f114433b6d-44a6bf3f71584ef11368?q=schippers+dennis&has-link=yes&has-link=yes&c=0
- Serlin, I. A., Classen, C., Frances, B., Angell, K. (2000). Symposium: support groups for women with breast cancer: traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 123-138.
- Smeijsters, H. (2014). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Spiegel, D., (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer*, 3, 252-256.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Gottheil, E. (2008). Family environment of patients with metastatic carcinoma. *Journal of psychosocial Oncology*, 1, 33-44.
doi:10.1300?J077v01n01_04
- Wester, F., & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.
- Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Over ons*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons>
- Zuyd bibliotheek. (2018). *Searching in DIZ*. Geraadpleegd op 28 september 2018, van <https://bibliotheek.zuyd.nl/en/research-support/collection/searching-in-diz>

Bijlage A: PICO-vraag, zoektermen en bijbehorende zoekgeschiedenis

PICO-vraag: Hoe kan dans- en bewegingstherapie bijdragen aan de behandeling voor volwassen kankerpatiënten in de oncologische revalidatiefase?			
Zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen EN	Synonyms
Dans- en bewegingstherapie	Danstherapie Bewegingstherapie Vaktherapie Creatieve therapie	Dance movement therapy Arts therapy	Creative arts therapy Expressive therapy
Oncologie	Kanker Aanpassingsstoornis	Cancer Oncological Adjustment disorder	Oncologic
Volwassenen	Meerderjarig	Adults	Grown-ups Mature
Oncologische revalidatie	Oncologie Revalidatie Genezen	Oncological revalidation Healing	Oncological rehabilitation
Lichaamsacceptatie	Lichaam acceptatie	Body acceptance	Body acceptance
Boolean Search	Databank (en)	Resultaten	
Cancer AND dance movement therapy	DIZ	11,082 hits 1 bruikbaar	
Dance movement therapy AND oncological rehabilitation	DIZ	617 hits 2 bruikbaar (al eerder gevonden)	
Kanker AND dans- en bewegingstherapie	DIZ	11 hits 0 bruikbaar	
Scriptie AND creatieve therapie	DIZ	68 hits 4 bruikbaar	
Cancer AND psychology	DIZ	102 hits 4 bruikbaar	

Dance movement therapy AND cancer	Science Direct	1,719 1 bruikbaar
Cancer AND dance movement therapy	Frontiers in Psychology	4.621 hits 1 bruikbaar
Cancer AND body acceptance	Frontiers in Psychology	2,487 hits 0 bruikbaar
Cancer AND dance movement therapy	Conchrane library	1 hit 1 bruikbaar
Handsearch		Resultaten
Boeken in bibliotheek Zuyd Hogeschool		...exemplaren 12 bruikbaar
Referenties gevonden artikelen/snowball search		3 bruikbaar
Databank kennisnetwerk oncologie		0 bruikbaar
HBO kennisbank		2 bruikbaar
Literatuur aangedragen uit modulehandleiding		4 bruikbaar
Docenten die literatuur hebben aangedragen		2 bruikbaar
Opdrachtgevers die literatuur hebben aangedragen		2 bruikbaar
Respondenten die literatuur hebben aangedragen		3 bruikbaar
Websites		15 bruikbaar

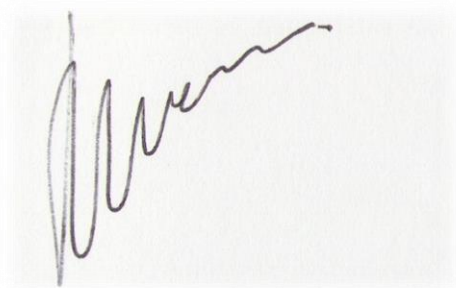
Bijlage B: Akkoordformulier

Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2018-2019 opleiding VT Zuyd

Voor + achternaam student	Anja Wijffelaars			
Studentnummer	1526138			
Medium student	☐ beeldend	☒ dans	☐ drama	☐ muziek
onderzoekslijn ¹	☐ Kind & Jeugd ☐ GGZ ☐ Ouderen ☒ Somatic ☐ Werkingsmechanisme van het medium ☐ Wijkgerichte zorg ☐ Technologie i.d. zorg ☐ Interdisciplinair werken ☐ Meten			
Korte beschrijving van het project (probleem, doelgroep, projectplan, doelstelling, design)	Het zorginstituut Nederland heeft vastgesteld dat er bewijs ontbreekt over de effectiviteit van vaktherapie; deze effectiviteit kan aangetoond worden door producten. Er zijn er nog geen producten geschreven voor dans- en bewegingstherapie. Deze producten moeten voldoen aan de kaders van de Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO). De doelgroep van het product zijn volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie. Uit vooronderzoek komt naar voren dat voornamelijk deze doelgroep therapietrouw is. Tevens blijkt er pas ruimte voor therapie te zijn in de revalidatiefase (Maat, 2010). Er is al wel onderzoek gedaan naar deze doelgroep, maar er is nog geen product wat deze onderzoeken bundelt. Deze patiënten hebben moeite met het weer in contact komen met hun lichaam en het lichaam te accepteren hoe het nu is (Heas, Gualthérie, Weezel & Sanderman, 2009). Dit onderzoek zal uitgevoerd worden doormiddel van de			

¹ vink aan binnen welke onderzoekslijn(en) je onderzoeksproject past

	onderzoeksmethode 'kwalitatieve survey'. De interviews worden afgenomen bij dans- en bewegingstherapeuten die ervaring hebben met de doelgroep. De resultaten in combinatie met literatuur worden verwerkt en vormen het product basis.
Onderzoeksdoel	De doelstelling van dit onderzoek is te komen tot een dans- en bewegingstherapeutisch product basis voor volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op lichaamsacceptatie. Tevens draagt het bij om de effectiviteit van dans- en bewegingstherapie te bewijzen.
Onderzoeksvraag	Hoe ziet een dans- en bewegingstherapeutisch product, geschreven volgens de richtlijnen van het CPMO, voor mensen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op lichaamsacceptatie eruit?
Naam opdrachtgever of contact persoon	Kathinka Poismans & Ingrid Péntzes Vaktherapie Zuyd Hogeschool
Email adres opdrachtgever of contact persoon	Kathinka.poismans@zuyd.nl Ingrid.penzes@zuyd.nl
Naam scriptie begeleider	Jenneke van Geest



8-11-2018 Dr. K. Poismans

Datum + Handtekening opdrachtgever

01.11.2018 

Datum+ Handtekening scriptiebegeleider

Bijlage C: Toestemmingsformulier



Beste deelnemer aan het onderzoek het lichaam als anker na kanker,

U ben uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek het lichaam als anker na kanker. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Anja Wijffelaars in het kader van het afstudeerproject aan de opleiding Vaktherapie van Zuyd Hogeschool. Het onderzoek wordt begeleid door Jenneke van Geest.

Het doel van het onderzoek is om een Product Plus te ontwikkelen voor volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op lichaamsacceptatie en het verminderen van distress. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om kennis en ervaringen te inventariseren en dat om te kunnen zetten in een Product Plus, geschreven volgens de richtlijnen van de FVB.

Deelname aan het onderzoek betekent dat u deelneemt aan een interview (tijdsduur +/- 1 uur). Hierbij wordt een audio-opname gemaakt. Deze audio-opnames zijn enkel bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoeker. Na de data-analyse zal de onderzoeker de resultaten via de mail terugkoppelen, zodat u kunt controleren of de informatie klopt. U kunt zelf kiezen of uw naam wordt geanonimiseerd al dan niet.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Bij het weergeven van resultaten wordt ervoor gezorgd dat dit volledig anoniem gebeurt, zonder mogelijke identificatie.

U kunt op ieder moment van het onderzoek de toestemming alsnog intrekken.

Bij vragen kunt u contact opnemen met Anja Wijffelaars; 1526138wijffelaars@zuyd.nl

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in,

Datum:

Handtekening:

Bijlage D: Topiclist

Naam: (Hoe wilt u in het verslag benoemd worden?)

Opleiding:

Instelling:

Functie:

Jaren ervaring:

Onderzoeksvraag:

Sensitizing concepts:

Algemeen:

- Werkervaring
- Instelling/vrijgevestigd/doorverwijzing cliënten
- Procedure wanneer een cliënt binnen komt – intake, observatie
- Zorgzwaarte, soorten kanker
- Gevolgen als ze niet zouden komen, waarom is dans- en bewegingstherapie volgens u een meerwaarde voor deze doelgroep?
- Groep/individuele therapie
- Herkenning in de thema's distress en lichaamsacceptatie
- Doelen hoofd- en subdoelen, voor iedereen apart of voor de gehele groep

Werkzame elementen:

- Werkvormen (concrete activiteiten)
- Methoden
- Rol therapeut
- Relatie met cliënt
- Materialen
- Interventies

Randvoorwaarden:

- Frequentie therapie
- Ruimte

- Kosten
- Uitvoerders
- Randvoorwaarden cliënt

Terugkoppeling van de informatie: na data-analyse. Midden/eind april.

Benaderen als ik nog meer vragen heb?

Bijlage E: Product Plus

Het Product Plus is conform de vormeisen van het CPMO. Hierdoor is er verschil te zien in de lay-out ten aanzien van de rest van dit onderzoek, wat is geschreven volgens de vormeisen van Zuyd Hogeschool.



[P+] Bewegingstherapeutische interventiebeschrijving voor volwassenen, tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatie, gericht op het vergroten van lichaamsacceptatie en het verminderen van distress.

Dit Product Plus is gebaseerd op kennis en ervaring van professionals, patiënten en literatuur.

Naam auteur: Anja Wijffelaars

Jaar: 2019

Context:

Oncologische revalidatiefase, volwassenen tussen de 18 en 65 jaar.

Probleemomschrijving

Probleem

Patiënten met de ziekte kanker gaan vaak in behandeling om de ziekte uit het lijf te krijgen en van de lichamelijke klachten af te komen. Door de medische behandeling hebben patiënten het gevoel dat ze vervreemden van hun eigen lichaam, dat eerder zo vertrouwd was (Nijman, 2016). Ze verlangen er naar om de regie over het eigen lijf weer terug te krijgen. Daarnaast neemt het vermogen om het lichaam waar te nemen af door de chemotherapie en de bestralingen (Kuipers, 2007). Patiënten ervaren door de verandering van het lichaam een gevoel van verlies en controle over hun eigen lijf (KWF, 2018). Hierdoor is er sprake van verminderde lichaamsacceptatie. Met lichaamsacceptatie wordt bedoeld het opnieuw verbinden met het lichaam en het lichaam accepteren zoals het nu is (Van den Boon & Hendrickx, 2015, p. 19). Daarnaast zijn volgens De Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman (2009) veel patiënten op psychisch gebied onderbehandeld. Zij ervaren klachten zoals depressie, angst en spanning. Deze gevoelens worden ook wel distress genoemd. Distress is het geheel aan onprettige, emotionele en sociale ervaringen, die voortvloeien uit het aanpassingsproces aan de ziekte kanker (De Haes et al., 2009). De gevoelens van distress zorgen ervoor dat de patiënten lichaamsdelen verkrampen, hierdoor komen lichaamsdelen nauwelijks in beweging. Dit blokkeert het ervaren van gevoelens en belevingen van de patiënt (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Daarnaast ervaren patiënten het hoofd als een mistwolk, aandacht erbij houden en mee krijgen wat in de omgeving gebeurt is lastig (Overweg met kanker, 2017). Er zijn patiënten die hier goed mee omgaan en hun ziekte met behulp van naasten en het primaire oncologische team kunnen verwerken. Echter 86% van de kankerpatiënten heeft hier moeite mee (KWF, 2018). Zij ervaren zoveel klachten dat ze er zelf niet uit kunnen komen en hulp nodig hebben van een gespecialiseerde zorgverlener zoals een dans- bewegingstherapeut (Maat, 2010).

Spreiding

Uit cijfers van het Integraal Kankercentrum Nederland (2018) blijkt dat het aantal mensen die de diagnose kanker krijgen, elk jaar blijft stijgen. In 2017 waren er 109.663 mensen in Nederland die de diagnose kanker hebben gekregen. Hiervan heeft twee derde van de ex-kankerpatiënten last van lichamelijke klachten (NFK, 2017). Het percentage voor distress varieert tussen de 25 en 50%. Dit is afhankelijk van het type kanker en de behandeling (De Haes et al., 2009).

Gevolgen

De hoeveelheid distress en de verminderde lichaamsacceptatie die patiënten ervaren kunnen ervoor zorgen dat het welzijn van de patiënt vermindert. Doordat patiënten niet goed mee krijgen wat er in de

omgeving gebeurt kan er een stagnatie ontstaan in het hervatten van werk en sociale activiteiten. Patiënten kunnen zich gaan isoleren omdat ze zich schamen en anderen er niet mee willen belasten (Overweg met kanker, 2007). Daarnaast kan de stress zo hoog oplopen dat een patiënt een verzwakt afweersysteem krijgt. Hierdoor kunnen kankercellen zich blijven vermenigvuldigen en is de kans op recidief aanzienlijk groter (Mannheim & Gartner, 2016). Doordat er sprake is van een somatisch en psychische comorbiditeit is het risico op suïdepogingen en daadwerkelijke suïcide verhoogd. De ernst van de distress van iemand kan zo hoog oplopen dat er overwogen wordt om een einde aan het leven te maken. De percentages van mensen met klachten van distress en een verminderde lichaamsacceptatie en suïcidaal gedrag variëren in verschillende studies tussen de 25 en 60%. Het risico op suïcide bij patiënten met kanker is aanzienlijk hoger dan bij mensen uit de gezonde bevolking (Vos et al., 2015). De dans- en bewegingstherapeutische interventies in dit product kunnen een bijdrage leveren aan het verbeteren van het lichamelijke, sociale en geestelijke functioneren van de patiënt. Dit kan er voor zorgen dat de bovenstaande klachten van de patiënt afnemen.

Doelgroep

Volwassenen tussen de 18 en 65 jaar in de oncologische revalidatiefase.

Met de term 'oncologische revalidatiefase' wordt bedoeld: de periode wanneer iemand genezen verklaard is. Hiermee wordt bedoeld dat iemand niet meer in medische behandeling is, maar nog wel controles krijgt. De patiënt weet niet of de ziekte ooit nog terug komt, maar voor dit moment is de patiënt lichamelijk genezen verklaard.

Indicaties:

- De patiënt verkeert in de revalidatiefase na een vorm van kanker;
- Er is sprake van een probleem rondom distress (spanning, angst, en/of depressie) en/of sociaal isolement;
- Er is sprake van verminderde lichaamsacceptatie;
- De patiënt is mentaal en fysiek voldoende belastbaar om deel te nemen aan de sessies;

Contra indicaties:

- Er is sprake van een overheersende psychiatrische aandoening, die eerst aandacht behoeft;
- Er is sprake van een cognitieve achterstand;
- Er is sprake van open wonden, met kans op infectiegevaar.

Verwijzen en selectie

Het aanmeldproces is afhankelijk van de verwijzer en waar de interventie uitgevoerd wordt: bij een zorginstelling, inloophuis of bij een vrijgevestigde bewegingstherapeut. De patiënt kan doorverwezen worden door een huisarts, ziekenhuis of andere gecertificeerde instellingen. Er wordt gestart met een intake, waarna de observatiefase en behandeling volgen.

Systeem betrekken

Als het een meerwaarde is voor de patiënt kan het systeem (netwerk van de patiënt) indirect of direct in de therapiesessie worden betrokken. Volgens Spiegel, Bloom en Gottheit (2008) draagt dit bij aan vermindering van isolatie en kunnen de gevoelens van angst en depressie worden gereguleerd.

Doelen

Hoofddoel:

Aan het einde van de interventie is de lichaamsacceptatie vergroot en/of de gevoelens van distress bij de patiënt verminderd.

Subdoelen:

- De patiënt kan aan het einde van deze interventie het eigen lichaam waarnemen en contact maken met de verschillende (aangedane) lichaamsdelen;
- De patiënt heeft aan het einde van deze interventie vertrouwen in het eigen lijf;
- De patiënt kan aan het einde van deze interventie regie over het eigen lijf ervaren;
- De patiënt kan aan het einde van deze interventie expressie geven aan zijn of haar gevoelens;

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

Er zal gewerkt worden in een groep patiënten. Daarbij gaat de voorkeur uit naar een vaste groep patiënten. Er kunnen echter patiënten uitvallen als gevolg van extreme vermoeidheid of recidief van de ziekte. Elke sessie heeft een duur van 90 minuten. De frequentie en de hoeveelheid sessies hangt af van de individuele patiënt.

Om tegemoet te komen aan ieders persoonlijke hulpvraag kan er naar de werkvormen gekeken worden en besloten worden welke volgorde het meest passend is voor de patiënt om de sessie op maat aan te laten sluiten.

Inhoud van de interventie

Bodyscan

Dit kan in stilstand of in beweging plaats vinden. Tijdens deze bodyscan, wordt elk lichaamsdeel in gedachten bezocht en neemt de patiënt lichaamssensaties waar. Dit kan bijvoorbeeld spanning zijn of de ademhaling. Door te focussen en langer uit te ademen kan de ademhaling vertraagd worden. De bodyscan kan ook in beweging gedaan worden. Hierbij worden alle lichaamsdelen één voor één in beweging gebracht en blijft de patiënt zich focussen op gevoelens die in het lichaam waargenomen worden. Telkens wordt er door de patiënt bekeken waar de mogelijkheden en beperkingen zitten in het lichaam om te bewegen.

Stampen op het ritme van de muziek

De therapeut zet muziek op met een duidelijk ritme waarbij de voeten één voor één op het ritme op de grond worden geplaatst. De beweging wordt met zoveel mogelijk kracht uitgevoerd.

Fysiek contact

De patiënt kan zich licht en zacht aanraken met zijn of haar eigen hand of met een balletje wanneer het nog niet lukt om direct fysiek contact te maken met het lichaam. De gewenste plek (dit kan het aangedane lichaamsdeel zijn of een ander lichaamsdeel) kan aangeraakt worden door wrijven of licht knijpen. Ook is het mogelijk om de patiënt ondersteuning te bieden doordat een medepatiënt of de therapeut een hand op een gewenste plek op het lichaam legt, vaak is dit de schouder of rug. Hierdoor kan er steun ervaren worden door de patiënten.

Zachte, ronde bewegingen

De therapeut gebruikt vloeiende muziek, dit is melodische muziek zonder leidend ritme. De patiënt wordt uitgenodigd om zachte en ronde bewegingen te maken. Hierbij kunnen actuele thema's symbolisch worden ingezet, denk hierbij aan zelfzorg.

Gedragen worden in een kring

Alle patiënten staan in een kring waarbij de patiënten schouder aan schouder, heup aan heup staan en de handen op elkaars ruggen liggen. Wanneer het aanraken van elkaar te spannend is kan er een circulair doek gebruikt worden waar iedereen instaat. Op de muziek wordt een wiegende beweging gemaakt. De therapeut kan gebruik maken van symboliek zoals, dat de patiënten wiegen als bomen in de wind en dat de voeten als wortels op de grond staan, wat bijdraagt aan het contact met de grond.

Rol van de therapeut

- De therapeut dient kennis te hebben over de vormen van kanker die in de groep aanwezig zijn, indien noodzakelijk kan de therapie gegeven worden door twee therapeuten (één dans- en bewegingstherapeut en één therapeut met ervaring in de oncologie);
- De therapeut dient een gevoel van vertrouwen en veiligheid binnen de groep neer te kunnen zetten. Volgens Vandereycken, Emmelkamp en Hoogduin (2006) wordt er pas vooruitgang geboekt in de therapie wanneer de patiënt zich veilig voelt.
- De therapeut kan de patiënt zijn autonomie laten behouden;
- De therapeut kan een voorbeeldfunctie uitdragen;
- De therapeut werkt in het hier en nu, kan observeren en inspelen op de situatie die zich nu afspeelt;
- De therapeut is empathisch en oordeelloos aanwezig, dit draagt bij aan een gevoel van vertrouwen;

- De therapeut kan de patiënt succeservaringen op laten doen, door gebruik te maken van complimenten;
- De therapeut kan humor gebruiken. Dit kan ontlastend werken, vermindert eenzaamheid en zorgt voor een toename van zelfvertrouwen. Dit komt omdat lachen zorgt voor biochemische veranderingen die zorgen voor een vermindering van het stresshormoon adrenaline (Berk et al., 2002).
- De therapeut kan de interventie uitlokken inzetten; hiermee breidt de therapeut het bewegingsrepertoire van de patiënt uit;
- De therapeut moet open staan voor supervisie om het eigen therapeutische handelen verder te ontwikkelen.

Materialen

De spelmaterialen die voor deze interventie nodig zijn: balletjes en eventueel een tricot stretchdoek, circulair aan elkaar genaaid.

Voor elke sessie is er een muziekinstallatie nodig en passende muziek die aansluit bij de werkvorm en de patiënten. Passende muziek bij de therapeutische interventies kan rustige en vloeiende muziek zijn, waarbij er geen leidend ritme is. Ook kan er bij krachtige werkvormen gebruik gemaakt worden van instrumentale Afrikaanse ritmes.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem

De medische behandeling zorgt ervoor dat patiënten zich vermoeid voelen, een mistwolk in het hoofd waarnemen en moeite hebben met het lichaam waar te nemen. Het lichaam verandert en de vanzelfsprekendheid van een goede gezondheid valt weg (Cardinaels, 2014). Fundamentele gevoelens van veiligheid en zekerheid worden aangetast. Patiënten zijn onzeker of de ziekte zich nog een keer zal herhalen en hebben zorgen over de toekomst (Kuipers, 2007). Dit zorgt voor verminderde lichaamsacceptatie en gevoelens van distress.

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden.

Door deze interventie neemt het zelfrespect, vertrouwen en een positief lichaamsbeeld toe, wat leidt tot een toename in het accepteren van het lichaam en een verbetering in de kwaliteit van leven (Mannheim & Gartner, 2016). Daarnaast voelen zij zich door de groep sociaal ondersteund en nemen gevoelens van isolatie af. Uit het onderzoek van Bradt, Shim en Goodill (2015) komt naar voren dat het gebruik van ritme zorgt voor minder spierspanning in het lijf, waardoor stress vermindert en patiënten zich vitaler voelen.

Theoretische verantwoording

Volgens Geens, Steemans en Lurquin (2017) is het belangrijk om eerst te starten met het lichamelijke aspect. Zij geven aan dat het contact maken met het eigen lichaam van belang is voor het herstel van de ziekte. Lichaamsdelen komen vaak niet in beweging door verkramping vanuit spanning en angst. Dit blokkeert het ervaren van gevoelens en belevingen van de patiënt (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Door met aandacht naar het lichaamsdeel toe te gaan met behulp van de bodyscan kunnen patiënten lichamelijke sensaties waarnemen. Hierdoor kunnen gevoelens van spanning en angst gereguleerd worden. Het is dus van belang om eerst te starten met een bodyscan. Door de gerichte aanwijzingen van de therapeut kan de patiënt gestimuleerd worden de niet in beweging zijnde lichaamsdelen te betrekken, met als doel meer lichaamsbewustzijn te creëren. De patiënt bepaalt zelf of hij of zij deze lichaamsdelen wel of niet wil bewegen en met welke intensiteit. Hierdoor wordt er gewerkt aan de terugkeer van autonomie en worden grenzen aangeven. Door te vertragen in beweging kunnen patiënten eerder en bewuster voelen dat hun grens bereikt is en hebben ze meer ruimte om dit aan te geven. Daarnaast draagt het accepteren van de eigen grenzen bij aan het accepteren van het lichaam.

De ademhaling past zich aan de stemming van de patiënt aan. Patiënten die spanning en/of angst voelen ademen vaak korter en sneller. De ademhaling zit dan vaak hoog in de borst, het middenrif is gespannen en de hartfrequentie gaat omhoog. Dit komt omdat het lichaam onder invloed is van stresshormonen die zich klaar maken voor actie. Door te focussen op de ademhaling kan de ademhaling langzamer worden, met als gevolg dat verkramping in lichaamsdelen vermindert waardoor het lichaam beter waargenomen kan worden. Daarnaast kan de ademhaling zorgen voor verminderen van pijn en angstregulatie (Mannheim, Helmes, & Weis, 2013)

Eenmaal in contact met het lichaam, kunnen patiënten leren hun gevoelens, gedachten en stemming beter waar te nemen en te herkennen. De patiënt kan veel last hebben van onprettige gevoelens die voortkomen uit distress. Het is belangrijk om ruimte te maken voor deze gevoelens, hierdoor kunnen de gevoelens van onzekerheid, verdriet en woede zoals Groenewold et al., (2018) ze beschrijft verwerkt worden. Het uitdrukken van deze gevoelens kan per patiënt verschillend zijn. Het kan zijn dat de patiënt zoveel spanning en onrust ervaart in het lichaam dat door middel van stampen op de grond de gevoelens ontladen moeten worden. Patiënten ervaren dat door de ziekte de grond onder hun voeten is verdwenen. Door te stampen op het ritme wordt het contact met de grond geoptimaliseerd, doordat de patiënt zijn aandacht kan laten zakken (M. van den Heuvel, persoonlijke communicatie, 29 april 2019). Doordat het zwaartepunt verlaagd wordt, neemt het gevoel van veiligheid toe waardoor angst gereduceerd kan worden. Dit draagt bij aan fysieke stevigheid waardoor er meer zelfvertrouwen ervaren wordt (Schippers, 2008).

Ook kan het zijn dat de patiënt het gevoel heeft dat het lichaam met aandacht verzorgd dient te worden, omdat er tijdens de medische behandeling weinig tijd en ruimte voor is geweest. Door fysiek contact worden gevoelssensoren in de huid gestimuleerd, de patiënt kan hierdoor het lichaam waarnemen (Popa & Best, 2010). Daarnaast zorgt deze aanraking voor een sensorische input wat zorgt voor de regulatie van emoties en een gevoel van veiligheid. Dit kan bijdragen aan het accepteren van het lichaam (Popa & Best, 2010). Ook vermindert pijn en gaat de ademhalingsnelheid omlaag (Popa & Best, 2010). Daarnaast wordt het immuunsysteem versterkt waardoor de kans op recidief van de ziekte wordt verminderd (Leefflang, 2019).

Wanneer aanraking van het lichaam nog te confronterend is kunnen lichaamsdelen zacht en rond bewogen worden. Uit onderzoek van Lane, Hewston, Redding en Whyte (2003) is gebleken dat deze bewegingen de gemoedstoestand verbeteren in tegenstelling tot statische, gebonden, gespannen en hoekige bewegingen. Daarnaast kan de beweging nog meer beleefd worden door het inzetten van symboliek. Dit draagt bij aan een gevoel van vertrouwen en acceptatie en daardoor kunnen gevoelens van distress doorgewerkt worden (Levy, 1988).

De therapiesessies worden in een groep aangeboden, omdat het contact met medepatiënten het gevoel van isolatie kan verminderen. Dit wordt verminderd doordat er de mogelijkheid is om zowel verbale als non-verbale ervaringen met elkaar te delen. Hierdoor wordt er wederzijdse ondersteuning ervaren (Goodill, 2018). In de groep is er een gevoel van begrip en steun wat het stressniveau verlaagt (Ho, 2005). Dit gevoel kan ervaren worden tijdens een werkvorm in een kring. Hierbij kan de methode van Chace gebruikt worden. Door met de groep dezelfde bewegingen te maken, ziet de patiënt dat hij of zij niet alleen is in de ruimte, maar met gelijkgestemden. Dit kan bijdragen aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid.

Werkzaamheid in de praktijk
Geen gegevens bekend.

Werkzame elementen

De gevoelens van verminderde lichaamsacceptatie en distress kunnen worden waargenomen in het lichaam. Echter patiënten kunnen door de vervreemding van het lichaam de lichaamssensaties lastig waarnemen (Nijman, 2016). Door aandacht te geven aan het lichaam middels bewegingstherapie kunnen gedachten en gevoelens zichtbaar gemaakt worden in het lijf. Deze innerlijke ervaringen kunnen bekrachtigd worden waardoor het zelfbeeld versterkt wordt en er gewerkt wordt aan een vermindering van distress. Daarnaast zorgt de expressieve inzet van het lichaam dat negatieve gedachten en gevoelens doorbroken worden (Levy, 1988).

Randvoorwaarden en kosten

Organisatorische randvoorwaarden

- Ruimte, een bewegingsruimte of zaal met spelmaterialen en audio apparatuur. Elke sessie wordt in dezelfde ruimte gegeven om de veiligheid te optimaliseren (Mannheim et al., 2013);
- Gemakkelijk zittende kleren.

Randvoorwaarden patiënt

- Er is voorafgaande en tijdens de behandeling sprake van een stabiele leef- ondersteunsituatie waarin de patiënt zich voldoende veilig voelt.

Opleiding en competenties

- Dans- en bewegingstherapeut (geregistreerd lid van de Nederlandse Vereniging van Danstherapie);
- Bijscholing, intervisie en/of supervisie om op de hoogte te blijven van de specifieke problematiek; lichaamsacceptatie en distress, kanker en dans en bewegingstherapeutische vaardigheden.

Kosten van de interventie

- Kosten patiënt;

De kosten voor de behandeling kunnen in specifieke gevallen vergoed worden uit de aanvullende verzekering van de patiënt. De patiënt kan bij de zorgverzekeraar informeren naar de mogelijkheden (Zorgwijzer, 2019);

- Kosten therapeut;

Bij en nascholingen, supervisie van de therapeut;
Onderhoud en inrichting van de ruimte.

Subtypen

- Individueel;
- Specifieke mannen/vrouwengroep;

Ontwikkelingsgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Door middel van een interview heeft één patiënt inspraak gehad op dit product. Deze data is verwerkt, waarna er een membercheck heeft plaats gevonden. Alle op- en aanmerkingen zijn verwerkt in het product.

Literatuur

Berk, L. S., Tan, S. A., Fry, W. F., Napier, B. J., Lee, J. W., Hubbard, R. W., Lewis, J. E., & Eby, W. C. (2002). Neuroendocrine and Stress Hormone Changes During Mirthful Laughter. *American Journal of the Medical Sciences*, 298(6), 390-396.

Bradt, J., Chim, M., & Goodill, S. W. (2015). Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), 1-43. doi:10.1002/14651858.CD007103.pub3

Cardinaels, N. (2014). *Omgaan met kanker: Een emotionele handleiding voor mensen met kanker en hun omgeving*. Leuven: Acco.

De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L., & Sanderman, R. (2009). *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie*. Assen: Van Gorcum.

Geens, E., Steemans, J., & Lurquin, L. (2017). *Alles wat je zegt, is niet alles wat je voelt: Een vaktherapeutisch product gebaseerd op drama-, beeldend en dans en bewegingstherapie die gericht is op het preventief benaderen van jongeren tussen 12 tot 16 jaar rondom het thema kanker en de bekendheid van het Toon Hermans Huis* (Afstudeeropdracht). Vaktherapie, Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Goodill, S. (2018). Accumulating Evidence for Dance/Movement Therapy in Cancer Care. *Frontiers in Psychology*, 9, 17-78. doi:10.3389/fpsyg.2018.01778

Groenewold, L., Poelhuis, E., & Stolk, G. (2018). Als je kanker hebt overleefd, is het nog niet uit je leven. *Leven na kanker: Een speciale uitgave van de KWF kankerbestrijding*, 3-23.

Ho, R. T. H. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 337-345. doi:10.1016/j.aip.2005.04.005

- Integraal kankercentrum Nederland, (2018, februari). *Cijfers over kanker*. Geraadpleegd op 6 oktober 2018, van https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Dataset_1/img5bbb578420782
- .Kuiper, C., Verhoef, J., & Cox, K. (2012). *Evidence-based practice voor paramedici: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- KWF. (2018). *Hulp na kanker*. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van <https://www.kanker.nl/hulp-na-kanker>
- Lane, A., Hewston, R., Redding, E., & Whyte, G. P. (2003). Mood changes following modern dance classes. *Social Behavior and Personality*. Palmerston North, New Zealand: Society for Personality Research, Inc.
- Leeflang, J. (2019). *Aanraken: Het onderzoek*. Geraadpleegd op 15 april 2019, van https://www.haptonomieleeflang.nl/het_belang_van_aanraken
- Levy, F. J. (1988). *Dance Movement Therapy: A healing Art*. Reston, America: American Alliance for health, physical education, recreation and dance.
- Maat, K. (2010). *Leren dansen in de regen: Een dramatherapeutisch werkmodel voor volwassenen in de herstelfase van kanker* (Afstudeeropdracht) [HBO kennisbank]. Geraadpleegd op 10 september 2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_zuyd:oai:surfsharekit.nl:d18bb10e-4861-4054-9738a303f940f204?q=leren+dansen+in+regen
- Mannheim, E. G., & Gartner, M. (2016). Tanztherapie in der Onkologie, visualisierungen und Bewegungsimpulse in der tanztherapeutischen Arbeit mit krebsberoffenen. *KörperTanz Bewegung*, 69-78. doi:10.2378
- Mannheim, E., Helmes, A., & Weis, J. (2013). Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation. *Forschende Komplementärmedizin*, 41, 22-33. doi:10.1159/000346617
- NFK. (2017). *Cijfers over late gevolgen van kanker*. Geraadpleegd op 16 april 2019, van https://borstkanker.nl/sites/default/files/Infographics/Factsheet_Late%20gevolgen%20van%20kanker.pdf
- Nijman, L. (2016) *Schaduwlicht in beeld: Een kwalitatief onderzoek naar 'mindfulness based' beeldende therapie bij volwassenen met kanker* (Afstudeeropdracht). Zuyd Hogeschool, Heerlen.
- Overweg met kanker. (2017). *Gevangen in een mistwolk*. Geraadpleegd op 16 april 2019, van <https://www.overwegmetkanker.nl/impact-van-kanker/overleefmodus-doorgaan/mistwolkchemobrein>
- Popa, M. R., & Best, P. A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5, 31-44. doi:10.1080/17432970903545941
- Van den Boon, T., Hendrickx, R., & Van der Sijs, N. (2015). *Groot woordenboek van de Nederlandse taal* (15e druk). Utrecht: Van Dale.
- Vandereycken, W., Emmelkamp, P., & Hoogduin, C. (2006). *Handboek Psychopathologie. Deel 2 Klinische Praktijk* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vos, M. S. T., Appelo, M. T., Brouwer, T., Brouwer, A. C., Glotzbach, R., Hoogstraten, K., . . . Leeuwen, K. (2015). *Richtlijn Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker*. Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie: Amsterdam.
- Schippers, T. (2008). *Grounding versus Craving: De waarde van groundings- en centreringsoefeningen voor psychomotorische therapie in de verslavingszorg*. (Afstudeeropdracht) [HBO kennisbank]. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://hbo>

kennisbank.nl/details/sharekit_windesheim:oai:surfsharekit.nl:d2f11443_3b6d-44a6 bf3f
71584ef11368?q=schippers+dennis&has-link=yes&has link=yes&c=0

Spiegel, D., (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer*, 3, 252-256.

Zorgwijzer, (2019, januari). *Vaktherapie*. Geraadpleegd op 2 april 2019, van
<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/vaktherapie>