

Patiëntgericht onderzoek naar de effecten van Psychosomatische Oefentherapie (PSOT)

Herhaalde metingen bij 183 patiënten

dr. C.D. van Ravensberg
drs. D.M. van Berkel



**Patiëntgericht onderzoek naar de effecten van Psychosomatische Oefentherapie (PSOT)
Herhaalde metingen bij 183 patiënten**

Uitvoering onderzoek

Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) te Amersfoort

Auteurs

dr. C.D. (Dorine) van Ravensberg (NPi)

drs. D.M. (Lonneke) van Berkel (NPi)

ISBN-nr.: 978-90-76986-53-1

Amersfoort, februari 2011

- © NPi - Nederlands Paramedisch Instituut, Postbus 1161, 3800 BD Amersfoort.
Telefoon: 033 421 6100
Fax: 033 421 6190
E-mail: npi@paramedisch.org
Internet: www.paramedisch.org
- © VvOCM - Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, Kaap Hoordreef 54, 3563 AV Utrecht.
Telefoon: 030 262 5627
Fax: 030 262 3145
E-mail: info@vvocm.nl
Internet: www.vvocm.nl
- © Platform Psychosomatische Oefentherapie, p/a Recover Psychosomatiek, Werkstress @ Arbeids counseling, Grotestraat 243, 7622 GK BORNE
Telefoon: 074 267 2589
Fax: 074 259 0696
E-mail: info@recoverborne.nl
Internet: www.recoverborne.nl

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van fotokopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351 zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of meer gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

INHOUDSOPGAVE

	pagina
Samenvatting	1
1 Inleiding	7
1.1 Vraagstellingen	8
1.2 Opbouw van het verslag	8
2 Methode	10
2.1 Onderzoeksopzet	10
2.2 Onderzoekspopulatie	10
2.2.1 Inclusiecriteria	10
2.2.2 Exclusiecriteria	11
2.3 Dataverzameling	11
2.4 Meetinstrumenten	12
2.5 Dataverwerking en analyses	13
3 Resultaten nulmeting	15
3.1 Vergelijking wel en niet in analyse meegenomen patiënten	15
3.2 Persoonlijke kenmerken van de patiënten	16
3.3 Kenmerken van de gezondheidstoestand	17
3.3.1 Gezondheidstoestand o.b.v. verwijzing	17
3.3.2 Gezondheidstoestand o.b.v. het intakegesprek	18
3.3.3 Gezondheidstoestand o.b.v. scores op meetinstrumenten	22
3.3.4 Gegevens eerder zorggebruik voor de huidige klachten	23
4 Resultaten - korte termijn T₀-T₁	25
4.1 Gegevens behandeling PSOT	25
4.2 Verandering in gezondheidstoestand o.b.v. scores meetinstrumenten	26
4.3 Andere indicatoren van verandering gezondheidstoestand	30
5 Resultaten - middellange termijn T₁-T₂	32
5.1 Verandering in gezondheidstoestand o.b.v. scores meetinstrumenten	32
5.2 Andere indicatoren van verandering gezondheidstoestand	36
6 Resultaten - subgroepanalyses	38
6.1 Subgroepen met verschillende klachtsymptomen	38
6.2 Subgroepen met verschillende complexiteitsniveau	42
7 Nabeschuiving	45
7.1 Onderscheid patiëntenpopulatie PSOT van algemene patiëntenpopulatie oefentherapeuten Cesar en Mensendieck	45
7.2 Beperkingen in het patiëntgericht onderzoek	46
7.3 Bewijskracht onderzoek	46
7.4 Gevonden bewijs effectiviteit interventies en geregistreerde interventies	47
7.5 Interventies PSOT tegen de achtergrond van beroepscompetenties en -bevoegdheden	51
7.6 Aanbevelingen	53
8 Literatuur	54
Bijlagen	
1 Aanvullende opleidingen	
2 Deelnemende praktijken	
3 Vergelijking patiëntkenmerken	

SAMENVATTING

1 Inleiding

Dit document betreft de resultaten van patiëntgericht onderzoek dat is uitgevoerd voor de onderbouwing vanuit de praktijk van de prestatie Psychosomatische Oefentherapie (PSOT), als aanvulling op literatuuronderzoek naar wetenschappelijke evidentie (Van den Heuvel et al, 2010). Dit patiëntgerichte onderzoek is opgezet als een longitudinale klinische trial met herhaalde metingen. Het onderzoek geeft een eerste beschrijving van de patiëntengroep PSOT, de gegeven interventies en de resultaten daarvan op de korte en de middellange termijn, gemeten aan de hand van een set gevalideerde meetinstrumenten.

De onderzoeksvragen zijn:

- 1 Hoe is de doelgroep te karakteriseren wat betreft persoonlijke eigenschappen, het probleem, de zorgconsumptie en de gezondheidstoestand bij aanvang van de behandeling PSOT, ook in vergelijking met de patiënten die zich aanmelden voor reguliere fysio- en oefentherapie?
- 2 Hoe heeft de gezondheidstoestand zich ontwikkeld aan het einde van de behandeling in vergelijking met de start van de behandeling?
- 3 Hoe verloopt de gezondheidstoestand in de periode na de behandeling?

2 Methode

Vijftien psychosomatisch werkende en daartoe opgeleide oefentherapeuten (PSOT), verspreid over Nederland, leverden geanonimiseerde gegevens volgens hun gebruikelijke registratie die voor dit onderzoek in een webbased systeem is overgezet.

Inclusiecriteria patiënten

Inclusiecriteria waren goede beheersing van de Nederlandse taal, ≥ 18 jaar. Daarnaast moest er sprake zijn van klachten die behoren tot het behandelcompetentiegebied van de PSOT: hyperventilatie, angst- en panieklachten, spanninghoofdpijn/migraine, nekklachten, klachten aan arm, nek en/of schouder (Kans/RSI), stressgerelateerde lage-ruggpijn, slaapstoornissen, gejaagdheid/niet meer kunnen ontspannen, overspanning/surmenage, burn-out, chronische pijnklachten, medisch-pathologisch onbegrepen lichamelijke klachten, post-whiplashklachten, fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom, werkgerelateerde stressklachten, depressieve klachten (met lichamelijke klachten of inactiviteit en spanningsproblemen), andere niet genoemde psychosomatische klachten passend in het domeinomschrijving van de psychosomatische oefentherapeut.

Exclusie criterium

Verdenking van een organische klacht, psychische klachten zonder lichamelijke klachten en/of zonder lichamenlijk en psychosociaal disfunctioneren. Patiënten zonder goede beheersing van de Nederlandse taal werden eveneens uitgesloten.

Registratie van patiëntgegevens

Door de therapeuten is geen selectie gemaakt; er zijn gegevens geregistreerd van alle patiënten die zich in de periode eind juli 2009 tot half november 2010 bij de deelnemende PSOT aanmeldden en die ook daadwerkelijk een indicatie hadden voor PSOT (op grond van anamnese en onderzoek inclusief de meetgegevens). Alle therapeuten hebben een verklaring ondertekend waarin zij aangeven alle gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.

Na informed consent door de patiënt zijn de volgende gegevens verzameld: persoonlijke kenmerken, kenmerken van de gezondheidstoestand, gegevens over eerder zorggebruik voor de huidige klachten, gegevens over de behandeling, arbeidsverzuim en medicijngebruik. Voor het beschrijven van de gezondheidstoestand is de valide en betrouwbare PSOT-standaard testbatterij gebruikt, bevattende de:

- Vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL);
- SF36/RAND 36 (algemeen functioneren en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven);
- VAS-klachten (ernst van de hoofdklacht);
- Meetlat Algemeen Functioneren (MAF; beoordeling door patiënt van zijn algemeen functioneren);
- Maslach Burnout Inventory (MBI; symptomen van burn-out);
- Nijmeegse Hyperventilatielijst (NHL; ernst hyperventilatiesymptomen).

De MBI en NHL worden alleen afgenomen bij vermoeden van burn-out of hyperventilatieproblemen.

Dataverwerking en analyses

De persoonskenmerken en de uitkomsten van de intake met betrekking tot de gezondheidstoestand zijn beschreven met behulp van frequentietabellen en gemiddelden.

De Wilcoxon Signed Ranks Test werd gebruikt voor het vergelijken van de verschillen over tijd tussen baseline meting en het einde van de behandeling gemeten met de 4-DKL, SF36/RAND-36, VAS-klachten, MAF, MBI, NHL. De T-toets voor gepaarde waarnemingen of een gewone T-toets voor niet-gepaarde waarnemingen werd gebruikt voor het analyseren van arbeidsverzuim over tijd. Het medicatiegebruik werd over tijd getoetst met de Chi² toets. Bij het vergelijken van de drie meetmomenten werd de Friedman Test gebruikt voor de meetinstrumenten 4-DKL, SF36/RAND-36, VAS-klachten, MAF, MBI, NHL. De Spearman Rho Correlatie werd gebruikt voor het bepalen van de samenhang tussen medicijngebruik en de duur van de klachten.

Als grens voor statistisch significantie is een p-waarde van 0,05 gehanteerd. Daarnaast is het minimale klinisch relevante verschil (MKRV) berekend. Dit is het verschil in score op een meetinstrument waarbij de patiënt een relevante verandering bemerkt. Een verandering van 30% ten opzichte van baseline is aangehouden als klinisch relevant verschil. Indien van patiënten de derde meting ontbreekt, is het gemiddelde van de totale groep als vervangende waarde ingevuld (imputatie).

De ingevulde vragenlijsten en testresultaten zijn verwerkt met SPSS 17.

3 Resultaten

In dit verslag zijn van 183 patiënten gegevens van drie meetmomenten verwerkt. De patiënten die zijn uitgevallen (n=38) verschillen niet van de geanalyseerde patiënten wat betreft patiëntkenmerken en de basisscores op de meetinstrumenten.

3.1 Persoonsgegevens

De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 40,8 jaar; er zijn 36 (19,7%) mannelijke en 147 (80,3%) vrouwelijke patiënten. De patiënten zijn als groep relatief hoog opgeleid: 35,0% van de patiënten heeft hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs genoten, 41,0% heeft een MBO-opleiding. Het grootste deel van de patiënten (68,3%) heeft betaald werk en werkt gemiddeld 29,6 uur per week [SD 10,4:4-60].

Gezondheidsprobleem bij aanvang

Patiënten zijn ingedeeld in de categorieën: stressgerelateerde klachten (48,6%), overspanning/surmenage en burn-out (25,1%) en angst- en panieklachten en hyperventilatie (24,0%). De meeste patiënten zijn geklasseerd onder de VNZ-pathologiecode psychosomatische aandoeningen (83,6%). De code 'Hyperventilatie zonder longpathologie' werd gegeven aan 13,1% van de patiënten. Iets minder dan de helft van de patiënten (48,6%) had langer dan zes maanden de huidige gezondheidsproblemen, 30,6% (veel) langer dan een jaar en 10,9% vijf jaar of langer. Ruim de helft van de patiënten (53,0%) gaf aan dat de gezondheidsproblemen recideerden of chronisch aanwezig waren. 94 Patiënten waren al eerder behandeld voor de huidige gezondheidsproblemen waarvan 39 patiënten door een psycholoog, 48 door een reguliere fysio- of oefentherapeut, 8 door een (andere) psychosomatisch werkende fysio- of oefentherapeut, 3 door maatschappelijk werk en 20 door andere hulpverleners zoals een chiropractor, psychiater, homeopaat of arbeidstherapeut.

• **Door patiënt ervaren externe stressoren**

De bij de intake meest frequent genoemde ernstige externe stressoren (stressoren in de omgeving) zijn stressoren die te maken hebben met de dagelijkse bezigheden als het huishouden, arbeid, sport of opleiding. Deze stressoren zijn aangegeven door 61,7% van de patiënten. Daarna volgen de 'gezinsomstandigheden' (partner, kinderen) met 38,3%, 'familieomstandigheden' met 36,1% en lichamelijke problemen als ziekten of aandoeningen worden genoemd door 20,2% van de patiënten.

Rond de 10% van de patiënten benoemt als ernstige externe stressoren zaken als 'andere relaties' (9,3%), 'leefomstandigheden' (12,6%) en 'financiële zaken' (10,9%). Juridische zaken, zoals een lopende schadeclaim, spelen bij 6 patiënten (3,3%) een rol.

Er konden meerdere externe stressoren tegelijk worden aangegeven. Gemiddeld werden per patiënt 1,9 (SD 1,0) externe stressoren aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

De helft van de patiënten (50,3%) geeft aan dat er bovendien, naast de huidige stressoren, ernstige stressoren uit het verleden zijn die nog steeds opspelen.

• **Interne stressoren: Disfunctionele Cognities**

Het merendeel van de patiënten (56,8%) heeft last van wat is benoemd als 'moetisme': het gevoel van alles moeten doen, klaar moeten hebben. Een negatief zelfbeeld kwam naar voren bij 45,4% van de patiënten. Disfunctionele illness-beliefs (onjuiste, herstelbelemmerende ideeën en opvattingen over de ervaren gezondheidsproblemen) kwamen voor bij 25,7% van de patiënten en een pessimistische kijk op het leven bij 15,3%. Door 6,0% van de patiënten zijn problemen benoemd die niet duidelijk zijn in te delen.

Gemiddeld werden per patiënt 1,5 (SD 0,9) disfunctionele cognities aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 4).

• **Interne stressoren: Disfunctionele Emoties**

Bij het merendeel van de patiënten (54,6%) bleek sprake te zijn van ingehouden emoties als ergernissen en boosheid. Ook had een hoog percentage (51,9 %) last van een overmatig gevoel van verantwoordelijkheid. Dit bleek een significante samenhang te hebben met de disfunctionele cognitie 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,000$).

Bij 48,6% van de patiënten speelden verdrongen emoties als faalangst, angst, woede, verdriet en onverwerkte rouw een rol. Ruim eenderde (42,6%) had weinig zelfvertrouwen en 32,2% had last van schaamte, schuldgevoelens, gekrenkte trots en 'oud zeer'. Onder de rubriek 'anders' (11 patiënten, 6,0%) werden omschrijvingen geplaatst als 'ontbreken van perspectief' in het leven of op het werk.

Gemiddeld werden per patiënt 2,4 (SD 1,2) disfunctionele emoties aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

• **Interne stressoren: Disfunctioneel Gedrag**

Disfunctioneel omgaan met problemen, zoals zichzelf forceren of roofbouw plegen op zichzelf, komt voor bij 53,6% van de patiënten. Dit hangt ook nauw samen met de disfunctionele cognitie 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,001$).

Moeite om grenzen te voelen en aan te geven: subassertiviteit komt voor bij 62,3%. Ook deze gedragsvorm vertoont een samenhang met 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,002$).

Perfectionisme, het hanteren van een hoog streefniveau, komt voor bij 55,2%, en hangt zowel samen met (cognitie) 'moetisme' (Chi kwadraat, $p=0,000$) als met (andere disfunctionele gedragingen) 'moeite met probleemcoping, roofbouw - perfectionisme' (Chi kwadraat, $p=0,025$). 'Moeite met grenzen aangeven' en 'perfectionisme' bleken niet samen te hangen.

Disfunctioneel omgaan met emoties zoals door deze te bagatelliseren, komt voor bij 41,0%. Disfunctioneel omgaan met de gezondheidsklachten zoals dat zich kan uiten in fixatie daarop negeren of overdrijven, komt voor bij 29,0% van de patiënten.

Een externe locus of control (vinden dat anderen jouw problemen moeten oplossen) komt bij deze patiëntengroep relatief weinig voor: bij 6,6%.

Gemiddeld werden per patiënt 2,5 (SD 1,1) disfunctionele gedragsaspecten aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

3.2 Behandeling

De meest frequent toegepaste behandelvorm was 'Therapeutisch lichaamswerk' (95,1%), gevolgd door 'Cognitieve gedragstherapie' (92,9%), 'Psycho-educatie' (82,5%) en 'Taakgerichte hulpverlening' (78,1%). Bij patiënten met overspanning/burn-out werd relatief vaak taakgerichte hulpverlening toegepast en bij patiënten met angststoornissen/hyperventilatie relatief weinig. De therapeut paste bij op één na alle patiënten een combinatie van behandelvormen toe. Bij 58,5% van de patiënten werden alle vier de onderscheiden behandelvormen toegepast, bij 32,2% drie onderscheiden behandelvormen en bij 8,7% twee van de onderscheiden behandelvormen. Gemiddeld zijn er 11,2 behandelzittingen gegeven met een duur van 40,6 minuten (30-60 minuten). Bij 155 patiënten werd als reden voor de beëindiging van de behandeling aangegeven dat de behandeldoelen waren gerealiseerd. Bij 11 patiënten werd de behandeling gestaakt omdat de zorgverzekering verdere behandelingen niet vergoedde. 16 Patiënten hadden een andere reden.

Resultaten behandeling

* **4-DKL**

De Distress-score wordt als het meest belangrijk beschouwd. Bij de beginmeting hebben 90 patiënten een Distress-score > 20 , hetgeen wijst op overspanning/surmenage. Bij afsluiting van de behandeling hadden 5 patiënten een score van > 20 op de Distress-score. Bij het vergelijken van de beginmeting (T_0) met T_1 bij afsluiting van de behandeling werd er een significant en klinisch relevant verschil gevonden op alle afzonderlijke dimensies ($p=0,000$). In alle gevallen betrof het een vermindering van de klachten. Tijdens de follow-upmeting (T_2) werd er bij 1 patiënt een score van > 20 op de Distress-score gevonden. Op alle afzonderlijke dimensies bleek de score significant te veranderen over de drie meetmomenten ($p=0,000$).

* **SF36/RAND36**

Bij T_0 geven de patiënten de meeste problemen aan op de dimensies 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door fysieke problemen', 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door emotionele problemen' en 'Vitaliteit'. Bij vergelijken van T_0 met T_1 is een significant en klinisch relevant verschil gevonden op alle afzonderlijke dimensies ($P=0,000$). Bij T_2 was de mediaanscore > 80 punten op alle dimensies met uitzondering van 'Vitaliteit'. Waarden over alle dimensies zijn statistisch significant veranderd over de drie meetmomenten.

* **VAS-klachten**

De mediaanscore van de patiënten is bij T_0 8,0 [2,0-10,0]. Deze score geeft aan dat de patiënten hun klachten gemiddeld als 'heftig', 'zwaar' ervaren. Bij T_1 is deze mediaanscore 3,0. [0,0-9,0]. Er is een significant en klinisch relevant verschil tussen T_0 en T_1 ($p=0,000$). De mediaanscore is bij T_2 2,0 [0-9,0]. De VAS-scores verschillen significant over de drie meetmomenten ($p=0,000$).

* **MAF**

De mediaanscore is bij T_0 6,0 [0,0-10,0]. Deze score geeft aan dat de patiënten hun algemeen functioneren gemiddeld als (net) voldoende beoordelen. Bij T_1 is deze score 8,0 [4,0-10,0]. Er is een significant en klinisch relevant verschil tussen T_0 en T_1 ($p=0,000$). Bij T_2 was de mediaanscore 8,2 [5,0-10,0]. Er is een significant verschil tussen de drie meetmomenten ($p=0,000$).

* **MBI**

De MBI is afgenomen bij 56 patiënten bij wie een burn-out werd vermoed. Een burn-out wordt gedefinieerd bij een score op de dimensies 'Emotionele uitputting' > 21 , in combinatie met of een score op de dimensie 'Depersonalisatie' > 11 of een score op de dimensie 'Persoonlijke bekwaamheid' < 24 of met beide. Bij 16 van de 56 patiënten (28,6%) is er bij T_0 een burn-out en bij 2 patiënten is er bij T_1 sprake van een burn-out. Bij T_2 had geen enkele patiënt een score > 21 op deze dimensie c.q. had geen enkele patiënt een burn-out. Op alle dimensies zijn er significante en klinisch relevante verbeteringen in de tijd ($p=0,000$).

*** NHL**

De NHL is afgenomen bij 56 patiënten bij wie hyperventilatie werd vermoed. De mediaanscore voor deze groep is 24 [0-55]. Een score van >23 wijst op een grote mate van zekerheid dat de patiënt lijdt aan hyperventilatie. Deze score kwam bij 30 patiënten voor bij T₀ en bij 4 patiënten bij T₁ en T₂. Bij T₁ was de mediaanscore 5 [0-33]; een significante en klinisch relevant verschil ($p=0,000$). Bij T₂ was de mediaanscore 6,5 [0-30]. De scores op de drie meetmomenten bleken significant te verschillen over de drie meetmomenten ($p=0,000$).

*** Mening patiënt**

Bij het afsluiten van de behandeling geeft 90,1% van de patiënten aan dat de gezondheidsproblemen sterk zijn verbeterd. Geen van de patiënten meldt verslechtering of ontbreken van verandering ten opzichte van T₀. Bij T₂ geeft 79,5% aan dat de gezondheidsproblemen zijn verbeterd sinds het einde van de behandeling. Bij 85 patiënten is er sprake van een sterke verbetering, bij 20 van een matige verbetering en bij 23 van een lichte verbetering. 30 Patiënten rapporteren geen verandering, 2 patiënten zijn van mening dat de klachten licht verslechterd zijn en 1 patiënt is van mening dat de klachten matig verslechterd zijn.

*** Arbeidsverzuim**

Bij T₀ hadden 55 patiënten met een betaalde baan arbeidsverzuim in de voorgaande vier weken vanwege hun klachten. Het verzuim bedroeg gemiddeld 26,8 uur per week [SD10,2:8-50]. Bij T₁ hadden nog 23 patiënten arbeidsverzuim in de vier voorafgaande weken; gemiddeld 17,7 uur per week [SD 8,2:6-36], een significant en klinisch relevant verschil. Bij de follow-up hadden 124 patiënten een baan van gemiddeld 28,8 uur per week, van wie er 8 over de laatste vier weken arbeidsverzuim hebben gehad van gemiddeld 15,8 uur/week [SD 13,0: 2-36]. De veranderingen in arbeidsverzuim over de drie meetmomenten zijn significant ($p=0,000$). In de groep met spanningsklachten waren aanvankelijk 17 patiënten met arbeidsverzuim in de voorgaande vier weken door de klachten, in de groep met overspanning/surmenage 28 patiënten en in de groep met angststoornissen/hyperventilatie 10 patiënten. Bij alle drie de groepen was dat verzuim afgenomen, zowel wat betreft het aantal mensen met verzuim als het gemiddelde aantal verzuimde uren per week.

*** Medicijngebruik**

In totaal hebben 47 patiënten bij T₀ medicatie voor de klachten. Bij T₁ zijn dat 21 patiënten, een significante afname ($p=0,000$). Bij T₂ gebruiken nog 16 patiënten medicatie, 1 patiënt gebruikt meer dan één soort medicatie.

*** Andere hulpverleners**

12 Patiënten zijn bij T₀ ook in behandeling bij andere hulpverleners. Bij T₁ zijn dat 7 patiënten: 3 patiënten bij een psycholoog, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een fysiotherapeut en 2 bij maatschappelijk werk en fysiotherapeut. Bij T₂ zijn 5 patiënten in behandeling bij een andere hulpverlener: 1 bij een psycholoog, 1 bij maatschappelijk werk, 1 bij een psychiater, 1 patiënt gaat twee keer per week naar een dagopname en 1 patiënt wordt behandeld door een fysiotherapeut voor rugklachten.

4 Nabeschuiving

*** Vergelijking patiëntenpopulatie PSOT en algemeen Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck**

Conclusie: de PSOT-patiëntenpopulatie betreft een specifieke subpopulatie wat betreft gezondheidsprobleem en aandoening(en) enerzijds (stressgerelateerd, met externe en interne stressfactoren in het algemeen op complexiteitsniveau Cx3), het (hoge) opleidingsniveau en het hebben van een (veel uren omvattende) betaalde baan anderzijds, ten opzichte van de algemene populatie patiënten van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. De subpopulatie patiënten behoort wel tot de reguliere patiënten van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en hun aandoeningen vallen binnen de gebruikelijke VNZ-diagnosecodering.

* **Beperkingen in het patiëntgericht onderzoek**

Gegevens zijn verkregen van 183 patiënten, op drie meetmomenten: bij de start van de behandeling, bij afsluiting en drie maanden daarna. Van 38 andere patiënten zijn gegevens verkregen van de eerste meting, maar deze patiënten waren aan het eind van de registratieperiode van dit onderzoek nog niet uitbehandeld (n=5) of zijn om uiteenlopende redenen uitgevallen (n=33). Bij vergelijking van de patiënten die wel en niet in de analyses zijn opgenomen bleek dat er geen verschil was tussen de patiënten van wie gegevens op alle drie de meetmomenten zijn verkregen en deze groep: er heeft geen selectieve uitval plaatsgevonden.

* **Bewijskracht onderzoek**

De conclusie op basis van de resultaten luidt: Er is beperkt bewijs dat (er zijn aanwijzingen dat) een behandeling PSOT bij patiënten met verschillende vormen van stressgerelateerde klachten, met symptomen van overspanning/burn-out of van angst- en paniekstoornissen inclusief daarmee samenhangende hyperventilatie, gunstige effecten heeft op de klachten en symptomen, de kwaliteit van leven, het functioneren, het arbeidsverzuim en de inname van medicatie. En dat deze effecten na afloop van de behandeling blijven voortduren en zelfs nog iets zijn verbeterd bij de follow-up na drie maanden (niveau 3 bewijs: bewijskracht C).

Dit niveau van bewijs is op dit moment het hoogst haalbare bewijsniveau (zie Piramide van Evidentie).

* **Gevonden bewijs effectiviteit interventies en geregistreeerde interventies**

De conclusie is dat de PSOT in de behandeling van de verschillende diagnosegroepen de evidentie voor behandelinterventies in de literatuur volgt.

De PSOT lijkt de minder complexe patiënten vanuit de in de literatuur onderscheiden diagnosegroepen te behandelen: niet zozeer patiënten met burn-out maar voornamelijk degenen met werkgerelateerde overspanning en geen patiënten met ernstige angst- en paniekstoornissen, maar patiënten met hyperventilatie op basis van stress, waarin gevoelens van angst meespelen.

* **Interventies PSOT tegen de achtergrond van beroepscompetenties en -bevoegdheden**

De conclusie is dat de ene patiënt vanuit de aard en ernst van de problematiek meer gebaat zal zijn bij - of meer 'openstaat' voor - interventies door de psycholoog, en een andere patiënt, met andere accenten in de problematiek en minder ernstige, minder 'psychiatrische' aspecten, voor interventies door PSOT.

De conclusie is dat op basis van de Beslisboom een indicatie PSOT of algemene Oefentherapie moet worden gesteld en dat patiënten met matig complexe psychosomatische problematiek gebaat zijn met PSOT-interventies die door een daarin gespecialiseerde oefentherapeut/PSOT moeten worden gegeven.

De conclusie is dat PSOT bij daarvoor geïndiceerde patiënten aanvullend zou kunnen zijn op de behandeling door de huisarts.

5 Aanbevelingen

De verzamelde gegevens beschrijven (voor het eerst) op systematische wijze de patiëntenpopulatie, (het verloop in de tijd van) de scores van de patiënten op de meetinstrumenten en de werkwijze en door de therapeuten gehanteerde interventies PSOT. Deze gegevens kunnen als basis voor verder patiëntgericht onderzoek fungeren. Aanbevolen onderwerpen voor verder onderzoek zijn:

- kwalitatief onderzoek bij patiënten met een indicatie PSOT en patiënten met een indicatie voor algemene Oefentherapie Cesar of Mensendieck;
- (gecontroleerd) vergelijkend onderzoek naar effecten van behandeling door een Psychosomatisch Oefentherapeut en een algemeen opgeleide Oefentherapeut van patiënten met complexiteitsniveau 2;
- beschrijvend onderzoek naar de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch werkende Fysiotherapeuten in vergelijking met de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch Oefentherapeuten.

1 INLEIDING

Dit deel van het eindverslag PSOT betreft de resultaten van het patiëntgericht onderzoek dat is uitgevoerd voor de onderbouwing vanuit de praktijk van de behandeling PSOT, als aanvulling op het literatuuronderzoek naar wetenschappelijke evidentie. Dit patiëntgerichte onderzoek is opgezet als een longitudinale klinische trial met herhaalde metingen. Het onderzoek geeft een eerste beschrijving van de patiëntengroep PSOT, de gegeven interventies en de resultaten daarvan op de korte en middellange termijn, gemeten aan de hand van een set gevalideerde meetinstrumenten.

De aanleiding voor het onderzoek was de wijziging van de beleidsregel CV 5900-4.0.8 per 14 april 2008 door de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de zorgaanbieders die paramedische zorg leveren. De wijziging betreft de toevoeging van de prestatie Psychosomatische Oefentherapie per 1 juli 2008.

Tegelijkertijd met deze wijziging is geconstateerd dat een goede onderbouwing voor de prestatie Psychosomatische Oefentherapie op basis van wetenschap en praktijk ontbreekt. De NZa geeft aan deze onderbouwing te willen ontvangen. Hiermee volgt de NZa het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat de Minister van VWS adviseert binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en AWBZ over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Het CVZ heeft voor psychosomatische oefentherapie aangegeven dat er geen sprake is van verzekerde zorg conform de Zvw. Het CVZ heeft eerder voor zowel de psychosomatische fysiotherapie als recent voor de psychosomatische oefentherapie aangegeven dat nader onderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk noodzakelijk is. Deze onderbouwing zal aan het CVZ worden voorgelegd met de vraag of op basis van de nieuwe informatie de prestatie tot de verzekerde zorg conform de Zvw behoort.

Psychosomatische Oefentherapie (PSOT)

De psychosomatisch oefentherapeut (PSOT) richt zich op het opsporen, bewerken en neutraliseren van psychosociale oorzaken achter stressgerelateerde (lichamelijke) klachten, met als doel de klachten te verminderen/verhelpen, de stresshantering en probleemhantering te bevorderen en de zelfregulatie te vergroten (Versteeg 2007).

De PSOT volgt daarin de verschillende stappen van het (paramedisch/oefentherapeutisch) methodisch handelen waarin het klinisch redeneren een belangrijke plaats inneemt. De PSOT onderscheidt zich van oefentherapie Cesar en Mensendieck in algemene zin wat betreft het traject dat leidt tot consultatie van een PSOT-therapeut, de PSOT-anamnese en het onderzoek op geleide van de klachten waarmee patiënten zich presenteren waarin - naast onderzoek naar de lichamelijke aspecten - identificatie van de externe, omgevings-/werkgerichte stressoren en de interne stressoren (disfunctionele opvattingen/cognities, emoties en gedrag van de patiënt) een belangrijke plaats inneemt. Gegevens uit de anamnese en het onderzoek leiden tot een PSOT-diagnose. De indicatiestelling PSOT vindt plaats aan de hand van de beslisboom PSOT, aan de hand van uitkomsten op een specifieke set diagnostische en evaluatieve meetinstrumenten. De PSOT-diagnose vormt de basis voor het behandelplan, waarin de doelen samen met de patiënt worden geformuleerd. De psychosomatisch oefentherapeut is uitgebreid opgeleid in het toepassen van specifieke PSOT-interventies.

Gebruikelijke behandelvormen c.q. vormen van interventies van PSOT zijn in te delen in de volgende vier hoofdgroepen:

- I **Therapeutisch Lichaamswerk.** Onder dit paraplubegrip worden (combinaties van) verschillende soorten interventies gerekend. In een behandeling PSOT omvat de interventie 'therapeutisch lichaamswerk' in ieder geval Ontspanningstherapie (a), Ademtherapie (b) en Ki-therapie (c) en vaak ook Mindfulness Based Stress Reduction (d) en Hartcoherentie-methoden (e). Zie Kader 1 voor een nadere beschrijving van de (sub)interventies a t/m h behorend bij Therapeutisch Lichaamswerk.
- II **Psycho-educatie.** De psychosomatisch oefentherapeut bevraagt de patiënt over (psychosociale) oorzaken achter de stressgerelateerde klachten en werkt met de patiënt toe naar inzicht in de samenhang tussen de klacht en gebeurtenissen of gevoelens/emoties.

Inzicht is voorwaarde voor het werken aan oplossingen. Andere onderdelen van psycho-educatie zijn het geven van informatie en voorlichting over het ontstaan van stress en de samenhang tussen emoties, stress en klachten, het adviseren en begeleiden van de patiënt in het omgaan met problemen, emoties en klachten en het verdelen van de energie over de dagelijkse taken (coping, stresshantering en energiemangement).

III Cognitieve Gedragstherapie c.q. gedragstherapeutische interventies. De psychosomatisch oefentherapeut zoekt naar disfunctionele cognities omdat die disfunctionele emoties teweeg kunnen brengen bij de patiënt met als gevolg bepaald (stressgerelateerd) gedrag en klachten, en bespreekt de bevindingen met de patiënt. Door deze cognities en de emoties meer reëel te maken kan de patiënt zijn gedrag veranderen en zijn klachten verminderen. Technieken zijn bijvoorbeeld cognitieve herstructurering, re-labelling, confrontering, herconditionering, aan-/afleren, monitoring, assertiviteitstraining.

IV Taakgerichte hulpverlening. Bij de taakgerichte aanpak worden de klachten 'vertaald' in problemen, waarna de problemen worden omgezet in doelen en taken, opdrachten en stappenplannen die de patiënt moet uitvoeren. Het uitvoeren van deze taken (die de patiënt ook als 'huiswerk'opdrachten moet uitvoeren) leidt bij de patiënt tot gedragsverandering en inzicht. Het uitvoeren van de opgedragen taken is een oefening in het effectief leren omgaan met problemen (probleemcoping).

1.1 VRAAGSTELLINGEN

De gegevens zijn verzameld in het kader van de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Hoe is de doelgroep te karakteriseren wat betreft persoonlijke eigenschappen, het probleem, de zorgconsumptie en de gezondheidstoestand bij aanvang van de behandeling PSOT? (T₀-meting, ook in vergelijking met de patiënten die zich aanmelden voor reguliere fysio- en oefentherapie).
- 2 Hoe heeft de gezondheidstoestand zich ontwikkeld c.q. hoe is de gezondheidstoestand bij afsluiting van de behandeling PSOT? (T₁-meting, scores op de meetinstrumenten in vergelijking met de scores die bij T₀ zijn verkregen).
- 3 Hoe verloopt de gezondheidstoestand in de periode na de behandeling? In het bijzonder: blijft de gezondheidstoestand stabiel of verslechtert de gezondheidstoestand weer spoedig na afloop van de behandeling PSOT? (T₂-meting, 3 maanden na afsluiting van de behandeling PSOT; vergelijking van de scores met de scores die op T₀ en T₁ zijn verkregen).

1.2 OPBOUW VAN HET VERSLAG

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de methode van gegevensverzameling, -verwerking en analyse.

In Hoofdstuk 3 worden de patiënten beschreven wat betreft persoonlijke eigenschappen, karakteristieken van het probleem, zorgconsumptie en de gezondheidstoestand bij aanvang van de behandeling psychosomatische oefentherapie (PSOT).

In Hoofdstuk 4 wordt aangegeven hoe de gezondheidstoestand is bij afsluiting van de behandeling PSOT (T₁) in vergelijking met de gezondheidstoestand bij de start van de behandeling (T₀).

Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënten in de drie maanden na afloop van de behandeling (T₂-meting in vergelijking met gegevens bij T₀ en T₁). Op basis van deze gegevens kan worden vastgesteld of, en zo ja, in welke mate de resultaten beklijven op de middellange termijn.

In Hoofdstuk 6 worden de drie hoofdgroepen patiënten die zijn te onderscheiden naar de klachtsymptomen vergeleken wat betreft behandelvormen en resultaat (6.1). Daarnaast worden behandelvormen vergeleken en door de patiënten ervaren verbetering tussen de drie groepen patiënten met verschillend niveau van complexiteit (6.2).

In Hoofdstuk 7 worden de PSOT-patiëntenpopulatie en de resultaten van de behandeling vergeleken met de algemene populatie van patiënten van oefen- en fysiotherapeuten en wordt de behandeling PSOT vergeleken met de Best Evidence op grond van de literatuur.

Therapeutisch Lichaamswerk omvat:

- a Ontspanningstherapie in de vorm van het aanleren aan de patiënt om 'Autogene trainingstechnieken' te gebruiken. Autogene training is een westerse vorm van ontspanningstherapie, een anti-stresstherapie: het is een methode waardoor de patiënt door concentratie zichzelf leert te ontspannen. Vaak wordt eerst de techniek van 'progressieve relaxatie' aangeleerd, waarmee de patiënt zich bewust wordt van het verschil in gevoel tijdens het aanspannen en ontspannen van grote spiergroepen. Beide vormen van ontspanning worden meestal aangeleerd en uitgevoerd terwijl de patiënt ligt of zit (dus in rusthouding).
- b Ademtherapie. Deze therapievorm leert de patiënt hoe een natuurlijke en ontspannen ademhaling aanvoelt, zowel in rust als tijdens activiteiten.
- c Ki-therapie. Ki betekent levensenergie/levenskracht en past in de Boeddhistische traditie van technieken als meditatie, Tai Chi, Qigong en Aikido. De methode Ki is gericht op ontspanning-in-actie, dus op ontspanning in alledaagse handelingen en stresssituaties, via gerichte oefeningen zoals onder meer ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Wanneer de patiënt zich bewust wordt van een automatische stressreactie kan de patiënt een meer effectieve respons zoals ontspanning-in-actie (Ki) inzetten.
- d Mindfulness (mindfulness based stress reduction). Deze therapievorm traint de patiënt in het bewust/aandachtig ervaren van zintuiglijke gewaarwordingen, gevoelens of gedachten zonder daarover te oordelen of er (reflexmatig) op te reageren.
- e Hartcoherentiemethode. Een methode om via de ademhaling de variabiliteit van de hartslag te vergroten en deze in evenwichtige samenhang (coherentie/samenhang) te brengen met de mate van activiteit (of rust) van de patiënt op dat moment en minder met ervaren emoties.
- f Visualisatie. Bij deze therapievorm wordt de patiënt getraind in het omzetten van klachten en problemen in beelden. Beelden kunnen worden opgeroepen, nader worden verkend, worden veranderd/bewerkt of losgelaten. Visualisatie vindt plaats via de rechter hersenhelft; anders dan verbaalcognitieve methoden die in de linker hersenhelft worden verwerkt.
- g Bio-energetische oefeningen. Deze oefeningen zijn erop gericht dat de patiënt zich bewust wordt van veranderingen in spierspanning en ademfrequentie als reactie op het 'inhouden' of 'uitten' van emoties. Gebruikelijke stressreactiepatronen kunnen daardoor worden doorbroken en emoties worden verwerkt.
- h Haptonomische interventies. De psychosomatisch oefentherapeut maakt gebruik van haptonomische principes van aanraken en gevoelsbeleving.

2 METHODE

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het patiëntgericht onderzoek over de effecten van Psychosomatische Oefentherapie (PSOT) is opgezet en uitgevoerd. Gekozen is voor een longitudinaal onderzoek met herhaalde metingen. Voor de metingen is gebruikgemaakt van de valide en betrouwbare meetinstrumenten die tot de standaard testbatterij behoren van de Psychosomatisch Oefentherapeut (PSOT).

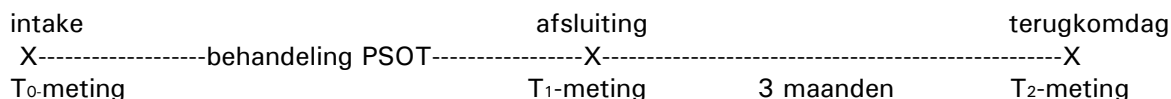
2.1 ONDERZOEKSOPZET

Voor de registratie van patiëntgegevens die instromen voor een behandeling PSOT is een specifiek registratieformulier ontwikkeld en getest op bruikbaarheid. Er is een registratietraject opgezet waarin 15 PSOT-therapeuten verspreid over Nederland gegevens hebben vastgelegd over patiënten en de doelen en resultaten van de PSOT-behandeling. De geanonimiseerde gegevens zijn ingevoerd in Parantion, een webbased registratiesysteem. Voor het vastleggen van gegevens voor dit onderzoek is aan de patiënten toestemming gevraagd door middel van een Informed Consent.

Uitkomstmaten werden op drie meetmomenten vastgelegd: bij de start van de behandeling (nulmeting/ T_0), na afloop van de behandeling (eindmeting/ T_1) en drie maanden na de eindmeting en het afsluiten van de behandeling (follow-upmeting/ T_2).

Voorafgaand aan de registratie hebben de therapeuten deelgenomen aan een workshop voor gebruik van het webbased registratiesysteem. Per praktijk is een individuele inlogcode beschikbaar gesteld, waarmee alleen toegang tot de eigen gegevens wordt verkregen. Alle therapeuten hebben een uitgebreide handleiding ontvangen over de methode van registreren en het gebruik van het Parantion-systeem. Bij vragen of problemen kon contact worden opgenomen met een medewerker van het Nederlands Paramedisch Instituut.

Alle therapeuten hebben een verklaring ondertekend waarmee zij aangeven dat de gegevens naar waarheid zijn ingevuld.



Figuur 1.1 Schema van de metingen van de gezondheidstoestand van de patiënten die instromen

2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE

2.2.1 Inclusiecriteria

Het onderzoek werd uitgevoerd bij patiënten vanaf 18 jaar en ouder met een goede beheersing van de Nederlandse taal. Patiënten konden instromen met een verwijzing (van huisarts, bedrijfsarts of specialist) of via directe toegang. Patiënten konden worden ingesloten in het onderzoek indien sprake was van klachten die behoren tot het behandelcompetentiegebied van de PSOT. Dit betreft één (of meerdere) van de onderstaande aandoeningen of klachten, die voornamelijk vallen onder de VNZ-pathologiecodes 81 (psychosomatische aandoeningen) en 82 (hyperventilatie zonder longpathologie):

- hyperventilatie, angst- en panieklachten;
- spanningshoofdpijn/migraine;
- nekklachten, Kans (Klachten Arm-Nek-Schouder)/ RSI (Repetitive Strain Injury);
- stressgerelateerde lage rugpijn;
- slaapstoornissen;
- gejaagdheid/niet meer kunnen ontspannen;
- overspanning/surmenage;

- burn-out;
- chronische pijnklachten;
- medisch-pathologisch onbegrepen lichamelijke klachten;
- post whiplash klachten;
- fibromyalgie;
- chronisch vermoeidheidssyndroom;
- werkgerelateerde stressklachten (conflicten/werkdruk/ontbreken van perspectief);
- depressieve klachten, waarbij lichamelijke klachten ervaren worden of inactiviteit en spanningsproblemen een rol gaan spelen;
- andere niet genoemde psychosomatische klachten passend in de domeinomschrijving van de psychosomatisch oefentherapeut.

2.2.2 Exclusiecriteria

Geëxcludeerd werden patiënten met verdenking op een organische klacht (rode vlag).

Patiënten met psychische klachten zonder lichamelijke klachten en/of zonder lichamenlijk en psychosociaal disfunctioneren werden eveneens uitgesloten (geen indicatie PSOT).

Ook patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten om vragenlijsten in te vullen of aan andere onderdelen van de behandeling naar behoren te kunnen meewerken zijn geëxcludeerd. Ook als ze het Informed Consent-formulier niet wilden ondertekenen. Zij vormen geen doelgroep voor PSOT.

2.3 DATAVERZAMELING

De registratieperiode liep van eind juli 2009 tot half november 2010 (15½ maand). De volgende clusters van gegevens zijn verzameld:

1 *Persoonlijke kenmerken*

- leeftijd;
- sekse;
- opleidingsniveau;
- dagelijks werk of bezigheden.

2 *Kenmerken van de gezondheidstoestand*

A Op basis van verwijzing:

- verwijsdiagnose, ingedeeld in een van de vooraf onderscheiden clusters¹;
- VNZ-codes.

B Op basis van het intakegesprek:

- aard en duur van de huidige klachten;
- door patiënt ervaren externe en interne stressoren zoals (disfunctionele)
- cognities, emoties, gedrag;
- complexiteit van de klacht²;
- arbeidsverzuim (waar van toepassing) door huidige klachten.

¹ De verwijsdiagnose werd gecodeerd in één van de volgende vijf clusters:

- stressgerelateerde klachten (SRK): spierspanningsklachten, aspecifieke spierpijn, spierspanningshoofdpijn, migraine, nek-schouder-armklachten (RSI, KANS), buikpijn, maagdarmlklachten, lagerugpijn, krampen, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, vermoeidheid
- somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten (SOLK) als ernstige vorm van SRK: fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom, post-whiplashsyndroom, chronische pijnklachten
- overspanning/surmenage: de werkrol kan niet meer naar behoren vervuld worden
- burn-out
- angst- en panieklachten, hyperventilatieklachten
- overig.

² De klachtcomplexiteit werd vastgelegd volgens de indeling van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP) en het Beroepscompetentieprofiel van de PSOT (Mulders 2009, Versteeg 2009).

- C Ernst van de klachten op basis van scores op meetinstrumenten:
- 4-DKL, VAS-klachten, Maslach Burnout Inventory, Nijmeegse hyperventilatie
 - Lijst, RAND-36, Meetlat Algemeen Functioneren.

3 *Gegevens over (eerder) zorggebruik voor huidige klachten*

- verwijzer
- eerder behandeld voor de huidige klachten;
- hoeveelheid eerdere behandel episodes voor de huidige klachten;
- medicijngebruik voor de huidige klachten;
- andere hulpverleners naast PSOT voor de huidige klachten.

4 *Gegevens behandeling PSOT*

- behandelvormen;
- aantal behandelzittingen;
- tijdsduur behandeling;
- reden van afsluiting van behandeling;
- verandering gezondheidstoestand op basis van scores op meetinstrumenten;
- andere indicatoren verandering gezondheidstoestand:
 - effecten van de behandeling PSOT naar de mening van patiënt;
 - verandering in arbeidsverzuim door huidige klachten
 - verandering in medicijngebruik voor klachten;
 - momenteel andere hulpverleners voor de huidige klachten.

Daarnaast hebben de therapeuten de PSOT-diagnose geregistreerd. Omdat deze diagnose in vrije tekst is, waardoor gegevens niet objectief uit te abstraheren zijn, zijn die gegevens niet in dit verslag opgenomen.

2.4 MEETINSTRUMENTEN

Voor het vaststellen van gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt zijn de meetinstrumenten gebruikt die tot de standaard testbatterij behoren van de psychosomatisch oefentherapeut. Dit zijn valide en betrouwbare meetinstrumenten, waartoe behoren:

- De vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL) (Terluin 2004, Terluin 2006) om symptomen op de dimensies 'distress', 'depressie', 'angst' en 'somatisatie' vast te leggen.
- Schaalwaarden: 'distress' 0-32, 'depressie' 0-12, 'angst' 0-32 en 'somatisatie' 0-32. Een lagere score staat voor minder symptomen/klachten.
- De RAND-36 (Van der Zee 1993) om het algemeen functioneren en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten op de dimensies 'geestelijke gezondheid', 'rolbeperkingen door emotionele problemen', 'sociaal functioneren', 'rolbeperkingen door fysieke problemen', 'fysiek functioneren', 'pijn', 'vitaliteit' en 'algemene gezondheidsbeleving'. Op elk van de dimensies loopt de schaalwaarde van 0-100³, waarbij een hogere score staat voor een hogere kwaliteit van leven en beter algemeen functioneren.
- De VAS-klachten⁴, die werd gebruikt om de ernst van de hoofdklacht vast te leggen volgens een ordinale schaal van 0-10 (0-0,5-1,0-1,5 tot 10,0). Daarbij betekent de score 0 'geen klachten' en score 10 'ondraaglijk veel klachten'. De VAS betreft meestal pijnklachten, soms is vermoeidheid of een hyperventilatieklacht de hoofdklacht.
- De Meetlat Algemeen Functioneren (MAF), net als de VAS-klachten een ordinale schaal van 0-10 (0-0,5-1,0-1,5 tot 10,0), waarmee de patiënt zijn algemeen functioneren beoordeelt. Daarbij betekent de score 0 'het functioneren is uitermate slecht' en score 10 'het functioneren is uitstekend'.

³ Niet elke score tussen 0 en 100 is mogelijk, en ook is onduidelijk of dezelfde afstand tussen scores ook dezelfde 'waarde' heeft. Daarom zijn ook de scores op de RAND als ordinale variabelen behandeld en niet als metrische variabelen.

⁴ N.B.: De naamgeving is feitelijk onjuist: dit betreft geen VAS (Visueel Analoge Schaal) maar een ordinale schaal.

- De Maslach Burnout Inventory (MBI) voor het vastleggen van symptomen van burn-out (Schaufeli 1994, Schaufeli 2000) op de dimensies 'emotionele uitputting', 'dépersonalisatie' en 'persoonlijke (on)bekwaamheid'. Schaalwaarden: 'emotionele uitputting' 0-42, 'dépersonalisatie' 0-30 en 'persoonlijke (on)bekwaamheid' 0-42. Bij de eerste twee dimensies betekent een lagere score vermindering van symptomen; bij de dimensie 'persoonlijke (on)bekwaamheid' betekent een hogere score 'meer bekwaamheid'.
- De Nijmeegse Hyperventilatielijst (NHL) om de ernst van hyperventilatiesymptomen te meten (Van Doorn 1983). De schaalwaarde loopt van 0-64, waarbij een lagere score minder symptomen van hyperventilatie aanduidt.

De MBI en NHL werden alleen afgenomen bij patiënten bij wie respectievelijk een burn-out of hyperventilatieproblemen werden vermoed op basis van de verwijzingsgegevens of door informatie van de patiënt tijdens het intakegesprek/de anamnese.

Daarnaast zijn gegevens verzameld die meer indirect iets zeggen over de gezondheidstoestand: het arbeidsverzuim en het medicijngebruik voor de huidige klachten.

2.5 DATAVERWERKING EN ANALYSES

De ingevulde vragenlijsten en testresultaten zijn verwerkt tot een SPSS-databestand (SPSS Statistics 17.0.0; SPSS Inc., Chicago, USA, 2008). De ruwe data zijn gecontroleerd op invoerfouten en inconsistenties en waar nodig verbeterd.

De relevante kenmerken van de onderzoekspopulatie en de uitkomsten op de meetinstrumenten zijn beschreven met behulp van frequentietabellen en gemiddelden.

Voor het toetsen van effecten van de PSOT-interventie zijn de uitkomstmaten van de nulmeting, de eindmeting en de follow-up meting gebruikt.

Als uitkomstmaten zijn gehanteerd:

- effecten naar de mening van patiënt;
- significante en klinisch relevante verandering in scores op de meetinstrumenten: 4-DKL, VAS-klachten, Maslach Burnout Inventory, Nijmeegse Hyperventilatie Lijst, RAND-36, Meetlat Algemeen Functioneren;
- verandering in medicijngebruik voor de klachten;
- verandering in arbeidsverzuim vanwege de klachten.

De scores op de meetinstrumenten betreffen ordinale schaalwaarden die non-parametrisch zijn getoetst. Voor vergelijking van ordinale variabelen zijn de non-parametrische Wilcoxon toets (gepaarde waarnemingen), de Chi² toets en de Spearman Rho Correlatie gehanteerd.

Voor vergelijking van metrische variabelen werd gebruikgemaakt van de T-toets voor gepaarde waarnemingen of een gewone T-toets voor niet-gepaarde waarnemingen.

Metrische variabelen zoals arbeidsverzuim zijn tevens geanalyseerd met een General Linear Model (GLM) voor herhaalde metingen, waarin gekeken werd naar het effect van het programma op deze variabelen in de tijd.

Voor non-parametrische variabelen zijn de middellange-termijn-effecten geanalyseerd met behulp van de Friedman-toets.

Als grens voor statistische significantie is een p-waarde van 0,05 gehanteerd.

Belangrijker dan significante verschillen is wellicht het minimale klinisch relevante verschil (MKRV): het verschil in score op een meetinstrument waarbij de cliënt een relevante verandering bemerkt. Normwaarden van klinische relevante verschillen zijn nog voor weinig meetinstrumenten beschikbaar en zijn niet gelijk voor verschillende patiëntengroepen (Zanoli, 2005). Zanoli veronderstelt een MKRV bij verandering van 10-20% van de hoogst mogelijke score. Ostelo et al. (2008) noemt een verandering van 30% ten opzichte van de basisscore als klinisch relevant. In dit rapport is de aanbeveling van Ostelo et al. (2008) gevolgd: een verandering van 30% ten opzichte van de basisscore is als klinisch relevant beschreven.

Patiënten van wie tenminste twee metingen beschikbaar zijn worden meegenomen in de analyses. Bij patiënten van wie geen gegevens van een T₂ meting beschikbaar zijn (omdat de termijn voor de T₂ meting nog niet is verstreken of omdat de patiënt niet meer beschikbaar is voor een T₂ meting) wordt het gemiddelde van de totale groep als vervangende waarde ingevuld (imputatie). Omdat dit kan leiden tot kleinere spreidingsmaten (regressie naar het gemiddelde) en een overschatting van het significantieniveau worden de statistische analyses eveneens uitgevoerd op de groep patiënten van wie daadwerkelijk meetgegevens van drie metingen beschikbaar zijn, en worden deze gegevens vergeleken met die van de analyses op de geïmputeerde scores.

Om selectieve uitval van patiënten na te gaan worden patiënten die wel of niet in de analyses worden meegenomen vergeleken op algemene patiëntkenmerken en scores op de meetinstrumenten bij de nulmeting.

3 RESULTATEN NULMETING

In het eerste deel van dit Hoofdstuk worden algemene patiëntkenmerken en kenmerken van het gezondheidsprobleem van de patiënten beschreven. In het tweede deel volgt een overzicht van de scores op de meetinstrumenten die als uitkomstmaten worden gehanteerd.

De nulmetingen hebben plaatsgevonden tussen 23 juli 2009 en 3 mei 2010.

De gegevens van de patiënten zijn afkomstig van 15 PSOT-therapeuten met praktijken verspreid over Nederland (zie Tabel 3.1 voor nadere gegevens over deze therapeuten).

Tabel 3.1 Gegevens registrerende therapeuten

Plaats	Leeftijd	Geslacht	Jaar van afstuderen	Opleiding
Aalsmeer	52	V	1981	Cesar
Heerhugowaard	44	V	1987	Mensendieck
Julianadorp	49	V	1988	Mensendieck
Wolvega	53	V	1977	Mensendieck
Lent	53	V	1977	Cesar
Borne	47	V	1984	Cesar
Warmenhuizen	46	V	1983	Cesar
Amsterdam	36	V	1996	Mensendieck
Varsseveld	45	V	1986	Cesar
Veenendaal	45	V	1987	Mensendieck
Eerbeek	48	M	1991	Cesar
Opeinde	56	V	1974	Mensendieck
Roermond	46	V	1986	Mensendieck
Hippolytushoef	45	V	1987	Mensendieck
Winschoten	50	V	1981	Mensendieck

Bij vergelijking van de PSOT-therapeuten met gegevens van de 'algemene' Oefentherapeuten van het Nivel (Hingstman 2009) blijkt het volgende:

- De verhouding oefentherapeuten Cesar - oefentherapeuten Mensendieck is respectievelijk 53,3% en 46,7%; in dit onderzoek is die respectievelijk 40,0% en 60,0%.
- De man-vrouw-verhouding therapeuten: 93% vrouw, in dit onderzoek eveneens 93% vrouw.
- De gemiddelde leeftijd van de oefentherapeuten is 41 jaar; in dit onderzoek 47,7 jaar.

Naast de algemene opleiding tot oefentherapeut Cesar of Mensendieck hebben de PSOT-therapeuten een specifieke Post-HBO-opleiding en -cursussen gevolgd op het gebied van de psychosomatiek (zie Bijlagen 1 en 2).

3.1 VERGELIJKING WEL EN NIET IN ANALYSE MEEGENOMEN PATIËNTEN

Voor de analyses zijn gegevens van patiënten gebruikt van wie drie metingen beschikbaar waren of bij wie gegevens van de derde meting konden worden geïmputeerd met de gemiddelde score van de totale groep. Van de 221 ingesloten patiënten waren er 183 beschikbaar voor de analyses. Van 38 patiënten waren alleen gegevens van de nulmeting beschikbaar: 5 van hen waren bij het einde van de registratie nog in behandeling, 33 waren om uiteenlopende redenen in de loop van de behandeling uitgevallen. Om na te gaan of er selectieve uitval heeft plaatsgevonden is de groep patiënten die niet in de analyse werd meegenomen wat betreft algemene patiëntkenmerken en basisscores op de meetinstrumenten vergeleken met de patiënten die wel in de analyse werden opgenomen. De patiënten die zijn uitgevallen verschillen

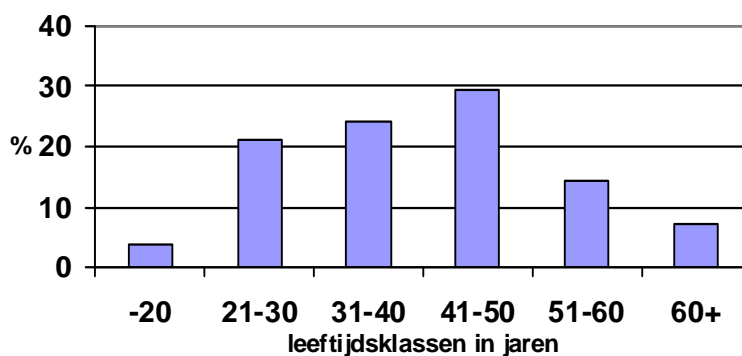
niet van de geanalyseerde patiënten: alleen op de somatisatie score van de 4DKL scoorden de uitvallers slechter dan de geanalyseerde patiënten (zie Bijlage 3). Er heeft geen selectieve uitval plaatsgevonden van de ingesloten patiënten.

3.2 PERSOONLIJKE KENMERKEN VAN DE PATIËNTEN

De gegevens in deze paragraaf betreffen persoons- en demografische kenmerken van de 183 patiënten die zijn behandeld door een psychosomatisch oefentherapeut en gegevens over hun deelname aan het arbeidsproces.

• Leeftijd

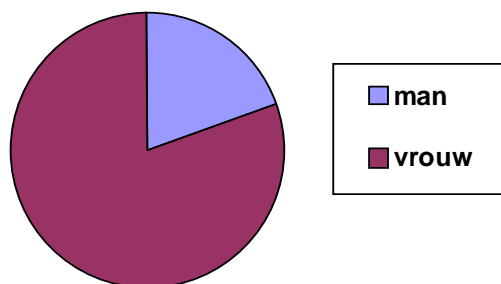
De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 40,8 jaar (SD 12,7: 18-79). Figuur 3.1 geeft de leeftijdsverdeling in categorieën.



Figuur 3.1 Leeftijdsverdeling 183 patiënten

• Sekse

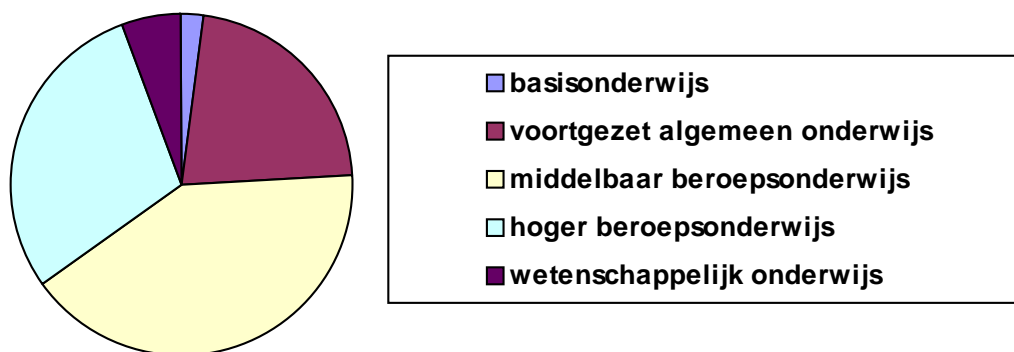
De groep omvat 36 mannelijke (19,7%) en 147 vrouwelijke (80,3%) patiënten (zie Figuur 3.2).



Figuur 3.2 Verdeling mannelijke en vrouwelijke patiënten (n = 183)

• Opleidingsniveau

De patiënten zijn, als groep, relatief hoog opgeleid: 64 van de 183 patiënten (35,0%) heeft hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs genoten. Van de 183 patiënten hebben er 75 (41,0%) een MBO-opleidingsniveau.



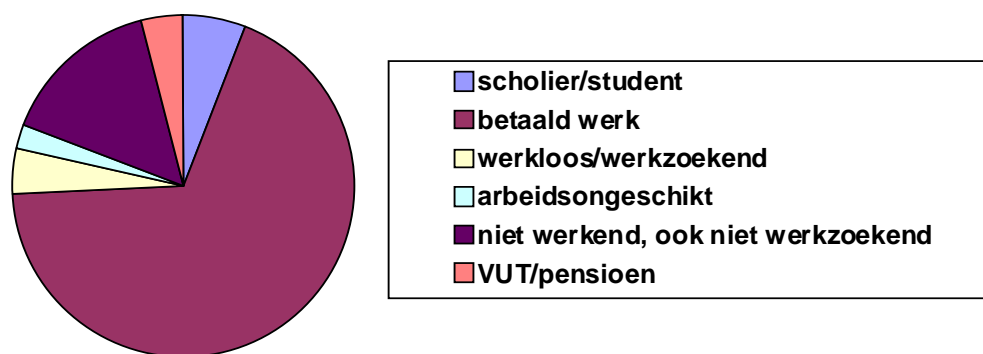
Figuur 3.3 Opleidingsniveau van de ingesloten patiënten

• Dagelijks werk of bezigheden

Het grootste deel van de patiënten ($n=125$; 68,3%) heeft betaald werk en werkt gemiddeld 29,6 uur/week (standaard deviatie 10,4), uiteenlopend van 4 tot 60 uur per week.

De overige patiënten zijn student ($n=11$; 6,0%), niet werkend maar ook niet werkzoekend ($n=28$; 15,3%), met de VUT of pensioen ($n=7$; 3,8%) of werkzoekend ($n=8$; 4,4%).

Vier patiënten zijn arbeidsongeschikt verklaard, met een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80% (1) en 100% (3).



Figuur 3.4 Dagelijks werk en/of activiteiten

Het percentage werkende of werkzoekende deelnemers (72,7%) is vrijwel gelijk aan het percentage werkenden of werkzoekenden in de landelijke bevolking (15-65 jaar) van 70,7% (CBS StatLine). Het aandeel van de vrouwen in de werkzame landelijke bevolking is 45,7%. Aangezien 81,5% van de PSOT-patiënten vrouw is zou in deze patiëntenpopulatie een lager percentage werkenden of werkzoekenden dan landelijk te verwachten zijn.

3.3 KENMERKEN VAN DE GEZONDHEIDSTOESTAND

De kenmerken van de gezondheidstoestand van de 183 patiënten worden beschreven zoals vastgesteld bij de start van de behandeling, bij het eerste onderzoek van de patiënt (T_0).

3.3.1 Gezondheidstoestand op basis van verwijzing

• Verwijsdiagnose

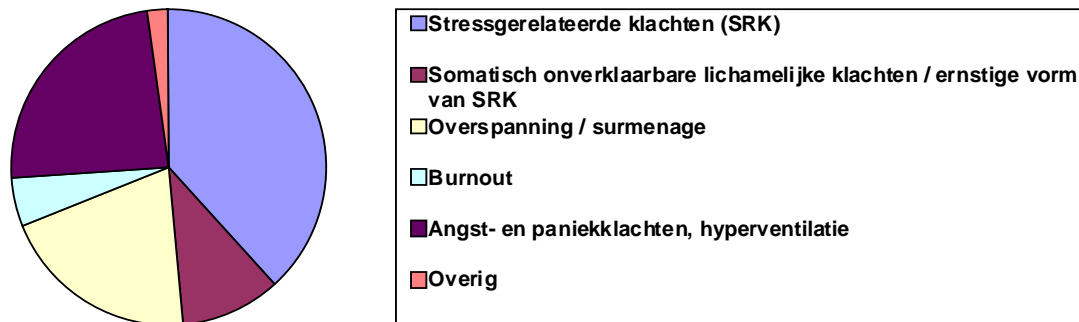
Op basis van de verwijzingsgegevens van de arts of, indien de verwijsdiagnose niet is aangegeven, op basis van de eigen bevindingen hebben de therapeuten de patiënten ingedeeld in gedefinieerde clusters van aandoeningen.

Stressgerelateerde klachten komen het meest frequent voor: 38,3% is beschreven als SRK en 10,4% heeft een ernstiger vorm van SRK; tezamen bijna de helft (48,6%) van alle patiënten.

De tweede grootste subgroep diagnoses vormen patiënten met 'overspanning/surmenage' en 'burn-out', respectievelijk 20,2% en 4,9%, tezamen 25,1%.

De derde subgroep wordt gevormd door patiënten met de diagnose angst- en panieklachten en hyperventilatie (24,0%).

In totaal konden de therapeuten (slechts) vier patiënten (2,2%) niet in één van deze clusters indelen. Het gaat om patiënten met slaapstoornissen, migraine en spierspanningshoofdpijn, depressiviteitsklachten en nek/schouderklachten.



Figuur 3.5 Verdeling van de ingesloten patiënten over de clusters verwijfsdiagnose

• VNZ-codes

De meeste patiënten (83,6%) zijn ingedeeld bij de VNZ-pathologiecode 81: psychosomatische aandoeningen.

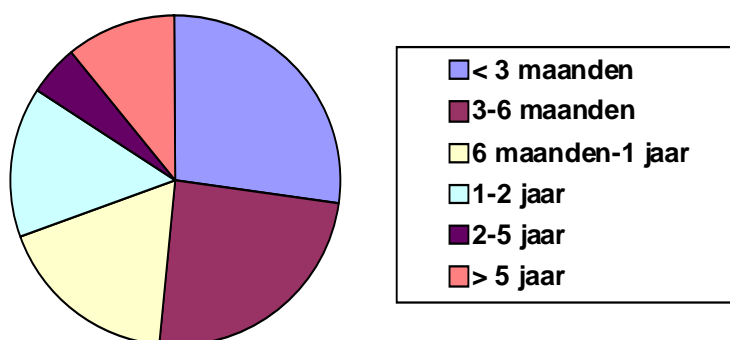
VNZ-code 82: hyperventilatie zonder longpathologie werd gegeven aan 13,1% van de patiënten. Bij zes patiënten (3,3%) werden andere codes gegeven: de codes 1926 spier-pees-fascieproblemen hoofd-hals, 6089 gynaecologie, 9180 gegeneraliseerde symptomatologie, 9284 maag-darmproblematiek, 9191 gegeneraliseerde reumatische-/collageenaandoeningen en 9494 gegeneraliseerde reumatische aandoeningen.

3.3.2 Gezondheidstoestand op basis van het intakegesprek

• Duur van de huidige klachten

Iets minder dan de helft van de patiënten (48,6%) had langer dan zes maanden last van de huidige gezondheidsproblemen op het moment dat zij zich bij de PSOT meldden.

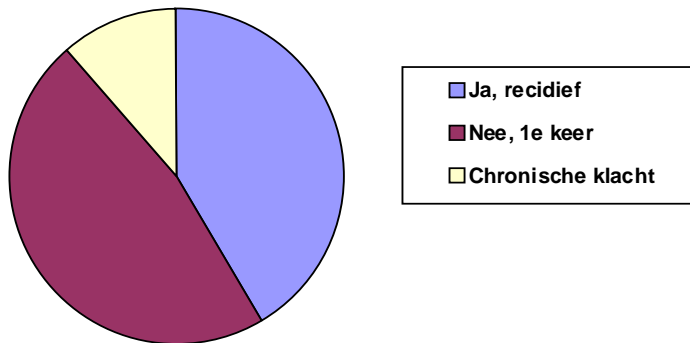
Bijna een derde van de patiënten (30,6%) had al (veel) langer dan een jaar klachten; 10,9% gaf aan al vijf jaar of langer last te hebben van de huidige gezondheidsklachten.



Figuur 3.6 Duur van de huidige klachten

• **Recidief klachten**

Ruim de helft van de patiënten (n=97; 53,0%) gaf aan dat de gezondheidsproblemen recidiveerden (na perioden van afwezigheid weer terugkwamen) of chronisch (continu) aanwezig waren. Voor de andere helft (86 patiënten; 47,0%) waren de huidige klachten 'nieuw'.



Figuur 3.7 Recidief klachten

• **Door patiënt ervaren externe stressoren**

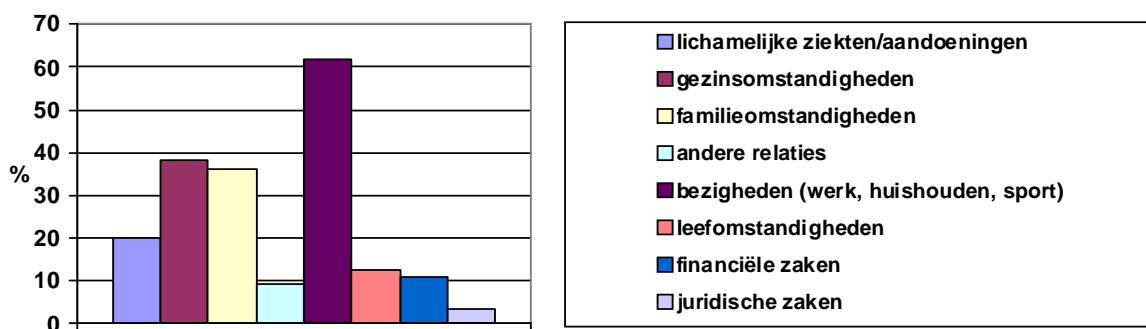
De bij de intake meest frequent genoemde ernstige externe stressoren (stressoren in de omgeving) zijn stressoren die te maken hebben met de dagelijkse bezigheden als het huishouden, de arbeid, sport of de opleiding. Deze stressoren zijn aangegeven door 61,7% van de patiënten. Daarna volgen de 'gezinsomstandigheden' (partner, kinderen) met 38,3%, 'familieomstandigheden' met 36,1% en lichamelijke problemen als ziekten of aandoeningen, die worden genoemd door 20,2% van de patiënten.

Rond de 10% van de patiënten benoemt als ernstige externe stressoren zaken als 'andere relaties' (9,3%), 'leefomstandigheden' (12,6%) en 'financiële zaken' (10,9%) .

Juridische zaken, zoals een lopende schadeclaim, spelen bij 6 patiënten (3,3%) een rol.

Er konden meerdere externe stressoren tegelijk worden aangegeven. Gemiddeld werden per patiënt 1,9 (SD 1,0) externe stressoren aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

Meer dan de helft van de patiënten (50,3%) geeft aan dat er bovendien, naast de huidige stressoren, ernstige stressoren zijn uit het verleden die nog steeds opspelen.

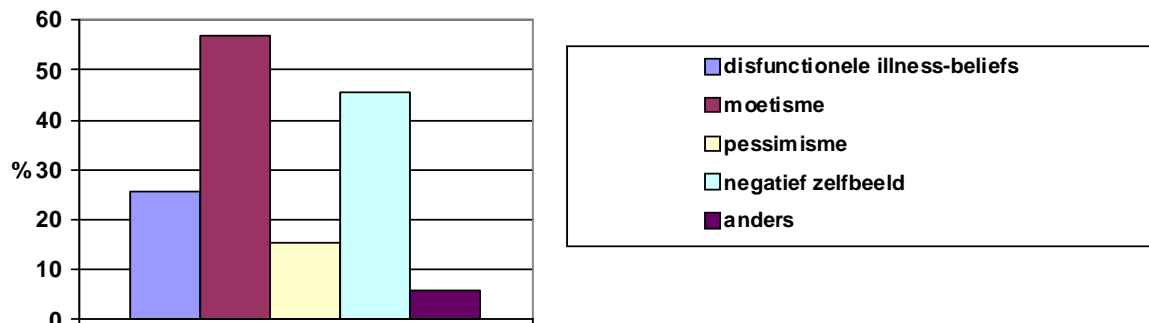


Figuur 3.8 Door de patiënten benoemde Externe Stressoren

• **Interne stressoren: Disfunctionele Cognities**

Het merendeel van de patiënten (56,8%) heeft last van wat is benoemd als 'moetisme': het gevoel van alles moeten doen, klaar moeten hebben. Een negatief zelfbeeld kwam naar voren bij 45,4% van de patiënten; disfunctionele illness-beliefs (onjuiste, herstelbelemmerende ideeën en opvattingen over de ervaren gezondheidsproblemen) kwamen voor bij 25,7% en een

pessimistische kijk op het leven bij 15,3%. Door 6,0% van de patiënten zijn problemen benoemd die niet duidelijk zijn in te delen. Gemiddeld werden per patiënt 1,5 (SD 0,9) disfunctionele cognities aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 4).



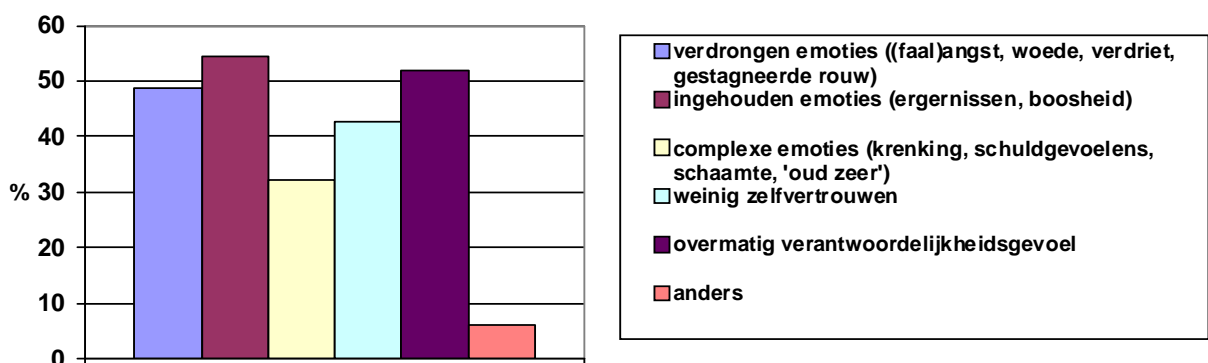
Figuur 3.9 Interne stressoren: Disfunctionele Cognities

• **Interne stressoren: Disfunctionele Emoties**

Bij het merendeel van de patiënten (54,6%) bleek sprake te zijn van ingehouden emoties als ergernissen en boosheid. Ook had een hoog percentage (51,9 %) last van een overmatig gevoel van verantwoordelijkheid. Dit bleek een significante samenhang te hebben met de disfunctionele cognitie 'moetiesme' (Chi kwadraat, $p=0,000$).

Bij 48,6% speelden verdrongen emoties als faalangst, angst, woede, verdriet en onverwerkte rouw een rol. Ruim eenderde (42,6%) had weinig zelfvertrouwen en 32,2% had last van schaamte, schuldgevoelens, gekrenkte trots en 'oud zeer'. Onder de rubriek 'anders' (11 patiënten, 6,0%) werden omschrijvingen geplaatst als 'ontbreken van perspectief' in het leven of op het werk.

Gemiddeld werden per patiënt 2,4 (SD 1,2) disfunctionele emoties aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).



Figuur 3.10 Interne stressoren: Disfunctionele Emoties

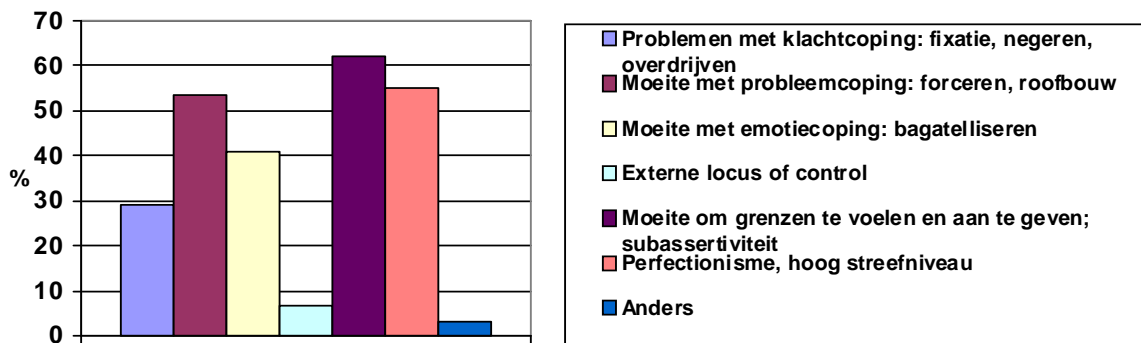
• **Interne stressoren: Disfunctioneel Gedrag**

Disfunctioneel omgaan met problemen, zoals door zichzelf te forceren of roofbouw te plegen op zichzelf, komt voor bij 53,6% van de patiënten. Dit hangt ook nauw samen met de disfunctionele cognitie 'moetiesme' (Chi kwadraat, $p=0,001$).

Moeite om grenzen te voelen en aan te geven: subassertiviteit komt voor bij 62,3%. Ook deze gedragsvorm vertoont een samenhang met 'moetiesme' (Chi kwadraat, $p=0,002$).

Perfectionisme, het hanteren van een hoog streefniveau, komt voor bij 55,2% en hangt zowel samen met (cognitie) 'moetiesme' (Chi kwadraat, $p=0,000$) als met (andere disfunctionele

gedragingen) 'moeite met probleemcoping, roefbouw - perfectionisme' (Chi kwadraat, $p=0,025$). 'Moeite met grenzen aangeven' en 'perfectionisme' bleken niet samen te hangen. Disfunctioneel omgaan met emoties zoals door deze te bagatelliseren komt voor bij 41,0%. Disfunctioneel omgaan met de gezondheidsklachten zoals dat zich kan uiten in fixatie daarop negeren of overdrijven, komt voor bij 29,0% van de patiënten. Een externe locus of control (vinden dat anderen jouw problemen moeten oplossen) komt bij deze patiëntengroep relatief weinig voor: bij 6,6%. Gemiddeld werden per patiënt 2,5 (SD 1,1) disfunctionele gedragsaspecten aangegeven (uiteenlopend van 0 tot 5).

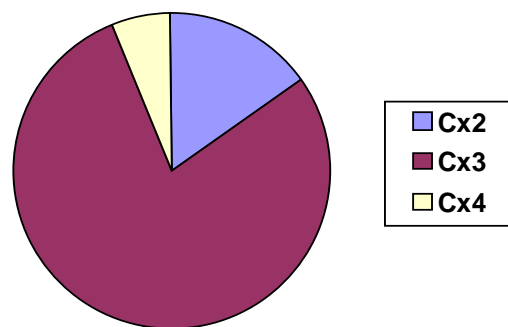


Figuur 3.11 Interne stressoren: Disfunctioneel Gedrag

• Complexiteitsniveau van de klachten

Het merendeel van de patiënten (78,7%) is ingedeeld in complexiteitsniveau Cx3. Patiënten die deze mate, dit niveau van complexiteit van gezondheidsproblematiek hebben, worden ook in de beroepsomschrijving Psychosomatisch Oefentherapeut (PSOT) aangeduid als de belangrijkste doelgroep van de PSOT.

De overige patiënten zijn ingedeeld in niveau Cx2 (minder complex; 15,3%) en in niveau Cx4 (zeer complex; 6,0%).



Figuur 3.12 Verdeling van de patiënten naar het niveau van complexiteit van het gezondheidsprobleem

• Werkverzuim door huidige klachten

Van degenen die betaald werk hebben ($n=125$, 68,3% van de patiënten) heeft 44,0% ($n=55$) zich in de voorafgaande vier weken ziek gemeld. Hun gemiddelde verzuim bedraagt 26,8 uur per week (standaard deviatie 10,2), uiteenlopend van 8 - 50 uur. Dit is 90,5% van het aantal uren dat zij normaal gesproken werken.

3.3.3 Gezondheidstoestand op basis van scores op meetinstrumenten

• Vier-Dimensionele Klachten Lijst (4-DKL)

Dit meetinstrument meet symptomen van respectievelijk: Distress, Angst, Depressie en Somatisatie. Daarvan wordt de Distress-score in het kader van PSOT het meest belangrijk geacht (2: beslisboom PSOT).

Een Distress-score > 20 wijst op surmenage; in totaal hebben 90 patiënten (49,2%) een score > 20.

Tabel 3.2 Scores op de 4-DKL

Dimensies 4-DKL n = 183	T ₀ score	
	Mediaan	Range
Distress (0-32)	20	1-32
Somatisatie (0-32)	15	0-30
Angst (0-24)	6	0-22
Depressie (0-12)	2	0-12

In de literatuur worden de volgende afkappunten op de 4-DKL genoemd waarboven patiënten nader moeten worden gescreend op de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen:

- somatisatiescores 30-32; twee patiënten (1,1%) voldoen daaraan.
- angstscores 13-24; 20 patiënten (10,9%) hebben zo'n score
- depressiescores 6-12; 32 patiënten (17,5%) hebben zo'n score.

Gecombineerde 'zorgelijke' scores: in totaal zijn er zes patiënten die qua scores op twee dimensies in de gevarezone van de psychiatrische stoornissen zitten en twee patiënten die op drie dimensies in die gevarezone verkeren. Eén patiënt met twee dimensies in de gevarezone is ook in behandeling bij maatschappelijk werk en een ander bij een bedrijfscoach. Eén patiënt met drie dimensies in de gevarezone is ook in behandeling bij een psycholoog. De overige drie patiënten zijn niet bij andere hulpverleners in behandeling.

• SF36/RAND 36

Een hoge score op de verschillende dimensies van de RAND-36 betekent dat die patiënt een betere kwaliteit van leven en een hogere mate van algemeen functioneren heeft dan iemand met een lage score. Een totaalscore wordt door de samenstellers van de RAND-36 niet berekend omdat de dimensies verschillende aspecten van iemands functioneren vertegenwoordigen en het niet zinvol is deze in één score te verwerken.

Tabel 3.3 Scores op de RAND-36 (mogelijke score per dimensie: 0-100)

RAND-36 dimensies n = 183	T ₀ score	
	Mediaan	Range
Geestelijke gezondheid	52	0-88
Rolbeperking door emotionele problemen	33,3	0-100
Sociaal functioneren	50	0-100
Rolbeperkingen door fysieke problemen	25	0-100
Fysiek functioneren	83,3	0-100
Pijn	55	0-100
Vitaliteit	33,3	0-86,8
Algemene gezondheidsbeleving	58,3	0-100

Met uitzondering van de dimensie 'fysiek functioneren' is de mediane score op alle dimensies lager dan 60.

De meeste problemen (de laagste mediane scores) geven de patiënten aan op respectievelijk de dimensies:

- 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door fysieke problemen',
- 'Rolbeperking/belemmeringen in rolvulling door emotionele problemen' en 'Vitaliteit'.

• **VAS-klachten**

Patiënten geven aan hoe ernstig zij hun klachten ervaren op de (ordinale) schaal van 0 (geen klachten) tot 10 (klachten zijn ondraaglijk zwaar). De mediaanscore van deze PSOT-patiënten is 8,0 (2,0-10,0). Deze score geeft aan dat de patiënten hun klachten gemiddeld als 'heftig', 'zwaar' ervaren.

• **Meetlat Algemeen Functioneren (MAF)**

Patiënten geven aan hoe zij hun functioneren ervaren op de (ordinale) schaal van 0 (uitermate slecht functioneren) tot 10 (uitmuntend functioneren). De mediaanscore van deze PSOT-patiënten is 6,0. Deze score geeft aan dat de patiënten hun algemeen functioneren gemiddeld als (net) voldoende beoordelen.

• **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

De Maslach Burnout Inventory is afgenomen bij 56 patiënten bij wie de PSOT op basis van het intakegesprek of op basis van de verwijsdiagnose een burn-out vermoedde.

Men definieert een burn-out bij een score op de dimensie 'Emotionele uitputting' >21 in combinatie met òf een score op de dimensie 'Depersonalisatie' >11 òf een score op de dimensie 'Persoonlijke bekwaamheid' <24, of met beide.

Op basis van deze criteria kan bij 16 patiënten van een burn-out worden gesproken: dat is 8,7% van de totale onderzoekspopulatie en 28,6% van de 56 patiënten bij wie een burn-out werd vermoed.

Tabel 3.4 Scores op de Maslach Burnout Inventory (mogelijke score 0-30/0-42)

Dimensies MBI	T ₀ score	
	mediaan	range
n = 56		
Emotionele uitputting (0-42)	20,5	0-41
Acute depersonalisatie (0-30)	6	0-20
Persoonlijke bekwaamheid (0-42)	20	0-38

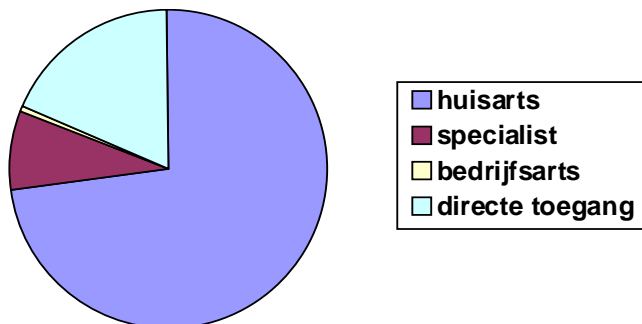
• **Nijmeegse Hyperventilatie Lijst (NHL)**

De Nijmeegse Hyperventilatie Lijst is afgenomen bij 61 patiënten bij wie op grond van de verwijsdiagnose en/of op grond van de gegevens die bij de anamnese/het intakegesprek naar voren kwamen, een zekere mate van hyperventileren werd vermoed. De mediane score voor deze groep van 61 patiënten bedraagt 24 (0 - 55). Een score >23 punten wijst op een grote mate van zekerheid dat de patiënt lijdt aan hyperventilatie. Deze score kwam voor bij in totaal 32 patiënten: 17,5% van de totale onderzoekspopulatie en 52,5% van de 61 patiënten bij wie hyperventileren werd vermoed.

3.3.4 Gegevens eerder zorggebruik voor de huidige klachten

• **Verwijzer**

Bijna driekwart (72,7%) van de patiënten is door de huisarts verwezen naar de psychosomatisch oefentherapeut. 34 Patiënten (18,6%) zijn op eigen initiatief bij de PSOT gekomen, via de wettelijke regeling 'Directe Toegankelijkheid Oefentherapie'; 15 patiënten (8,2%) zijn verwezen door een medisch specialist en 1 patiënt (0,5%) door een bedrijfsarts.

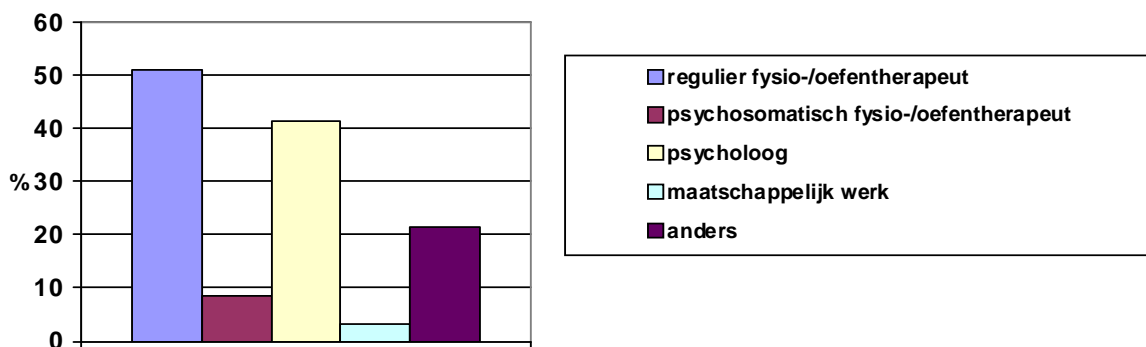


Figuur 3.13 Verwijzers van de 183 patiënten voor PSOT-behandeling

• Eerder behandeld voor de huidige klachten

94 Patiënten waren al eerder behandeld voor de huidige gezondheidsproblemen. Van hen waren 48 patiënten (51,1%) eerder door een reguliere fysio- of oefentherapeut behandeld, 39 (41,5%) door een psycholoog, 8 (8,5%) door een (andere) psychosomatisch fysio- of oefentherapeut, 3 (3,2%) door maatschappelijk werk en 20 (21,3%) door andersoortige hulpverleners zoals een manueel therapeut, chiropractor, psychiater, homeopaat of arbeidstherapeut.

16 Patiënten zijn eerder behandeld door twee verschillende hulpverleners en 4 patiënten door drie verschillende hulpverleners.



Figuur 3.14 Eerdere behandelaars PSOT-patiënten voor de huidige klacht

• Hoeveelheid eerdere behandelingsperiodes voor de huidige klachten

Een behandelingsperiode is gedefinieerd als een aaneengesloten periode van behandeling. De 94 patiënten die al eerder zijn behandeld vanwege de huidige gezondheidsklachten, hebben gemiddeld 1,8 behandelingsperiodes gehad (range 1-8 periodes).

• Medicijngebruik voor de huidige klachten

In totaal hebben 58 patiënten (31,7%) medicatie voor de huidige psychosomatische klachten. Het gaat hierbij om middelen als antidepressiva (n=19), pijnstillers (n=16) en slaapmiddelen (n=16), medicatie tegen hoge bloeddruk (n=6) en maagsapsecretie remmers (n=5). 1 Patiënt slikt Ritalin en 4 patiënten gebruiken meer dan één soort medicijn.

Er is samenhang tussen medicijngebruik en de duur van de klachten (Spearman correlatie $p=0,004$).

• Andere hulpverlener(s) naast PSOT voor de huidige klachten

16 Patiënten zijn bij aanmelding voor psychosomatische oefentherapie ook in behandeling bij andere hulpverleners: 8 bij een psycholoog, 2 bij maatschappelijk werk, 1 bij een fysiotherapeut, 1 bij bedrijfs-maatschappelijk werk en fysiotherapeut, 1 bij een magnetiseur, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een bedrijfscoach en 1 bij een psychiatrisch verpleegkundige.

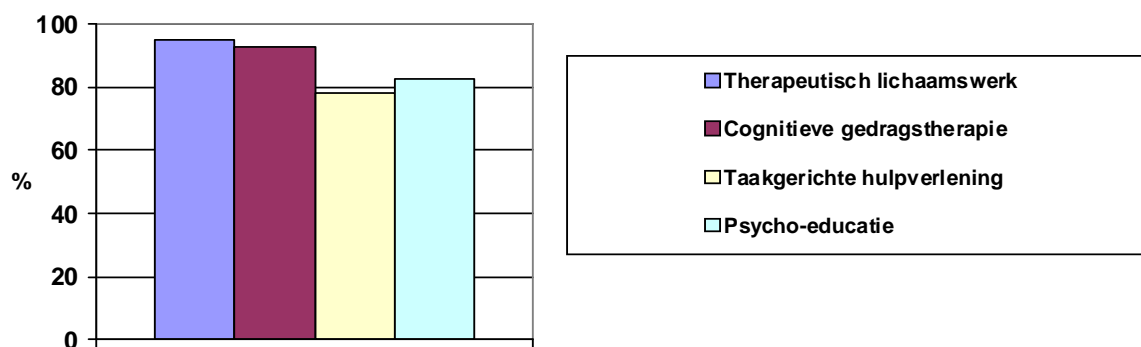
4 RESULTATEN – korte termijn T₀ - T₁

4.1 GEGEVENS BEHANDELING PSOT

• Behandelvormen

De behandelvorm die het meest frequent in aanmerking kwam voor de gediagnosticeerde problemen is het 'Therapeutisch lichaamswerk': bij 95,1% van de patiënten, gevolgd door respectievelijk 'Cognitieve gedragstherapie' (92,9%), 'Psycho-educatie' (82,5%) en 'Taakgerichte hulpverlening' (78,1%). Zie paragraaf 1.2 voor een korte beschrijving van deze behandelvormen.

Bij alle patiënten op één na past de PSOT een combinatie van behandelvormen toe: bij 58,5% alle vier de onderscheiden behandelvormen, bij 32,2% drie onderscheiden behandelvormen en bij 8,7% twee van de onderscheiden behandelvormen (Figuur 4.1). De patiënt bij wie slechts één behandelvorm is toegepast is behandeld met therapeutisch lichaamswerk.



Figuur 4.1 Behandelvormen PSOT

• Aantal behandelzittingen

Gemiddeld zijn er 11,2 behandelzittingen PSOT gegeven (range 3 - 30).

• Tijdsduur behandelzitting PSOT

De behandeltime per zitting verschilt tussen de therapeuten: gemiddeld is een zitting 40,6 minuten, uiteenlopend van 30 tot 60 minuten. De totale behandeltime (aantal zittingen x duur per zitting) is gemiddeld 447,5 minuten (range 90 - 1350 minuten).

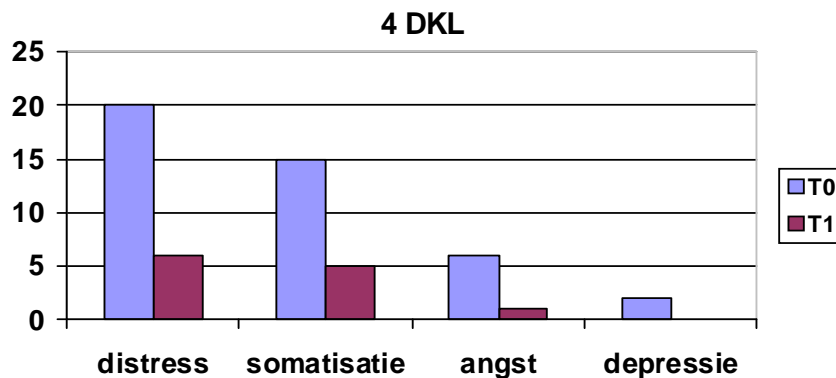
• Reden van afsluiting van de behandeling

Bij 155 patiënten (84,7%) werd als reden voor het beëindigen van de behandeling PSOT aangegeven dat de behandeldoelen waren gerealiseerd. Bij 11 patiënten (6,0%) werd de behandeling gestaakt omdat de zorgverzekering verdere behandeling niet vergoedde. Bij 16 patiënten (8,7%) werd de behandeling om 'andere redenen' beëindigd.

4.2 VERANDERING IN GEZONDHEIDSTOESTAND OP BASIS VAN SCORES OP MEETINSTRUMENTEN

• Vier-Dimensionele Klachten Lijst (4-DKL)

Verschillen in scores op elk van de afzonderlijke dimensies zijn getoetst met de Wilcoxon Signed Ranks Test (een non-parametrische toets). Op alle afzonderlijke dimensies bleek de score significant verschillend te zijn tussen T₀ en T₁ (p=0,000). In alle gevallen betrof het verschil een verbetering, dat wil zeggen een vermindering van de klachten. De verschillen zijn ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore. Zie Tabel 4.1.



Figuur 4.2 Mediane scores op de 4-DKL bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling

Een score > 20 op de dimensie 'distress' wijst op surmenage.

Een score > 20 kwam bij T₀ voor bij 90 patiënten (49,2%).

Bij T₁ hadden 5 patiënten (2,7%) een Distress-score > 20. Terluin (2006) geeft aan dat gesteld mag worden dat bij een vermindering van ≥ 7 punten op de Distress-score de behandeldoelen zijn gerealiseerd. Een vermindering van ≥ 7 punten op de Distress-score is bij deze onderzoeksgroep patiënten gerealiseerd bij 148 patiënten (80,9%). Daarbij moet worden aangetekend dat een verschil van 7 punten bij een lage score procentueel een groter verschil is.

Tabel 4.1 Scores op de 4-DKL bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling

dimensies 4-DKL n = 183	T ₀ score		T ₁ score	
	Mediaan	Range	Mediaan	Range
Distress (0-32)	20	1-32	6	0-32
Somatisatie (0-32)	15	0-30	5	0-31
Angst (0-24)	6	0-22	1	0-20
Depressie (0-12)	2	0-12	0	0-10

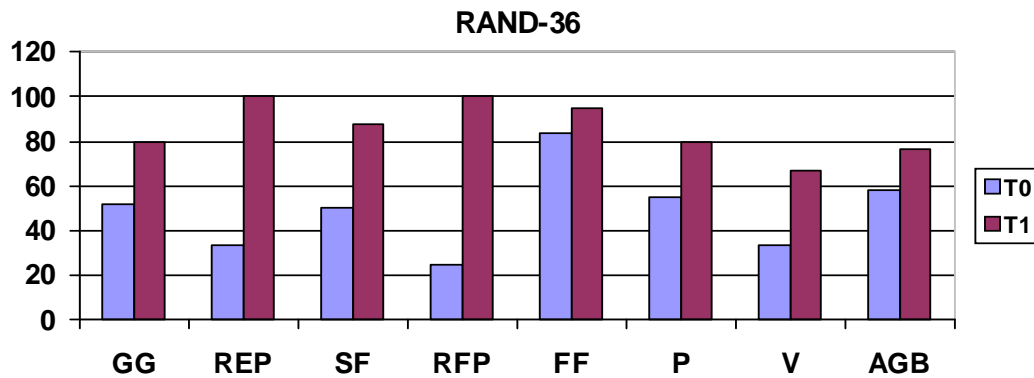
Kijkend naar de afkappunten van de 4-DKL in verband met aanbevolen screening op psychiatrie valt het volgende op: het afkappunt op de dimensie 'somatisatie' ligt bij een score van 30-32. Op T₀ betrof dit 2 patiënten; bij T₁ 1 patiënt.

- Het afkappunt op de dimensie 'angst' ligt bij een score van 13-24. Op T₀ betrof dit 20 patiënten (10,9%); bij T₁ 2 patiënten (1,1%).
- Het afkappunt op de dimensie 'depressie' ligt bij een score van 6-12. Op T₀ betrof dit 32 patiënten (17,5%); bij T₁ 2 patiënten (1,1%).

• **SF36/RAND-36** (benaderd als ordinale variabele)

De scores van alle dimensies op de RAND-36 zijn statistisch significant veranderd van T₀ naar T₁ (Wilcoxon Signed Ranks Test: alle dimensies p=0,000). Met uitzondering van het domein 'vitaliteit' hebben op T₁ alle dimensies een mediane score van >70 punten (Figuur 4.3). Op T₀ werd op alle dimensies behalve 'fysiek functioneren' lager dan 60 gescoord.

De verschillen zijn ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore, met uitzondering van het domein 'fysiek functioneren'. Door de hoge aanvangsscore (83,3) is maximaal een verbetering van 20% mogelijk. Zie Tabel 4.2.



Legenda: GG = geestelijke gezondheid; REP = rolbeperking door emotionele problemen; SF = sociaal functioneren; RFP = rolbeperking door fysieke problemen; FF = fysiek functioneren; P = pijn; V = vitaliteit; AGB = algemene gezondheidsbeleving

Figuur 4.3 Mediane scores op de RAND-36 bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling

Met name op de dimensies 'Rolbeperking door fysieke problemen' en 'Rolbeperking door emotionele problemen' zijn grote verbeteringen gerealiseerd in de zin van hogere scores op de RAND-36: respectievelijk 300,0% en 200,3% hogere mediane scores (zie Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Scores op de RAND-36 bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling (n = 183)

Dimensies	T ₀ score		T ₁ score		%verbetering
	Mediaan	Range	Mediaan	Range	
n = 183					
GG (0-100)	52	0-88	80	0-100	53,8
REP (0-100)	33,3	0-100	100	0-100	200,3
SF (0-100)	50	0-100	87,5	0-100	75,0
RFP (0-100)	25	0-100	100	0-100	300,0
FF (0-100)	83,3	0-100	94,4	0-100	13,3
P (0-100)	55	0-100	80	0-100	45,5
V (0-100)	33,3	0-86,8	66,7	0-100	100,3
AGB (0-100)	58,3	0-100	76,7	0-100	31,6

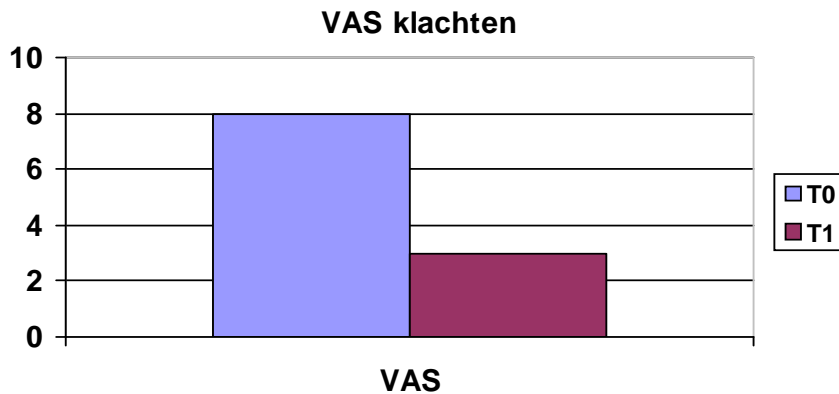
Legenda: GG = geestelijke gezondheid; REP = rolbeperking door emotionele problemen; SF = sociaal functioneren; RFP = rolbeperking door fysieke problemen; FF = fysiek functioneren; P = pijn; V = vitaliteit; AGB = algemene gezondheidsbeleving

• **VAS- klachten**

De mediaan van de scores op de VAS-klachten bedraagt bij T₀: 8,0 (range 2,0-10,0) en bij T₁: 3,0 (range 0 -9,0) (Figuur 4.4).

De scores op T₀ en T₁ zijn getoetst met de (non-parametrische) Wilcoxon Signed Ranks Test. De scores bleken significant te verschillen tussen de metingen op T₀ en T₁ (p=0,000): de klachten zijn naar de mening van de patiënt verminderd.

Het verschil is ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore.



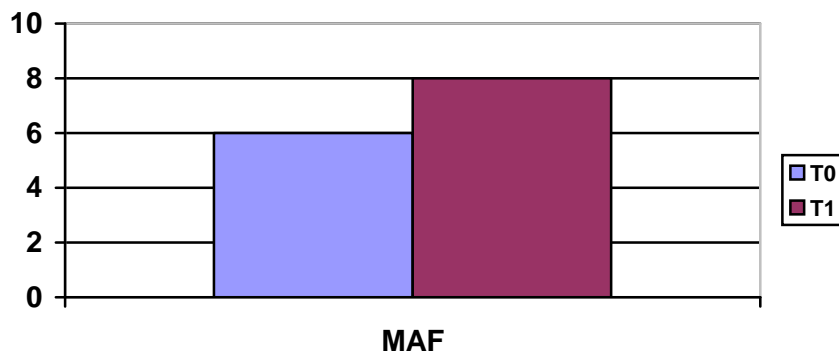
Figuur 4.4 Mediane scores op de VAS-klachten bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling PSOT

• **Meetlat Algemeen Functioneren (MAF)**

De mediaan van de scores op de MAF bedraagt bij T₀: 6,0 (range 0-10,0) en bij T₁: 8,0 (range 4,0-10,0) (Figuur 4.5).

De scores op T₀ en T₁ zijn getoetst met de (non-parametrische) Wilcoxon Signed Ranks Test. De scores bleken significant te verschillen tussen de metingen op T₀ en T₁ (p=0,000): het algemeen functioneren is naar de mening van de patiënt verbeterd.

Het verschil is ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore.



Figuur 4.5 Mediane scores op de Meetlat Algemeen Functioneren (MAF) bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling PSOT

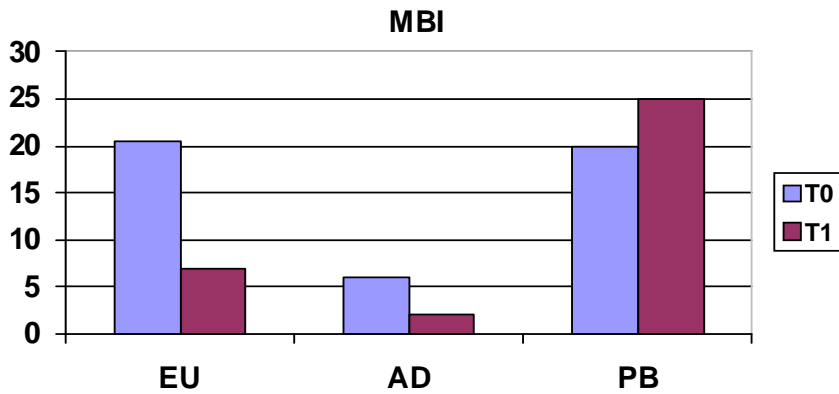
• **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

De MBI is afgenomen bij de 56 patiënten bij wie de PSOT ook bij de intake een MBI heeft afgenomen, dus bij die patiënten bij wie bij de intake een burn-out werd vermoed.

Een burn-out wordt gedefinieerd bij een score op de dimensie 'Emotionele uitputting' (EU) > 21 in combinatie met òf een score op de dimensie 'Acute Depersonalisatie' (AD) > 11 òf een score op de dimensie 'Persoonlijke bekwaamheid' (PB) < 24 òf met beide.

Bij het begin van de behandeling PSOT (T₀) kon bij 16 patiënten van een burn-out worden gesproken op basis van de scores op de Maslach Burnout Inventory: 8,7% van de totale onderzoekspopulatie en 28,6% van de patiënten bij wie een burn-out werd vermoed.

Bij het afsluiten van de behandeling (T₁) was bij 2 patiënten sprake van een burn-out.



EU = emotionele uitputting; AD = acute dépersonalisatie; PB = persoonlijke bekwaamheid

Figuur 4.6 Mediane scores op de Maslach Burnout Inventory bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling PSOT

Bij het toetsen van verschillen in scores tussen T₀ en T₁ met de (ordinale) Wilcoxon Signed Ranks Test bleek dat de scores op alle afzonderlijke dimensies significant verschillend waren (EU p=0,000; AD p=0,002; PB p=0,001). Op alle dimensies is sprake van een significante verbetering in scores c.q. vermindering van gezondheidsproblemen (Figuur 4.6).

De verschillen op de dimensies EU en AD zijn ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore. Zie Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Scores op de Maslach Burnout Inventory bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling

Dimensies MBI n = 36	T ₀ score		T ₁ score	
	Mediaan	Range	Mediaan	Range
EU (0-42)	20,5	0-41	7	0-30
AD (0-30)	6	0-20	2	0-15
PB (0-42)	20	0-38	25	0-40

EU = emotionele uitputting; AD = acute dépersonalisatie; PB = persoonlijke bekwaamheid

• Nijmeegse Hyperventilatie Lijst (NHL)

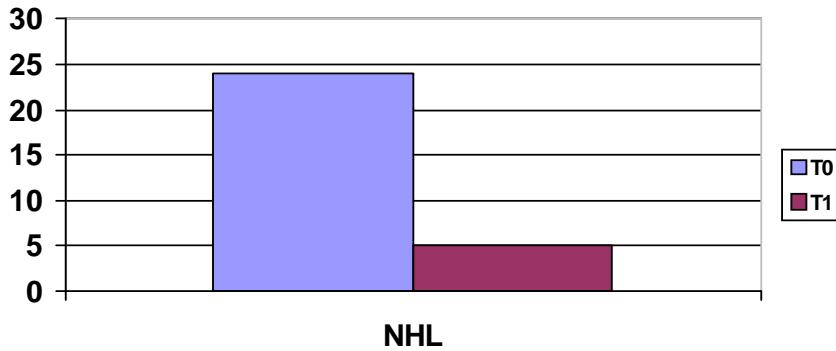
De Nijmeegse Hyperventilatie Lijst is bij T₀ afgenomen bij 61 patiënten bij wie hyperventileren werd vermoed en bij T₁ bij 58 van deze patiënten onder wie op twee na alle patiënten met op T₀ een score >23 punten. Bij een score >23 punten is er een grote mate van zekerheid dat de patiënt lijdt aan hyperventilatie.

De mediaanscore op de NHL ging omlaag van 24,0 (range 0-55) bij T₀ naar 5 (range 0-33) bij T₁. Dit verschil is getoetst met de Wilcoxon Signed Ranks Test en bleek significant (p=0,000).

Het verschil is ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore.

Het aantal patiënten met een NHL-score >23 punten (grote zekerheid op hyperventilatie) ging omlaag van 32 patiënten (17,5% van totaal) bij T₀ naar 4 patiënten (2,2% van totaal) bij T₁.

Een significante effectscore, gedefinieerd wanneer de score van >23 verandert naar <18 werd gezien bij 23 patiënten (12,6% van totaal; 71,9% van de 32 patiënten met score >23).

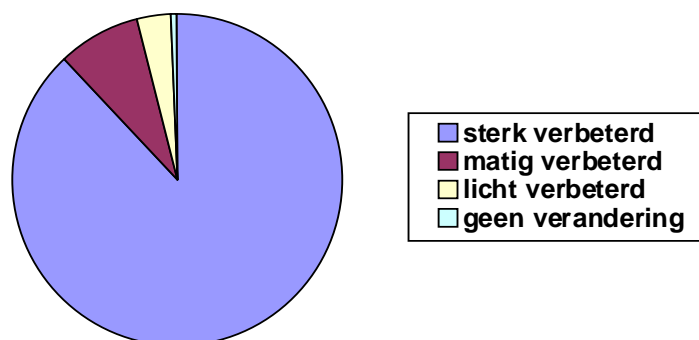


Figuur 4.4 Mediane scores op de Nijmeegse Hyperventilatie Lijst bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling PSOT

4.3 ANDERE INDICATOREN VAN VERANDERING GEZONDHEIDSTOESTAND

• Resultaat naar mening van patiënt

Bij het afsluiten van de behandeling geeft 88,0% van de patiënten aan dat de gezondheidsproblemen sterk zijn verbeterd; 8,2% spreekt van 'matig verbeterd' en 3,3% van 'licht verbeterd'. Eén patiënt meldt geen verandering en geen van de patiënten meldt verslechtering bij afsluiting van de behandeling ten opzichte van T₀.



Figuur 4.5 Resultaat PSOT naar mening van patiënt

• (Verandering in) arbeidsverzuim door huidige klachten

Op T₀ verzuimden 55 patiënten met een betaalde baan (44,0%) in de laatste vier weken geheel of gedeeltelijk in verband met hun klachten (gemiddeld 26,8 uur per week, SD 10,2, range 8-50). Op T₁ hadden 122 patiënten betaald werk. Van de patiënten met een betaalde baan verzuimden er over de laatste vier weken vóór het einde van de behandeling (T₁) nog 23 (18,9%) in verband met hun klachten, met gemiddeld minder uur (gemiddeld 17,7 uur per week, SD 8,2, range 6-36). Het aantal verzuimde uren ten opzichte van de normaal te werken uren bedroeg bij T₀ 90,5% en bij T₁ 59,6%.

Het gemiddeld verzuim was significant afgenomen van T₀ naar T₁ (T-toets gepaarde waarnemingen, $p=0,000$). Het verschil is ook klinisch relevant: meer dan 30% vooruitgang ten opzichte van de basisscore.

• (Verandering in) Medicijngebruik voor de huidige klachten

Bij aanvang van de behandeling PSOT (T₀) hebben 58 patiënten (31,7%) medicatie voor de huidige psychosomatische klachten. Het betrof antidepressiva ($n=19$), pijnstillers ($n=16$), slaapmiddelen ($n=16$), medicatie tegen hoge bloeddruk ($n=6$), maagsapsecretie remmers ($n=5$) en Ritalin ($n=1$).

Bij afsluiting van de behandeling PSOT (T₁) hebben 25 patiënten (13,7%) medicatie voor de psychosomatische klachten. Dit zijn: antidepressiva (n=13), pijnstillers (n=3), slaapmiddelen (n=4), medicatie tegen hoge bloeddruk (n=3), maagsapsecretie remmers (n=4) en Ritalin (n=1). Eén van de patiënten met antidepressiva geeft aan dat hij die al 3 jaar in een lichte dosering slikt.

De afname in medicijngebruik is significant (Chi kwadraat toets $p=0,000$).

• **Andere hulpverlener(s) voor de huidige klachten**

Bij aanmelding voor psychosomatische oefentherapie zijn 16 patiënten ook in behandeling bij andere hulpverleners: 8 patiënten bij een psycholoog, 2 bij maatschappelijk werk, 1 bij een fysiotherapeut, 1 patiënt bij bedrijfsmaatschappelijk werk en fysiotherapeut, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een magnetiseur, 1 bij een bedrijfscoach en 1 bij een psychiatrisch verpleegkundige.

Bij afsluiting van de behandeling PSOT zijn nog 11 patiënten ook in behandeling bij andere hulpverleners: 7 bij een psycholoog, 1 bij maatschappelijk werk, 1 bij een fysiotherapeut, 1 bij een hypnotherapeut en 1 bij maatschappelijk werk en fysiotherapeut.

5 RESULTATEN – middellange termijn T₀ - T₁ - T₂

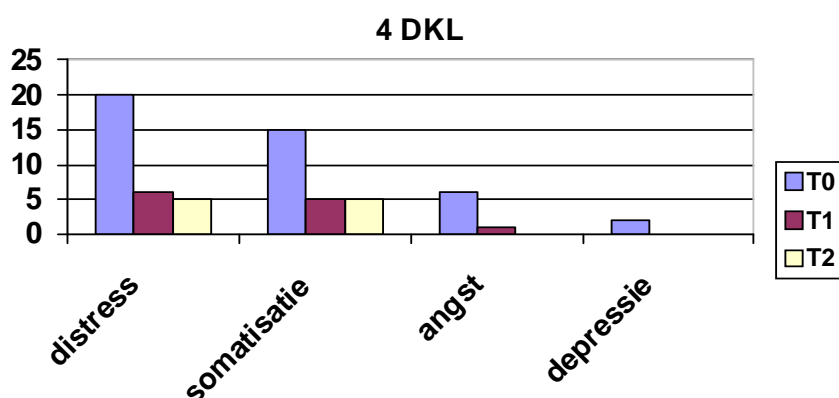
Een van de onderzoeksvragen was of de gezondheidstoestand stabiel blijft tot minimaal drie maanden na afloop van de behandeling PSOT of vrij spoedig weer verslechtert.

Van de 183 patiënten van wie gegevens van T₀ en T₁ zijn gepresenteerd zijn er 161 van wie ook gegevens van T₂ bekend zijn. Van de 22 ontbrekende patiënten zijn voor de scores op de meetinstrumenten de gemiddelden van de groep geïmputeerd, zodat van alle 183 patiënten middellange termijn analyses uitgevoerd konden worden. Om mogelijke overschatting van het significantieniveau na te gaan zijn de analyses ook uitgevoerd op en vergeleken met de 161 patiënten van wie daadwerkelijk drie metingen beschikbaar waren. In dit Hoofdstuk worden de middellange termijn resultaten beschreven van de 183 ingesloten patiënten.

5.1 VERANDERING IN GEZONDHEIDSTOESTAND OP BASIS VAN SCORES OP MEETINSTRUMENTEN

• Vier-Dimensionele Klachten Lijst (4-DKL)

Verschillen in scores over de drie meetmomenten voor elk van de afzonderlijke dimensies zijn getoetst met de Friedman Test (een non-parametrische toets voor herhaalde metingen). Op alle afzonderlijke dimensies bleek de score significant te veranderen over de drie meetmomenten ($p=0,000$). In alle gevallen betrof het verschil een verbetering c. q. vermindering van de klachten (Figuur 5.1). Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was de vooruitgang op alle dimensies significant met $p=0,000$.



Figuur 5.1 Mediane scores op de 4-DKL bij het begin (T₀) en het afsluiten (T₁) van de behandeling en na 3 maanden follow-up (T₂)

Een score >20 op de dimensie 'distress' wijst op surmenage.

Een score >20 kwam bij T₀ voor bij 90 patiënten (49,2%). Bij T₁ had 5 patiënt (2,7%) een Distress-score >20 en bij T₂ 1 patiënt (0,5%).

Kijkend naar de afkappunten van de 4-DKL in verband met aanbevolen screening op psychiatrie valt het volgende op:

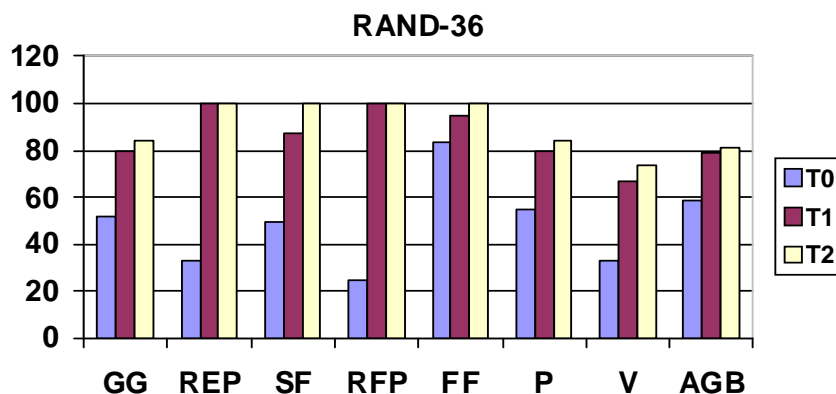
- het afkappunt op de dimensie 'somatisatie' ligt bij een score van 30-32. Op T₀ betrof dit twee patiënten; bij T₁ één patiënt en bij T₂ geen van de patiënten;
- het afkappunt op de dimensie 'angst' ligt bij een score van 13-24. Op T₀ betrof dit 20 patiënten (10,9%); bij T₁ twee patiënten (1,1%) en bij T₂ geen van de patiënten;
- het afkappunt op de dimensie 'depressie' ligt bij een score van 6-12. Op T₀ betrof dit 32 patiënten (17,5%); bij T₁ twee patiënten (1,1%) en bij T₂ geen van de patiënten.

Tabel 5.1 Scores op de 4-DKL bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling

Dimensies 4-DKL n = 183	T ₀ score		T ₁ score		T ₂ score	
	Mediaan	Range	Mediaan	Range	Mediaan	Range
Distress (0-32)	20	1-32	6	0-32	5	0-22
Somatisatie (0-32)	15	0-30	5	0-31	5	0-18
Angst (0-24)	6	0-22	1	0-20	0	0-12
Depressie (0-12)	2	0-12	0	0-10	0	0-5

• SF36/RAND-36

De scores van alle dimensies op de RAND-36 zijn statistisch significant veranderd over de drie meetmomenten (non-parametrische Friedman Test voor herhaalde waarnemingen: alle dimensies $p=0,000$). Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was de vooruitgang op alle dimensies significant met $p=0,000$. Op T₁ hebben alle dimensies een mediane score van > 70 punten. Op T₂ hebben alle dimensies op één na (vitaliteit) een mediane score van > 80 punten. Zie Figuur 5.2 en Tabel 5.2.



Legenda:

GG = geestelijke gezondheid; REP = rolbeperking door emotionele problemen; SF = sociaal functioneren; RFP = rolbeperking door fysieke problemen; FF = fysiek functioneren; P = pijn; V = vitaliteit; AGB = algemene gezondheidsbeleving

Tabel 5.2 Scores op de RAND-36 bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling (n = 183)

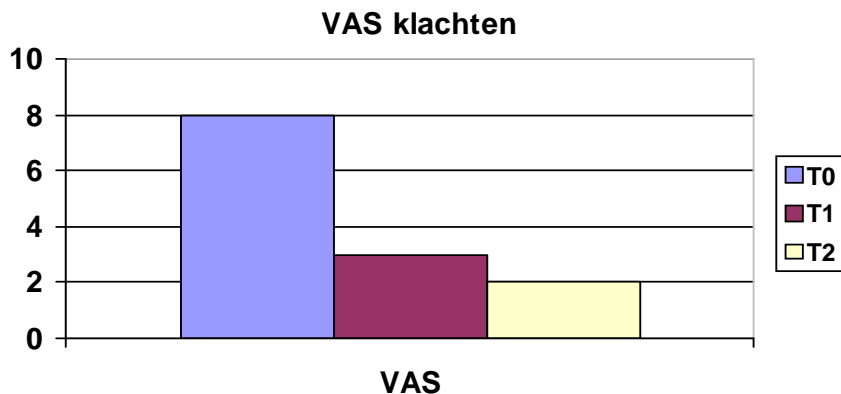
Dimensies n = 183	T ₀ score		T ₁ score		T ₂ score	
	Mediaan	Range	Mediaan	Range	Mediaan	Range
GG (0-100)	52	0-88	80	0-100	84	36-100
REP (0-100)	33,3	0-100	100	0-100	100	0-100
SF (0-100)	50	0-100	87,5	0-100	100	36-100
RFP (0-100)	25	0-100	100	0-100	100	0-100
FF (0-100)	83,3	0-100	94,4	0-100	100	50-100
P (0-100)	55	0-100	80	0-100	84	22,5-100
V (0-100)	33,3	0-86,8	66,7	0-100	73,3	20-100
AGB (0-100)	58,3	4,7-91,7	79,2	43,3-100	81,3	7,8-100

Legenda: GG = geestelijke gezondheid; REP = rolbeperking door emotionele problemen; SF = sociaal functioneren; RFP = rolbeperking door fysieke problemen; FF = fysiek functioneren; P = pijn; V = vitaliteit; AGB = algemene gezondheidsbeleving

• VAS-klachten

De mediaan van de scores op de VAS-klachten bedraagt bij T₀ 8,0 (range 2,0-10,0), bij T₁ 3,0 (range 0-9,0) en bij T₂ 2,0 (range 0-9,0). Zie Figuur 5.3.

De waarden zijn getoetst met de (non-parametrische) Friedman Test. De VAS-scores bleken significant te verschillen over de drie meetmomenten ($p=0,000$): de klachten zijn naar de mening van de patiënt verminderd. Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was de vooruitgang significant met $p=0,000$.

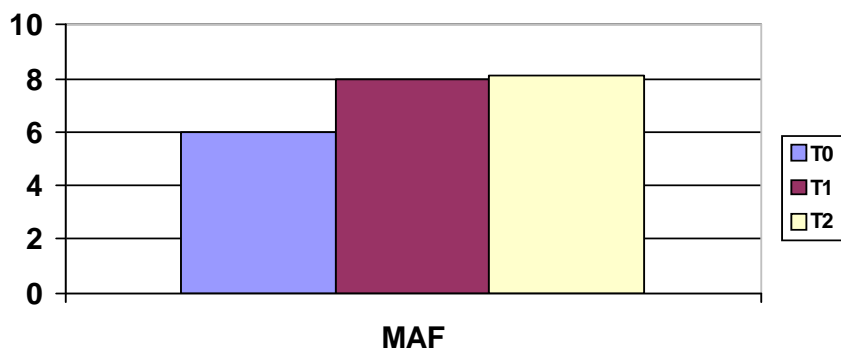


Figuur 5.3 Mediane scores op de VAS-klachten bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling PSOT

• **Meetlat Algemeen Functioneren (MAF)**

De mediaan van de scores op de MAF bedraagt bij T₀ 6,0 (range 0-10,0), bij T₁ 8,0 (range 4,0-10,0) en bij T₂ 8,1 (range 5,0-10,0). Zie Figuur 5.4.

Deze waarden zijn getoetst met de (non-parametrische) Friedman Test. De scores bleken significant te verschillen tussen de drie meetmomenten ($p=0,000$). Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was het verschil tussen de metingen significant met $p=0,000$.



Figuur 5.4 Mediane scores op de Meetlat Algemeen Functioneren (MAF) bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling PSOT

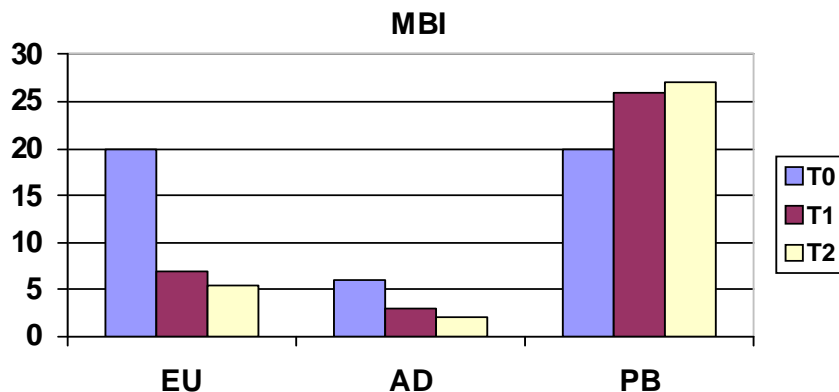
• **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

De MBI is afgenomen bij 56 patiënten bij wie de PSOT ook bij de intake een MBI heeft afgenomen, dus bij die patiënten bij wie bij de intake een burn-out werd vermoed.

Een burn-out wordt gedefinieerd bij een score op de dimensie 'Emotionele uitputting' (EU) > 21 in combinatie met òf een score op de dimensie 'Acute Depersonalisatie' (AD) > 11 òf een score op de dimensie 'Persoonlijke bekwaamheid' (PB) < 24 òf met beide.

Bij het begin van de behandeling PSOT (T₀) kon bij 16 patiënten van een burn-out worden gesproken op basis van de scores op de Maslach Burnout Inventory: 8,7% van de totale onderzoekspopulatie en 28,6% van de patiënten bij wie een burn-out werd vermoed.

Bij het afsluiten van de behandeling (T₁) was er bij twee patiënten (1,1% van de totale groep, 3,6% van de patiënten bij wie een burn-out werd vermoed) nog sprake van een burn-out. Bij de follow-up periode (T₂) was bij geen enkele patiënt meer sprake van een burn-out. Zie Figuur 5.5.



EU = emotionele uitputting; AD = acute dépersonalisatie; PB = persoonlijke bekwaamheid

Figuur 5.5 Mediane scores op de Maslach Burnout Inventory bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling PSOT

Bij het toetsen van verschillen in scores tussen de drie meetmomenten met de (non-parametrische) Friedman Test bleek dat de scores op alle afzonderlijke dimensies significant verschillend waren ($p=0,000$). Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was het verschil tussen de metingen op alle dimensies significant met $p=0,000$. Op alle dimensies is sprake van een significante verbetering in scores c.q. vermindering van gezondheidsproblemen.

Tabel 5.3 Scores op Maslach Burnout Inventory bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling

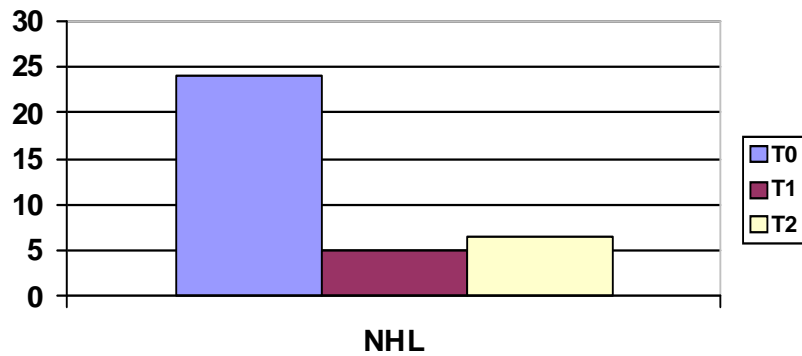
Dimensies MBI n = 55	T ₀ score		T ₁ score		T ₂ score	
	Mediaan	Range	Mediaan	Range	Mediaan	Range
EU (0-42)	20	0-41	7	0-30	5,4	0-26
AD (0-30)	6	0-20	3	0-15	2	0-14
PB (0-42)	20	0-38	26	0-40	27	0-40

EU = emotionele uitputting; AD = acute dépersonalisatie; PB = persoonlijke bekwaamheid

• Nijmeegse Hyperventilatie Lijst (NHL)

Bij 56 patiënten is op zowel T₀ als T₁ de Nijmeegse Hyperventilatie Lijst afgenomen. Van deze patiënten zijn de middellange termijn gegevens geanalyseerd. De mediaanscore op de NHL ging omlaag van 24 (range 0-55) bij T₀ naar 5 (range 0-33) bij T₁ en 6,5 (range 0-30) bij T₂. De scores op de drie meetmomenten zijn getoetst met de Friedman Test en bleken significant te verschillen over de drie meetmomenten ($p=0,000$). Ook bij toetsing van de niet geïmputeerde data was het verschil tussen de metingen significant met $p=0,000$.

Bij de 56 patiënten van wie drie metingen beschikbaar zijn ging het aantal patiënten met een NHL score >23 punten (grote zekerheid op hyperventilatie) omlaag van 30 patiënten (16,4% van totaal) bij T₀ naar 4 patiënten (2,2% van totaal) bij T₁ en 2 patiënten (1,1% van totaal) bij T₂. Zie Figuur 5.6.



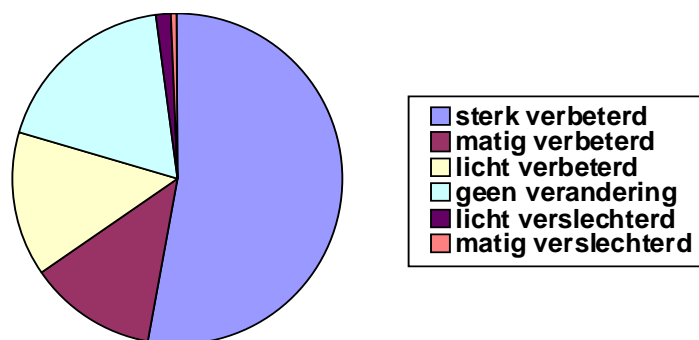
Figuur 5.6 Mediane scores op de Nijmeegse Hyperventilatie Lijst bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling PSOT

5.2 ANDERE INDICATOREN VAN VERANDERING GEZONDHEIDSTOESTAND

• Verloop van klachten na einde behandeling naar mening van patiënt

Deze gegevens worden alleen weergegeven van de patiënten van wie ze werkelijk bekend zijn. Er heeft geen imputatie plaatsgevonden. Van de 161 patiënten van wie drie metingen bekend zijn geeft 90,1% bij het afsluiten van de behandeling aan dat de gezondheidsproblemen sterk zijn verbeterd; 7,5% spreekt van 'matig verbeterd' en 2,5% van 'licht verbeterd'. Geen van de patiënten meldt verslechtering of ontbreken van verandering bij afsluiting van de behandeling ten opzichte van T₀.

Bij de follow-up geeft 79,5% van de patiënten aan dat de gezondheidsproblemen (verder) zijn verbeterd sinds het einde van de PSOT-behandeling. Bij 85 patiënten (52,8%) is sprake van een sterke verbetering, bij 20 (12,4%) van een matige verbetering en bij 23 (14,3%) van een lichte verbetering. 30 Patiënten (18,6%) rapporteren geen verandering, 2 patiënten (1,2%) zijn van mening dat de klachten licht verslechterd zijn en 1 patiënt (0,6%) is van mening dat de klachten matig verslechterd zijn. Bij één van de patiënten bij wie de klachten licht verslechterd zijn meldt de therapeut dat bij deze patiënt sprake is van een groot life event na afloop van de behandeling, waarvan eerder nog geen sprake was. Zie Figuur 5.7.



Figuur 5.7 Verloop van de klachten na afloop van de PSOT-behandeling naar de mening van de patiënt

• Arbeidsverzuim door huidige klacht

Bij T₀ hadden 125 patiënten een betaalde baan van gemiddeld 29,6 uur/week, van wie er 55 (44,0%) in de vier voorafgaande weken een arbeidsverzuim hadden van gemiddeld 26,8 uur/week (SD 10,2; 8-50). Bij T₁ hadden 122 patiënten een baan van gemiddeld 29,5 uur/week, van wie er 23 (18,9%) in de vier voorafgaande weken een arbeidsverzuim hadden van gemiddeld 17,7 uur/week over de laatste vier weken (SD 8,2; range 6-36). Bij de follow-up meting T₂ hadden 124 patiënten een baan van gemiddeld 29,1 uur/week, van wie er 8 (6,5%) over de laatste vier weken arbeidsverzuim hebben gehad van gemiddeld 15,8 uur/week (SD 13,0 range 2-36). De verandering in arbeidsverzuim over de drie meetmomenten is significant, zowel voor de geïmputeerde als de niet-geïmputeerde data (General Linear Model, p=0,000). Het aantal

verzuimde uren ten opzichte van de normaal te werken uren bedroeg bij T₀ 90,5%, bij T₁ 59,6% en bij T₂ 55,6%.

Tabel 5.4 *Betaald werk en arbeidsverzuim 4 weken vóór het begin (T₀), 4 weken vóór het afsluiten (T₁) en 4 weken vóór de follow-up (T₂) van de behandeling*

	T ₀	T ₁	T ₂
Betaald werk (n)	125	122	124
Gemiddeld (uur/wk)	29,6	29,5	29,1
Arbeitsverzuim voorafgaande 4 weken (n)	55	23	8
Gemiddeld (uur/wk)	26,8	17,7	15,8
Standaard deviatie	10,2	8,2	13,0
Range	8-50	6-36	2-36

• Medicijngebruik voor de huidige klacht

Omdat gegevens over medicijngebruik met name gebaseerd zijn op vrije tekst betreffende het soort medicatie is voor deze variabele geen imputatie toegepast. Deze gegevens hebben betrekking op de 161 patiënten van wie een derde meting daadwerkelijk is aangeleverd. Bij aanvang van de behandeling PSOT (T₀) hebben 47 patiënten (29,2%) medicatie voor de huidige psychosomatische klachten: antidepressiva (n=15), pijnstillers (n=12), slaapmiddelen (n=14), medicatie tegen hoge bloeddruk (n=5), maagsapsecretie remmers (n=5) en Ritalin (n=1).

Bij afsluiting van de behandeling PSOT (T₁) hebben 21 patiënten (13,0%) medicatie voor de psychosomatische klachten: antidepressiva (n=10), pijnstillers (n=2), slaapmiddelen (n=4), medicatie tegen hoge bloeddruk (n=3), maagsapsecretie remmers (n=4) en Ritalin (n=1).

Bij de follow-up (T₂) gebruiken nog 16 patiënten (9,9%) medicatie voor de psychosomatische klachten: antidepressiva (n=8), slaapmiddelen (n=3), pijnstillers (n=1, in verband met maandelijks migraineaanval), bloeddrukverlagende medicatie (n=3), maagsapsecretie remmers (n=2) en Ritalin (n=1). Eén patiënt gebruikt meer dan één soort medicatie. Eén van de patiënten met antidepressiva geeft aan dat hij die al 3 jaar in een lichte dosering slikt. Zie Tabel 5.5.

Tabel 5.5 *Medicijngebruik bij het begin (T₀), het afsluiten (T₁) en de follow-up (T₂) van de behandeling*

	T ₀	T ₁	T ₂
Medicijngebruik (n)	47	21	16
Antidepressiva	15	10	8
Pijnstillers	12	2	1
Slaapmiddelen	14	4	3
Antihypertensiva	5	3	3
Maagsapsecretie remmers	5	4	2
Ritalin	1	1	1

• Momenteel bij andere hulpverlener in behandeling

Bij de start van de behandeling PSOT zijn 12 patiënten ook bij andere hulpverleners in behandeling: 7 bij een psycholoog, 1 bij een fysiotherapeut, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een magnetiseur, 1 bij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en 1 bij bedrijfsmaatschappelijk werk en fysiotherapeut. Bij het einde van de behandeling PSOT zijn 7 patiënten in behandeling bij andere hulpverleners: 3 bij een psycholoog, 1 bij een hypnotherapeut, 1 bij een fysiotherapeut en 2 bij (bedrijfs)maatschappelijk werk en fysiotherapeut. Bij de follow-up na minimaal drie maanden zijn 5 patiënten in behandeling bij een andere hulpverlener: 1 bij een psycholoog, 1 bij maatschappelijk werk, 1 bij een psychiater, 1 patiënt gaat twee keer per week naar een dagopname en 1 patiënt wordt behandeld door een fysiotherapeut voor rugklachten.

6 RESULTATEN - SUBGROEPANALYSES

In dit Hoofdstuk worden de drie hoofdgroepen patiënten die zijn te onderscheiden naar de klachtsymptomen vergeleken wat betreft behandelvormen en resultaat (Paragraaf 6.1). Daarnaast worden behandelvormen en door de patiënten ervaren verbetering tussen de drie groepen patiënten met verschillend niveau van complexiteit vergeleken (Paragraaf 6.2).

6.1 SUBGROEPEN MET VERSCHILLENDE KLACHTSYMPTOMEN

In de literatuur/theorie en in de PSOT-praktijk worden drie hoofdgroepen patiënten onderscheiden:

- groep 1: Stressgerelateerde klachten;
- groep 2: Overspanning/surmenage en burn-out;
- groep 3: Angst- en panieklachten/hyperventilatie⁵.

In dit observationeel onderzoek kwamen deze drie hoofdgroepen voor bij 97,8% van alle patiënten: hoofdgroep 1 bij 48,6%, hoofdgroep 2 bij 25,1% en hoofdgroep 3 bij 24,0% van de patiënten van wie drie metingen beschikbaar (hadden kunnen) zijn (n=183). Deze drie hoofdgroepen zijn met elkaar vergeleken wat betreft de behandeling en de resultaten.

• Toegepaste behandelvormen PSOT

In Tabel 6.1 is voor de drie onderscheiden hoofdgroepen patiënten aangegeven welke behandelvormen de therapeut heeft gehanteerd. Uit Tabel 6.1 blijkt dat bij alle drie de groepen de vier onderscheiden behandelvormen veelvuldig worden toegepast. Er zijn kleine verschillen tussen de drie hoofdgroepen patiënten: bij patiënten met overspanning/burn-out wordt relatief vaak taakgerichte hulpverlening toegepast en bij patiënten met angststoornissen/hyperventilatie relatief weinig (zie Tabel 6.1).

Tabel 6.1 *Behandelvormen bij de drie hoofdgroepen PSOT patiënten*

Behandelvormen	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.	
	n	%	n	%	n	%
Therapeutisch Lichaamswerk	85	95,5	41	89,1	44	100
Cognitieve Gedragstherapie	81	91,0	45	97,8	41	93,2
Taakgerichte Hulpverlening	66	74,2	44	95,7	30	68,2
Psycho-educatie	72	80,9	42	91,3	33	75,0

Binnen hoofdgroep 1 (SRK en SOLK) hadden 23 patiënten spanningshoofdpijn/migraine volgens de in vrije tekst geregistreeerde PSOT-diagnose. Bij deze subgroep werd bij 22 patiënten (95,7%) Therapeutisch Lichaamswerk toegepast als behandelvorm, bij 20 patiënten (87,0%) Cognitieve Gedragstherapie, bij 16 patiënten (69,6%) Taakgerichte Hulpverlening en bij 16 patiënten (69,6%) Psycho-educatie.

⁵ Hyperventilatie als symptoom van angst

• **Aantal behandelvormen PSOT**

In Hoofdstuk 4 is aangegeven dat bij 58,5% van de patiënten vier behandelvormen worden toegepast, bij 32,2% drie behandelvormen en bij 8,7% twee behandelvormen. Uit Tabel 6.2 wordt duidelijk dat bij patiënten met overspanning/burn-out relatief vaak vier behandelvormen worden toegepast. Het aantal behandelvormen verschilt significant tussen de drie diagnosegroepen (Oneway Anova, $p=0,012$).

In de subgroep van 23 patiënten met spanningshoofdpijn/migraine kregen 9 patiënten (39,1%) vier behandelvormen, 10 patiënten (43,5%) drie en 4 patiënten (17,4%) twee behandelvormen.

Tabel 6.2 Aantal behandelvormen bij de drie hoofdgroepen PSOT patiënten

Aantal behandelvormen	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.	
	n	%	n	%	n	%
Één	1	1,1	-		-	
Twee	9	10,1	2	4,3	5	11,4
Drie	31	34,8	8	17,4	18	40,9
Vier	48	53,9	36	78,3	21	47,7

• **Aantal behandelzittingen**

De drie groepen patiënten krijgen gemiddeld 11-12 behandelzittingen (zie Tabel 6.3) (in de subgroep met spanningshoofdpijn/migraine gemiddeld 10,5 zittingen, standaarddeviatie 4,1; range 4-18). Het aantal behandelzittingen verschilt niet significant tussen de drie diagnosegroepen (Oneway Anova, $p=0,364$).

Tabel 6.3 Aantal behandelzittingen bij de drie hoofdgroepen PSOT patiënten

Aantal zittingen	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK	Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out	Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.
Mediaan	11,0	11,5	9,5
Range	3-27	4-30	3-30
Gemiddelde	11,0	12,0	10,7
Standaard deviatie	4,4	5,3	5,2

• **Bestede behandelzeit: aantal zittingen x behandelduur**

Nagevraagd is hoeveel tijd de therapeuten hebben besteed per zitting. Tabel 6.4 geeft een overzicht van de bestede tijd: het aantal zittingen maal de behandelduur per zitting. De subgroep patiënten met spanningshoofdpijn/migraine heeft een totale behandelduur van gemiddeld 413,7 minuten (standaarddeviatie 185,5; mediaan 360 minuten, range 120-810). De bestede behandelzeit verschilt niet significant tussen de drie diagnosegroepen (Oneway Anova, $p=0,162$).

Tabel 6.4 Bestede behandelzeit bij de drie hoofdgroepen PSOT patiënten

Totaal bestede behandelzeit in minuten	Groep 1 SRK en SOLK (n = 89)	Groep 2 Overspanning/burn-out (n = 46)	Groep 3 Angst/paniek/hyperv. (n = 44)
Mediaan	405	487,5	405
Range	90-1000	180-1350	135-1050
Gemiddelde	430,8	499,1	438,8
Standaard deviatie	192,3	222,9	195,2

- **Reden afsluiting behandeling**

Bij 90% van de patiënten in de groep met stressgerelateerde klachten (bij 95,7% van de patiënten met spanningshoofdpijn/migraine) en 85% in de groep met overspanning/burn-out is aangegeven dat de reden voor afsluiting van de behandeling is dat het behandeldoel is bereikt. Bij de groep met angststoornissen/hyperventilatie is het stoppen van de vergoeding van de behandeling relatief vaak de reden om te stoppen: zie Tabel 6.5.

Tabel 6.5 Reden afsluiting behandeling bij de drie hoofdgroepen PSOT patiënten

Reden afsluiting behandeling	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.	
	n	%	n	%	n	%
Behandeldoel bereikt	80	89,9	39	84,8	32	72,7
Stoppen vergoeding	2	2,2	2	4,3	6	13,6
Ziekte/opname	1	1,1				
anders	6	6,7	5	10,9	6	13,6

- **Resultaten naar de mening van de patiënt**

De patiënten van alle drie de groepen (en alle 23 patiënten met spanningshoofdpijn/migraine) geven in grote mate (>84%) aan dat zij sterk zijn verbeterd c.q. dat hun klachten sterk zijn afgenomen. Dit is in lijn met de gegevens in Tabel 6.5, waar de voornaamste reden om de behandeling af te sluiten is, dat de behandeldoelen zijn bereikt.

Tabel 6.6 Resultaat naar de mening van de patiënt bij de drie hoofdgroepen PSOT

Resultaat volgens patiënt	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.	
	n	%	n	%	n	%
Sterk verbeterd	80	89,9	39	84,8	38	86,4
Matig verbeterd	5	5,6	6	13,0	4	9,1
Licht verbeterd	4	4,5	1	2,2	1	2,3
Geen verandering					1	2,3

- **(Verandering in) medicatie**

In alle drie de groepen gebruiken minder patiënten medicatie voor hun klachten bij afsluiting van de behandeling dan bij de start. Bij een aantal patiënten is tevens aangegeven dat zij bij afsluiting nog wel medicatie gebruikten, maar dat zij deze aan het afbouwen waren of dat zij maar heel zelden medicatie nodig hadden (bijvoorbeeld eenmaal per maand). Van de 23 patiënten met spanningshoofdpijn/migraine gebruikten 10 patiënten (43,5%) bij de start van de PSOT-behandeling medicatie voor hun klachten; bij afsluiting waren dat nog 3 patiënten (13,0%). Zie Tabel 6.7.

Tabel 6.7 Verandering in gebruik van medicatie voor de klachten bij de drie hoofdgroepen PSOT-patiënten

Gebruik medicatie voor huidige klacht	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hyperv.	
	n	%	n	%	n	%
T ₀	27	30,3	17	37,0	12	27,3
T ₁	8	9,0	8	17,4	8	18,2

• **(Verandering in) arbeidsverzuim: aantal patiënten met arbeidsverzuim en aantal uren verzuim**

In de groep met spanningsklachten waren aanvankelijk 17 patiënten (19,1%) met arbeidsverzuim in de voorgaande vier weken door de klachten, bij de groep met overspanning/surmenage 28 patiënten (60,9%; het hoogste percentage) en bij de groep met angststoornissen/hyperventilatie 10 patiënten (22,7%). Bij alle drie groepen was dat verzuim afgenomen, zowel het aantal mensen met verzuim als het gemiddelde aantal verzuimde uren per week, gemeten over de laatste vier weken voor de afsluiting van de behandeling. Zie Tabel 6.8. Bij de follow-up meting T₂ waren er over alle drie groepen nog in totaal zeven patiënten met arbeidsverzuim in de vier voorgaande weken.

Van de 23 patiënten met spanningshoofdpijn/migraine waren er bij T₀ vijf (21,7%) patiënten met arbeidsverzuim, met gemiddeld 17,0 uur arbeidsverzuim per week; bij T₁ was iedereen weer aan het werk.

Tabel 6.8 Verandering in arbeidsverzuim door de klachten bij de drie hoofdgroepen PSOT (alleen gegevens over patiënten met arbeidsverzuim)

Arbeidsverzuim (uur/week)	Groep 1 SRK en SOLK		Groep 2 Overspanning/burn-out		Groep 3 Angst/paniek/hyperv.	
	T ₀ (n = 17)	T ₁ (n = 5)	T ₀ (n = 28)	T ₁ (n = 15)	T ₀ (n = 10)	T ₁ (n = 3)
Mediaan	24	20	30	20	24	8
Gem	24,4	21,0	28,5	18,5	26,1	8,7
SD	10,9	12,9	10,2	6,0	9,1	3,1
Range	8-40	7-36	10-50	6-28	11-38	6-12

• **(Verandering in) aantal andere hulpverleners**

In de gehele groep zijn er in totaal maar 18 patiënten die bij de start van de behandeling PSOT gelijktijdig ook door andere hulpverleners worden behandeld voor hun klachten: 17 in de drie onderscheiden groepen en 1 patiënt die niet in een van deze drie groepen kon worden ingedeeld. Bij afsluiting van de behandeling worden nog 10 patiënten door andere hulpverleners behandeld. Zie Tabel 6.9.

Tabel 6.9 Verandering in gebruik van zorg van andere behandelaars bij de drie hoofdgroepen PSOT (alleen gegevens over patiënten die op moment van registratie in behandeling zijn bij andere hulpverlener(s))

	Groep 1 (n = 89) SRK en SOLK		Groep 2 (n = 46) Overspanning/burn-out		Groep 3 (n = 44) Angst/paniek/hypervent.	
	n	%	n	%	n	%
T ₀	6	6,7	7	15,2	4	9,1
T ₁	4	4,5	4	8,7	2	4,5

• **(Verandering in) scores op de meetinstrumenten**

Bij toetsing van de verandering in scores op de verschillende meetinstrumenten over drie meetmomenten is de non-parametrische Friedman test gebruikt. Zoals in Tabel 6.10 is aangegeven zijn de veranderingen in scores over de tijd in alle drie de groepen significant.

Bij patiënten met overspanning/burn-out bleken ook de scores op alle dimensies van de Maslach Burnout Inventory significant te veranderen in de tijd (p = 0,000).

Bij patiënten met angststoornissen/hyperventilatie bleek de score op de Nijmeegse Hyperventilatie Lijst significant te veranderen in de tijd (p = 0,000).

De veranderingen in de scores op de meetinstrumenten zijn ook klinisch relevant (verbetering ≥30%), met uitzondering van de schaal 'fysiek functioneren' bij alle subgroepen (daarop was door een hoge beginscore maximaal 20% vooruitgang mogelijk), de 'algemeen welbevinden' schaal bij de subgroep met angst/paniek/hyperventilatie (26,7% verbetering) en de dimensie 'persoonlijke bekwaamheid' bij de groep SRK & SOLK (28,6% verbetering).

Tabel 6.10 *Significantie van verandering in scores op de verschillende meetinstrumenten over drie meetmomenten bij de drie hoofdgroepen PSOT*

Meetinstrument en dimensies	Groep 1 SRK en SOLK	Groep 2 Overspanning/ burn-out	Groep 3 Angst/paniek/ hypervent.
Dimensies RAND-36			
Geestelijke gezondheid	0,000	0,000	0,000
Rolbeperking door emotionele problemen	0,000	0,000	0,000
Sociaal functioneren	0,000	0,000	0,000
Rolbeperking door fysieke problemen	0,000	0,000	0,000
Fysiek functioneren	0,000	0,000	0,000
Pijn	0,000	0,000	0,000
Vitaliteit	0,000	0,000	0,000
Algemene gezondheidsbeleving	0,000	0,000	0,000
Dimensies 4-DKL			
Distress	0,000	0,000	0,000
Somatisatie	0,000	0,000	0,000
Angst	0,000	0,000	0,000
Depressie	0,000	0,000	0,000
MAF	0,000	0,000	0,000
VAS-klachten	0,000	0,000	0,000

6.2 SUBGROEPEN MET VERSCHILLEND COMPLEXITEITSNIVEAU

Naast de hiervoor gepresenteerde subgroepanalyses gericht op drie hoofdgroepen patiënten met verschillende klachtsymptomen hebben wij onderzocht of subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau van de klachten verschillen in behandelvormen, aantal zittingen en/of resultaat. In de onderzoeksgroep zijn 28 patiënten (15,3%) met complexiteitsniveau Cx2, 144 patiënten (78,7%) met complexiteitsniveau Cx3 en 11 patiënten (6,0%) met complexiteitsniveau Cx4. Patiënten met complexiteitsniveau Cx3 worden gezien als belangrijkste doelgroep PSOT.

Omdat de subgroepen met complexiteitsniveau Cx2 en Cx4 relatief klein zijn, waardoor geen stevige uitspraken gedaan kunnen worden, zijn de subgroepen alleen vergeleken op de toegepaste behandelvormen, de aantallen behandelvormen, resultaten naar de mening van de patiënt, het aantal behandelzittingen en de bestede behandel tijd.

• Toegepaste behandelvormen PSOT

In Tabel 6.11 is voor de drie onderscheiden groepen patiënten aangegeven welke behandelvormen de therapeut heeft gehanteerd. Uit Tabel 6.1 blijkt dat bij patiënten met complexiteitsniveau Cx2 relatief minder vaak de interventie 'Taakgerichte hulpverlening' wordt toegepast en dat alle patiënten met complexiteitsniveau Cx4 'Therapeutisch lichaamswerk' krijgen.

Tabel 6.11 *Behandelvormen (%) bij subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau*

Behandelvorm (%)	Cx2 n = 28; 15,3%	Cx3 n = 144; 78,7%	Cx4 n = 11; 6,0%
Therapeutisch lichaamswerk	89,3	95,8	100
Cognitieve gedragstherapie	78,6	97,2	72,7
Taakgerichte hulpverlening	57,1	82,6	72,7
Psycho-educatie	89,3	81,9	72,7

• **Aantal behandelvormen PSOT**

Bij patiënten met complexiteitsniveau Cx2 worden relatief iets minder behandelvormen gecombineerd dan bij patiënten met complexiteitsniveau Cx3 en Cx4. Zie Tabel 6.12

Tabel 6.12 *Aantal behandelvormen bij subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau*

Aantal behandelvormen	Cx2 n = 28; 15,3%	Cx3 n = 144; 78,7%	Cx4 n = 11; 6,0%
Mediaan	3	4	4
Gem	3,1	3,6	3,2
SD	0,6	0,6	1,2
Range	2-4	2-4	1-4

• **Resultaten naar de mening van de patiënt**

Veruit de meeste patiënten van alle drie de complexiteitsniveaus geven aan dat zij sterk zijn verbeterd c.q. dat hun klachten sterk zijn afgenomen. Zie Tabel 6.13.

Tabel 6.13 *Resultaten naar de mening van patiënt bij subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau*

Effect PSOT behandeling	Cx2 (n = 28)	Cx3 (n = 144)	Cx4 (n = 11)
Sterk verbeterd	92,9%	87,5%	81,8%
Matig verbeterd	3,6%	9,0%	9,1%
Licht verbeterd	3,6%	3,5%	
Geen verandering			9,1%

• **Aantal behandelzittingen**

Het aantal benodigde behandelzittingen loopt op met het complexiteitsniveau: zie Tabel 6.14.

Tabel 6.14 *Aantal behandelzittingen PSOT bij subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau*

Aantal PSOT-behandelzittingen	Cx2 (n = 28)	Cx3 (n = 144)	Cx4 (n = 11)
Mediaan	8	10	12
Gem	8,7	11,4	13,7
SD	4,2	4,7	6,7
Range	4-22	3-30	6-30

• **Bestede behandel tijd: aantal zittingen x behandelduur**

Bij patiënten met complexiteitsniveau Cx2 wordt minder behandel tijd besteed dan bij de beide andere groepen met hoger complexiteitsniveau (Tabel 6.15). Dit hangt uiteraard samen met de gegevens van Tabel 6.14, waarin te zien is dat patiënten met complexiteitsniveau Cx2 minder behandelzittingen krijgen.

Tabel 6.15 Totale behandelduur (aantal zittingen x tijd per zitting) bij subgroepen patiënten met verschillend complexiteitsniveau

Totale behandelduur (zittingen x tijd per zitting)	Cx2 (n = 28)	Cx3 (n = 144)	Cx4 (n = 11)
Mediaan	307,5	420	495
Gem	332,1	460,9	567,0
SD	195,2	194,7	212,3
Range	120-990	90-1350	360-1050

7 NABESCHOUWING

In deze nabeschuiving gaan wij successievelijk in op de volgende onderwerpen:

- 1 onderscheid patiëntenpopulatie PSOT van 'algemene' patiëntenpopulatie oefentherapeuten Cesar en Mensendieck;
- 2 beperkingen in het patiëntgericht onderzoek;
- 3 bewijskracht onderzoek;
- 4 gevonden bewijs effectiviteit interventies en geregistreerde interventies;
- 5 interventies PSOT tegen de achtergrond van beroepscompetenties en -bevoegdheden.

7.1 ONDERSCHIED PATIËNTENPOPULATIE PSOT VAN ALGEMENE PATIËNTENPOPULATIE OEFENTHERAPEUTEN CESAR EN MENSENDIECK

Voor het beantwoorden van deze vraag hebben wij de patiëntenpopulatie PSOT op relevante patiëntkenmerken vergeleken met de algemene patiëntenpopulatie van Oefentherapeuten Cesar (C) en Mensendieck (M) aan de hand van de LiPZ-gegevens over 2008.

Algemene patiëntkarakteristieken

Belangrijkste verschillen tussen de beide patiëntenpopulaties PSOT - algemeen Cesar/Mensendieck (zie Tabel 7.1) zijn de VNZ-verwijscodes en 'soort' gezondheidsproblemen/-klachten en het niveau van de opleiding en het percentage patiënten met een betaalde baan. In vergelijking met de algemene patiëntenpopulatie C/M bestaat de PSOT-populatie uit patiënten met een hoge opleiding die relatief vaak een betaalde baan hebben en veel uren werken. De gezondheidsproblemen en -klachten zijn te karakteriseren als stressgerelateerde klachten, symptomen van overspanning/burn-out en angst- en paniekstoornissen/hyperventilatie. De klachten en gezondheidsproblemen van de algemene C/M patiëntenpopulatie betreffen vooral orthopedische, degeneratieve aandoeningen met klachten die met name zijn gelokaliseerd in de wervelkolom en schoudergordel.

Tabel 7.1 *Vergelijking patiëntenpopulatie PSOT met algemene patiëntenpopulatie Cesar/Mensendieck*

Patiëntkenmerken	PSOT	Algemeen Cesar/Mensendieck
Man-vrouw-verhouding	19,7% man - 80,3% vrouw	30% man - 70% vrouw
Gemiddelde leeftijd	40,8 jaar	C: 34,3 jaar M: 39,5 jaar
VNZ-Verwijscodes	<ul style="list-style-type: none">- psychosomatische aandoeningen 83,6%.- hyperventilatie zonder longpathologie 13,1% Stressgerelateerde klachten, overspanning/burn-out en angst- en paniekstoornissen/hyperventilatie	<ul style="list-style-type: none">- Degeneratieve aandoeningen 34,3%- Symptomatologie/psychosomatiek 22,4%- Orthopedische aandoeningen 20,1% Vooral klachten in wervelkolom en schouders
Opleiding	35,0% HBO/WO 41,0% MBO	26,1%/34,2% HBO (Cesar/Mensendieck) 38,4%/41,5% MBO
Baan/werk	68,3%	onbekend

Conclusie: De patiëntenpopulatie PSOT betreft een specifieke subpopulatie wat betreft gezondheidsprobleem en aandoening(en) enerzijds en het (hoge) opleidingsniveau en het hebben van een (veel uren omvattende) betaalde baan anderzijds ten opzichte van de algemene populatie patiënten van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

7.2 BEPERKINGEN IN HET PATIËNTGERICHT ONDERZOEK

Gegevens zijn verkregen van 183 patiënten, op drie meetmomenten: bij de start van de behandeling, bij afsluiting en drie maanden daarna. Van 38 andere patiënten zijn gegevens verkregen van de eerste meting, maar deze patiënten waren aan het eind van de registratieperiode van dit onderzoek nog niet uitbehandeld (n=5) of zijn om uiteenlopende redenen uitgevallen (n=33). Bij vergelijking van de patiënten die wel en niet in de analyses zijn opgenomen op algemene patiëntkenmerken en op de basisscores op de meetinstrumenten bleek er geen selectieve uitval te hebben plaatsgevonden (zie Bijlage 3).

De gegevens van deze 221 patiënten vormen een basis voor verder patiëntgericht onderzoek, omdat (voor het eerst) de patiëntenpopulatie, (het verloop van de) scores op de meetinstrumenten, de werkwijze en de gehanteerde interventies PSOT systematisch zijn beschreven. Daardoor komt de mogelijkheid voor het uitvoeren van een clinical trial (CCT of RCT) in de toekomst een stap dichterbij (zie opmerkingen bij 7.3 over de piramide van evidentie).

Een aantal van 183 patiënten laat geen uitgebreide subgroepanalyses toe. Daarom zijn in dit document voornamelijk de gegevens over de totale groep patiënten beschreven. In Hoofdstuk 6 is een eerste subgroepanalyse gedaan, waarin patiëntengroepen met 'Angst-/paniekstoornissen inclusief daarmee samenhangende hyperventilatie' en 'Overspanning/burn-out' relatief duidelijk omkaderde diagnosegroepen zijn. De derde subgroep is samengesteld uit de overige patiënten, die zijn ingedeeld onder de hoofdgroepen stressgerelateerde klachten (SRK) en somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK). Daaronder vallen verschillende diagnoses c.q. klachtbeelden, maar daarvan zijn te kleine aantallen patiënten ingestroomd om subgroepanalyses te kunnen uitvoeren. Daarom zijn de gegevens van patiënten die zijn ingedeeld onder SRK of SOLK als één grote groep patiënten beschouwd in dit onderzoek.

De conclusie is dat gegevens van grotere aantallen patiënten nodig zijn om subgroepen patiënten met SRK of SOLK met elkaar te kunnen vergelijken.

7.3 BEWIJSKRACHT ONDERZOEK

Psychosomatische Oefentherapie (PSOT) is een relatief jonge specialisatie binnen de algemene Oefentherapie Cesar en Mensendieck, die daardoor nog geen goed ontwikkelde 'eigen' onderzoekslijn heeft voor (effect)onderzoek. De randvoorwaarden zijn wel aanwezig:

- de PSOT heeft benoemd welke patiëntengroepen c.q. welke diagnosegroepen baat zouden kunnen hebben bij een PSOTbehandeling;
- er is een standaardpakket samengesteld van valide en betrouwbare meetinstrumenten die relevant zijn voor de diagnostiek en evaluatie;
- er is een beslisboom ontwikkeld op basis waarvan de therapeut beoordeelt - op basis van anamnese en onderzoek waarin het standaardpakket meetinstrumenten wordt gebruikt - of er daadwerkelijk een indicatie is voor PSOT of dat andere behandelingen, zoals algemene oefentherapie Cesar of Mensendieck, of behandeling of nader onderzoek door andere professies moeten worden overwogen;
- er is een standaard (web-based) PSOT-registratie ontwikkeld en een systeem waarmee de uitkomsten op de meetinstrumenten kunnen worden gevisualiseerd; inzichtelijk voor alle partijen: de patiënt, de therapeut zelf en voor de verwijzer;
- inmiddels ontwikkelt de opleiding tot PSOT zich van een post-HBO opleiding in de richting van een geaccrediteerde HBO-masteropleiding
- de therapeuten hebben zich verenigd in een Kwaliteitskring PSOT.

Het NPi en de VvOCM hebben door het voorliggende onderzoek een begin gemaakt met de onderbouwing vanuit de praktijk. De Piramide van Evidentie toont schematisch het proces van opbouw van de wetenschappelijke evidentie in een vakgebied in de gezondheidszorg. Het bouwproces van de basis naar de top zal in het algemeen vele jaren in beslag nemen (Oostendorp 2007). De piramide geeft aan dat de basis breed en ondersteunend moet zijn; zonder deugdelijke basis zal alles hoger in de piramide wankel zijn. Volgens dit schema verloopt de onderbouwing van casuïstiek naar beschrijvend onderzoek, vervolgens via n=1-onderzoek en pilot-effectonderzoek naar RCTs en naar systematische reviews. Wat betreft patiëntgericht onderzoek gelden methodologisch goed uitgevoerde RCTs als hoog bewijs van werkzaamheid van interventies. Methodologisch goed uitgevoerde Systematische Reviews over RCTs vormen het hoogste niveau van wetenschappelijk bewijs.

Overigens kleven aan het uitvoeren van RCTs vaak ook nadelen: zo worden vaak alleen patiënten geïncludeerd met een strikt gedefinieerde singuliere aandoening zonder nevenpathologie en wordt vaak een klein onderdeel uit een totaalbehandeling gelicht met het doel om de effectiviteit van dat specifieke onderdeel te onderzoeken via een strikt, vast behandelprotocol. In de dagelijkse praktijk hebben veel patiënten echter vaak meerdere aandoeningen tegelijk en kiest de therapeut op grond van het klachtenpatroon, de samen met de patiënt gestelde doelen en de factoren die het functioneren van de patiënt belemmeren, de beste totaalbehandeling uit die in de loop van het behandelproces wordt aangepast op grond van de tussentijdse resultaten (geen vast protocol maar meer actiegericht).

Het voorliggende onderzoek is een beschrijvend onderzoek naar:

- de klachten en symptomen van de patiënten zoals die voorkomen bij de PSOT in de eerstelijns; de verschillen in scores van herhaalde metingen met behulp van de standaard meetinstrumenten als indicatie van resultaten van de behandeling PSOT;
- de beoordeling van het resultaat door de patiënt zelf
- verloop van het arbeidsverzuim en gebruikte medicatie, waar relevant.

Door de therapeuten is geen selectie gemaakt: van alle patiënten die zich in de periode eind augustus 2009 - februari 2010 bij de deelnemende PSOT aanmeldden en ook daadwerkelijk een indicatie hadden voor PSOT (op grond van anamnese en onderzoek inclusief de meetgegevens), zijn de onderzoeksgegevens (anoniem en met informed consent) geregistreerd. Alle therapeuten hebben een verklaring ondertekend waarin zij aangeven de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.

De conclusie op basis van de resultaten

Er is beperkt bewijs dat (er zijn aanwijzingen dat ...) een behandeling PSOT bij patiënten met verschillende vormen van stressgerelateerde klachten, met (symptomen van) overspanning /burn-out en met symptomen van angst - en paniekstoornissen inclusief daarmee samenhangende hyperventilatie, gunstige effecten heeft op de klachten en symptomen, de kwaliteit van leven, het functioneren en het arbeidsverzuim en de inname van medicatie, en dat deze effecten na afloop van de behandeling bleven voortduren en zelfs nog iets zijn verbeterd bij de follow-up na drie maanden (niveau 3 bewijs: bewijskracht C).

Dit niveau van bewijs is op dit moment het hoogst haalbare bewijsniveau (zie Piramide van Evidentie).

7.4 GEVONDEN BEWIJS EFFECTIVITEIT INTERVENTIES EN GEREGISTREERDE INTERVENTIES

De indeling in de vier interventievormen zoals gehanteerd in dit patiëntgerichte onderzoek, volgt de indeling zoals opgenomen in het Beroepsdomein en Beroepscompetentieprofiel PSOT (Versteeg 2007). Deze vier onderscheiden interventievormen: Therapeutisch Lichaamswerk, Psycho-educatie, Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Taakgerichte hulpverlening zoals die nader zijn omschreven (zie kader 2) zijn niet één op één te herleiden naar de in de literatuur beschreven interventies. In de literatuur wordt ontspanningstherapie (of relaxatietraining of Autogene training) vaak als interventie genoemd die wordt onderscheiden van bijvoorbeeld CGT. Ook ademtraining en Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) worden vaak genoemd en

onderzocht. Volgens de indeling in Kader 2 vallen deze interventievormen alle onder 'Therapeutisch Lichaamswerk'. 'Taakgerichte hulpverlening' waaronder ook bijvoorbeeld 'graded activity' valt en die als interventie essentieel is om de patiënt stapsgewijs en doel- c.q. taakgericht te laten functioneren in zijn dagelijkse bezigheden, wordt in de literatuur niet als zodanig genoemd. Bewijs voor de effectiviteit van oefentherapie volgens het graded activity principe is alleen gevonden bij het chronisch vermoeidheidssyndroom en is niet onderzocht bij de andere diagnoses/klachtenbeelden waarvoor literatuur is onderzocht.

Dat de vier 'door PSOT onderscheiden interventievormen niet één op één zijn te koppelen aan de in de literatuur beschreven interventies komt doordat auteurs verschillende subinterventies indelen onder verschillende hoofdinterventies. Zo vat bijvoorbeeld Swagemakers (2006) onder gedragstherapeutische interventies de combinatie van relaxatietraining, biofeedback en stressmanagement technieken. Educatie, dagboekregistratie van stressoren en stressreacties en cognitieve herstructurering zijn ook essentiële onderdelen van stressmanagementtechnieken, zo nodig aan te vullen met het aanleren van probleemoplossende technieken en assertiviteitstraining. Een exacte afbakening is zelfs tussen de 'globaal' onderscheiden interventievormen vaak niet mogelijk. Daardoor kunnen de resultaten ook niet goed worden herleid tot één van de componenten van de behandeling. Dit geeft aan waarom bewijs voor ontspanningstraining als singuliere behandelvorm beperkter is dan het bewijs voor de effectiviteit van CGT.

Voor het vergelijken van het bewijs uit de literatuur over werkzame interventies met de gegevens uit de PSOT-praktijken over toegepaste interventies hebben wij daarom bij de Best Evidence synthese voor de vijf onderzochte diagnoses/klachtenbeelden bij de interventies de naamgeving volgens de PSOT tussen haakjes gezet. CGT als interventie wordt zowel door de literatuur als door PSOT genoemd. De Best Evidence synthese ziet er dan als volgt uit:

* Voor Fibromyalgie is aangetoond dat **cognitieve gedragstherapie** als onderdeel van een **meervoudige** behandeling effectief is evenals dat is aangetoond voor een **meervoudige** multidisciplinaire behandeling (oefentherapie/fysieke training in combinatie met een vorm van psychologische behandeling) en voor gesuperviseerde aërobe training (**oefentherapie**).

Het is waarschijnlijk dat Mindfulness Based Stress Reductie (**Therapeutisch Lichaamswerk**) depressieve symptomen kan verlichten bij patiënten met fibromyalgie. Verder zijn er aanwijzingen voor de effectiviteit van spierversterkende oefeningen/krachttraining (**oefentherapie**)

* Voor CVS is aangetoond dat **cognitief gedragsmatige** behandeling bij volwassenen en kinderen/adolescenten effectief is. Bij kinderen/adolescenten is het aannemelijk dat de effecten ook op lange termijn behouden blijven. Verder is aangetoond dat oefentherapie met **graded exercise (Taakgerichte hulpverlening)** en aërobe training (**oefentherapie**) effectief is bij volwassenen met niet ernstige klachten van het chronisch vermoeidheidssyndroom. Er zijn aanwijzingen dat een **meervoudige** behandeling effectief is bij volwassenen met chronisch vermoeidheidssyndroom.

* Voor Stressgerelateerde spanningshoofdpijn en migraine is aangetoond dat **CGT**, als enige vorm van interventie of in combinatie met antidepressiva, ook op langere termijn effectief is. Er is nog onduidelijkheid over effecten van CGT-interventies aangeboden met minimale contacttijd/begeleidingstijd of via internet en over ontspanningstraining (**Therapeutisch Lichaamswerk**) al dan niet in combinatie met CGT. Waarschijnlijk is EMG-feedback (oefentherapie) als onderdeel van ontspanningstraining (**Therapeutisch Lichaamswerk**) effectief, evenals een multidisciplinaire **meervoudige** behandeling.

* Voor Angst- en Paniekstoornissen inclusief hyperventilatie is aangetoond dat verschillende vormen van Cognitieve Gedragstherapie/**CGT**-interventies effectief zijn, waaronder CGT individueel, in groepsverband of in verkorte vorm, inclusief (**psycho**-)educatie, motiverende gespreksvoering, algemene oefentherapie (**oefentherapie**) of ontspanningstraining (**Therapeutisch Lichaamswerk**) (algemeen of via MBSR-training). CGT-interventies zijn ook effectief wanneer zij via internet of in de vorm van zelfhulphandleidingen worden gegeven. Waarschijnlijk is ontspanningstherapie (**Therapeutisch Lichaamswerk**) als enige gegeven interventie effectief, ook in **combinatie** met **CGT**. Verder zijn er aanwijzingen dat ademtraining (**Therapeutisch**

Lichaamswerk) al dan niet als aanvullende behandeling bij **cognitieve gedragtherapie** effectief is, ook ter vermindering van hyperventileren.

* Voor Overspanning en burn-out is het aannemelijk dat **CGT**, training in algemene ontspanningstechnieken (**Therapeutisch Lichaamswerk**) of interventies met **combinaties** van deze technieken - (geïndiceerd-)preventief ingezet - de stressklachten verminderen. In mindere mate is dat ook het geval voor Mindfulness Based Stress Reductie (MBSR) interventies (**Therapeutisch Lichaamswerk**). Het is aannemelijk dat CGT of ontspanningstechnieken als Qigong (**Therapeutisch Lichaamswerk**) hierbij effectief zijn.

Uit het bovenstaande blijkt dat er bewijs is gevonden voor de belangrijkste PSOT-interventies: cognitieve gedragstherapie (**CGT**), ontspanningstraining incl. toegepaste relaxatietraining, ademtraining, mindfulness (waaronder MBSR) (**Therapeutisch Lichaamswerk**) en **meervoudige interventies** (combinaties van elementen uit verschillende vormen van interventie). Voor effectiviteit van CGT is het meeste en het sterkste bewijs: effectiviteit van CGT is zonder meer aangetoond ter behandeling van patiënten met psychosomatische aandoeningen/klachtenbeelden, in de behandeling en als secundair preventieve interventie. Preventieve inzet van CGT is met name bij personen met (dreigende) overspanning of burn-out veelvuldig onderzocht en effectief gebleken.

CGT gebaseerd op de voorafgaande intake van de PSOT, waarin met de patiënt wordt ingegaan op externe en vooral interne stressoren als disfunctionele cognities, emoties en gedrag, kan voorkomen dat de klachten in de loop van de tijd steeds ernstiger worden, en mogelijk ook het ontstaan van een depressie helpen voorkomen.

Voor **psycho-educatie** als 'losse' interventie is niet veel literatuur gevonden. Psycho-educatie maakt in de literatuur vermoedelijk vaak deel uit van CGT.

Over de totale bestudeerde patiëntenpopulatie gezien blijken de therapeuten bij op één na alle patiënten combinaties van behandelvormen (interventies en technieken) toe te passen: bij 58,5% alle vier de onderscheiden behandelvormen, bij 32,2% drie onderscheiden behandelvormen en bij 8,7% twee van de onderscheiden behandelvormen. Patiënten met niveau Cx2 van complexiteit (laagste mate van complexiteit) lijken, als groep, iets minder vaak vier behandelvormen te krijgen dan de groepen met een hoger complexiteitsniveau.

'Cognitieve gedragstherapie' en 'Therapeutisch lichaamswerk' worden vrijwel altijd toegepast (bij respectievelijk 92,9% en 95,1% van de patiënten), gevolgd door 'Psycho-educatie' (bij 82,5%) en 'Taakgerichte hulpverlening' (78,1%).

Het toepassen van combinaties van behandelvormen (interventies en technieken) in een eclectisch maar samenhangend geheel is ook vanuit de literatuur te onderbouwen. Al decennialang wordt een debat gevoerd tussen 'lumpers' en 'splitters'. De splitters vinden dat het bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten gaat om uiteenlopende symptomen en aandoeningen die specifieke oorzaken hebben en specifieke behandelingen vereisen. De lumpers vinden dat het hierbij juist gaat om vele uitingvormen van één aandoening met zodanige overlap in de kenmerken, dat voor de diagnostiek en behandeling een generieke benadering op zijn plaats is (Feltz-Cornelis 2009). De PSOT-therapeuten lijken in hun aanpak een middenweg te kiezen: classificatietechnisch zijn vier hoofdvormen van behandeling onderscheiden, maar onder de hoofdvormen vallen diverse interventies en technieken die kunnen worden ingezet waar dat specifiek nodig wordt geacht voor de (unieke) patiënt.

Uit de vergelijking van de gegevens van de drie hoofdgroepen patiënten met de gegevens over de bestudeerde patiëntengroepen uit de literatuur blijkt het volgende:

- Aan alle 44 patiënten die zijn ingedeeld in de groep 'Angst/Paniek/Hyperventilatie' wordt 'Therapeutisch lichaamswerk' gegeven. Bij 33 van deze patiënten is de Nijmeegse Hyperventilatielijst afgenomen. Bij 22 van hen is hyperventilatie vastgesteld op grond van de NHL score, de scores van de andere 11 patiënten zijn onvoldoende hoog om hyperventilatie vast te stellen. De interventie is met name gericht op ademhaling en ontspanning, al dan niet in combinatie met andere therapieën zoals Ki ('ontspanning in actie') en MBSR. 'Cognitieve gedragstherapie' is toegepast bij 93,2%. Deze interventies zijn voor deze

patiëntengroep de belangrijkste interventies; 'Psycho-educatie' en 'Taakgerichte hulpverlening' worden bij respectievelijk 75,0% en 68,2% van de patiënten toegepast. Deze behandeling komt overeen met de behandeling die vanuit de literatuur aanbevolen kan worden. Daarbij zij opgemerkt, dat het bij de PSOT-patiënten gaat om patiënten met voornamelijk hyperventilatie op basis van stress, en niet zozeer om patiënten met ernstige angststoornissen/paniekaanvallen.

- Bij 25 van de 46 patiënten die zijn ingedeeld in de groep 'Overspanning/burn-out' is de Maslach Burnout Inventory afgenomen. Bij 11 van hen kan, op basis van de criteria van de MBI, van een burn-out worden gesproken. Op de overige 14 patiënten is dus de diagnose 'Overspanning' van toepassing - een minder ernstige vorm die wel in een burn-out zou kunnen uitmonden. Bij deze subgroep patiënten zijn 'Cognitieve gedragstherapie', 'Taakgerichte hulpverlening' en 'Psycho-educatie' bij vrijwel iedereen toegepast (respectievelijk bij 97,8%, 95,7% en 91,3%), gevolgd door 'Therapeutisch lichaamswerk' bij 89,1%.

Ook hier volgt de PSOT de evidentie uit de literatuur. Taakgerichte hulpverlening wordt in de literatuur niet vaak bestudeerd maar het gefaseerd en doelgericht laten werken aan taken/opdrachten is met name bij deze doelgroep, bij wie vooral de werkstress zorgt voor te grote druk, belangrijk. De literatuur over 'Overspanning/burn-out' blijkt vooral te gaan over hoog opgeleid personeel in verantwoordelijke banen, zoals artsen en verplegend personeel, en betreft veelal secundair preventieve interventies. Het lijkt erop dat het bij de patiëntengroep PSOT ook voornamelijk gaat om (geïndiceerd) preventief gerichte interventies: het verminderen van de werkgerelateerde stress en het voorkomen van burn-out.

De grootste groep, namelijk 89 patiënten, is ingedeeld in SRK/SOLK. Ook bij deze groep, waaronder zeer diverse ziektebeelden vallen, worden 'Therapeutisch lichaamswerk' en 'Cognitieve gedragstherapie' het meest frequent toegepast (bij respectievelijk 95,5% en 91,0%), gevolgd door 'Psycho-educatie' en 'Taakgerichte hulpverlening' (80,9% resp. 74,2%).

Binnen deze hoofdgroep (SRK en SOLK) hadden 23 patiënten spanningshoofdpijn/migraine. Bij deze subgroep werd bij 22 patiënten (95,7%) Therapeutisch Lichaamswerk toegepast als behandelvorm, bij 20 patiënten (87,0%) Cognitieve Gedragstherapie, bij 16 patiënten (69,6%) Taakgerichte Hulpverlening en bij 16 patiënten (69,6%) Psycho-educatie. Ook hierin volgt de PSOT de evidentie in de literatuur.

- | |
|--|
| <p>I Therapeutisch Lichaamswerk. Onder dit paraplu-begrip worden (combinaties van) verschillende soorten interventies gerekend. In een behandeling PSOT maken in ieder geval Ontspanningstherapie (a), Ademtherapie (b) en Ki-therapie (c) deel uit van de interventie 'therapeutisch lichaamswerk' en vaak ook Mindfulness Based Stress Reduction (d) en Hartcoherentie-methoden (e). Zie Kader 1 voor een nadere beschrijving.</p> <p>II Psycho-educatie. De psychosomatisch oefentherapeut bevraagt de patiënt over (psycho-sociale) oorzaken achter de stressgerelateerde klachten en werkt met de patiënt toe naar inzicht in de samenhang tussen de klacht en gebeurtenissen of gevoelens/emoties. Inzicht is voorwaarde voor het werken aan oplossingen. Andere onderdelen van psycho-educatie zijn het geven van informatie en voorlichting over het ontstaan van stress en de samenhang tussen emoties, stress en klachten, het adviseren en begeleiden van de patiënt in het omgaan met problemen, emoties en klachten en het verdelen van de energie over de dagelijkse taken (coping, stresshantering en energiemanagement).</p> <p>III Cognitieve Gedragstherapie c.q. gedragstherapeutische interventies. De psychosomatisch oefentherapeut zoekt naar disfunctionele cognities die op hun beurt disfunctionele emoties teweegbrengen bij de patiënt, met als gevolg bepaald (stressgerelateerd) gedrag en klachten, en bespreekt de bevindingen met de patiënt. Door deze cognities en de emoties meer reëel te maken kan de patiënt zijn gedrag veranderen en zijn klachten verminderen. Technieken zijn bijvoorbeeld cognitieve herstructurering, re-labelling, confrontering, herconditionering, aan-/afleren, monitoring en assertiviteitstraining.</p> <p>IV Taakgerichte hulpverlening. Bij de taakgerichte aanpak worden de klachten 'vertaald' in problemen, waarna de problemen worden omgezet in doelen en taken, opdrachten en stappenplannen die de patiënt moet uitvoeren. Het uitvoeren van deze taken (die de patiënt ook als 'huiswerk'opdrachten moet uitvoeren) leidt bij de patiënt tot gedragsverandering en inzicht. Het uitvoeren van de opgedragen taken zijn een oefening in het effectief leren omgaan met problemen (probleemcoping).</p> |
|--|

De conclusie is dat de PSOT in de behandeling van de verschillende diagnosegroepen de evidentie voor behandelinterventies in de literatuur volgt.

De PSOT lijkt de minder complexe patiënten vanuit de in de literatuur onderscheiden diagnosegroepen te behandelen: niet zozeer patiënten met burn-out maar voornamelijk degenen met werkgerelateerde overspanning en geen patiënten met ernstige angst- en paniekstoornissen maar patiënten met hyperventilatie op basis van stress, waarin gevoelens van angst meespelen.

De PSOT geeft gemiddeld 11,2 behandelzittingen (range 3-30). De behandeltime per zitting verschilt tussen de therapeuten: gemiddeld is een zitting 40,6 minuten, uiteenlopend van 30 tot 60 minuten. De totale behandelduur (aantal zittingen x tijdsduur per zitting) is gemiddeld 447,5 minuten (range 90-1350 minuten).

Deze gegevens zijn niet te vergelijken met de literatuur: daarin zijn zeer uiteenlopende interventie'lasten' beschreven, van heel veel, heel omvangrijke interventies tot minimale interventies en zelfhulphandleidingen, al dan niet met behulp van het internet.

Opmerking

CGT vereist (vrij goed ontwikkelde) cognitieve en reflecterende vermogens bij patiënten (op interne en externe stressoren en zelfreflectie wat betreft het handelen en denken/cognities/attributies), inclusief het doorlopen van de verschillende stadia van gedragsverandering: openstaan, willen, kunnen, doen en volhouden. Een citaat van Swagemakers (2006) illustreert dit als volgt: "Stressmanagementtraining begint met uitleg over de fysieke, emotionele en cognitieve componenten van stressreacties. Door nauwkeurige registratie van de hoofdpijn in een dagboek leert men persoonsspecifieke stressoren en stressreacties identificeren. Vervolgens maakt men zich vaardigheden eigen om de negatieve invloed van deze uitlokkers op migraine te neutraliseren of te voorkomen. Specifieke aandacht is er voor automatische negatieve gedachten die stressreacties veroorzaken. Men leert deze negatieve gedachten te veranderen door middel van cognitieve herstructurering. Probleemoplossingstechnieken en assertiviteitstraining kunnen aan de behandeling worden toegevoegd" (Swagemakers 2006).

Het is daarom niet verwonderlijk dat zowel in de literatuur als bij de PSOT sprake is van relatief hoogopgeleide patiënten.

7.5 INTERVENTIES PSOT TEGEN DE ACHTERGROND VAN BEROEPS-COMPETENTIES EN -BEVOEGDHEDEN

Interventies door psychologen of PSOT

Psychologen en PSOT hebben verschillen in beroepscompetenties. Bij psychologen betreffen die ten opzichte van de PSOT onder meer het stellen van psychologische/psychiatrische diagnoses, het uitvoeren van specifieke psychologische tests en andere diagnostiek, en het voorschrijven of aanbevelen van medicatie. Bij behandeling van de patiënt en bij de inventarisatie van de problematiek volgt de psycholoog uit de aard van zijn competenties een psychologische benadering

De oefentherapeut/PSOT heeft onder meer diagnostische tests en middelen die fysieke oorzaken voor de klachten, die andere, meer fysieke of medische behandeling behoeven, kunnen detecteren. De ingang van de probleeminventarisatie is in eerste instantie voor een groot deel vanuit het lichamelijk/bewegend functioneren en de problemen die de patiënt daarin ervaart. De PSOT gaat daarnaast uitgebreid in op externe, omgevings-/werkgerichte stressoren en interne stressoren (disfunctionele opvattingen/cognities, emoties en gedrag van de patiënt) die ten grondslag zouden kunnen liggen aan de klachten. Na identificatie van relevante stressoren gaat de PSOT in de behandeling daarop in en stemt de PSOT de interventies mede daarop af. Ook in de behandeling zal de PSOT vaker 'lichaamsgerichte' interventies geven: ademhalingstraining, ontspanningstraining met in eerste instantie spierontspanning gevolgd door mentale ontspanning, en waar nodig ook aërobe training, versterking van spierkracht en andere training. Door deze 'eerste' benadering vanuit het lichamelijk/bewegend functioneren als aangrijpingspunt zal een behandeling door PSOT door een deel van de patiënten meer geaccepteerd worden en meer aanspreken dan een behandeling door bijvoorbeeld psycholoog of GGZ. Bovendien blijkt de PSOT de minder complexe patiënten vanuit de in de literatuur onderscheiden diagnosegroepen te

behandelen (zie punt 4), hetgeen goed is geregeld door het hanteren van de Beslisboom voor indicaties PSOT.

Een ander verschilpunt is de vrije toegankelijkheid van de oefentherapeut/PSOT, waarbij bij complexe patiënten altijd wordt kortgesloten met de behandelend arts.

Effectief gebleken behandelvormen als CGT, Psycho-educatie, Ontspanning/Therapeutisch lichaamswerk en Taakgerichte hulpverlening worden door beide professies toegepast, maar vermoedelijk met andere accenten. Zelfwerkzaamheid is een essentieel onderdeel van de behandeling door elk van beide professies.

De conclusie is dat de ene patiënt vanuit de aard en ernst van de problematiek meer gebaat zal zijn bij- of meer 'openstaat' voor - interventies door de psycholoog en de andere patiënt, met andere accenten in de problematiek en met minder ernstige, minder 'psychiatrische' aspecten, voor interventies door PSOT.

Interventies door 'gespecialiseerde' PSOT of 'algemeen opgeleide' oefentherapeuten

Zowel algemeen opgeleide oefentherapeuten als PSOT integreren het ICF-model (WHO, 2001) in hun denken en handelen. Het ICF-model benadrukt de relatie tussen de drie niveaus van menselijk functioneren onderling (functies en anatomische eigenschappen van lichaam en brein, activiteiten en participatie), met bovenliggende aandoening/pathologie, maar ook met omgevingsfactoren en interne, persoonlijke factoren zoals cognities, opvattingen en ervaringen en leefstijl. Algemeen opgeleide oefentherapeuten passen ook elementen toe van interventies als CGT, psycho-educatie, taakgerichte hulpverlening en therapeutisch lichaamswerk in hun behandeling, maar een speciale opleiding in die technieken is nodig voor de behandeling van patiënten die meer 'vastzitten' in disfunctionele cognities en emoties. De Beslisboom PSOT is ontwikkeld om een onderbouwde beslissing te kunnen maken voor algemene oefentherapie of PSOT (of andere hulpverleners) op basis van de complexiteit van de mentale problematiek en stressoren. Vanuit het patiëntgericht onderzoek dat in het voorliggend document is beschreven, is duidelijk dat PSOT uitstekende behandelresultaten bereikt bij de geïndiceerde groep patiënten met psychosomatische aandoeningen.

Zo zijn de behandeldoelen bereikt (volgens PSOT) bij 84,7% van de patiënten; 88,0% van de patiënten geeft aan dat de 'gezondheidstoestand sterk verbeterd' is. (N.B.: De benoeming van resultaten is niet gelijk door verschillen in de antwoordcategorieën in het registratiesysteem). Uit de LIPZ-gegevens blijkt dat de doelen volledig zijn bereikt bij circa 57% van de patiënten die worden behandeld door algemeen opgeleide oefentherapeuten. De behandeldoelen worden bij de PSOT-populatie relatief vaker gerealiseerd, waarvoor twee tot drie zittingen méér gebruikt zijn dan bij de algemene populatie C/M-patiënten. Daarbij moet wel nadrukkelijk worden aangetekend dat de PSOT-patiënten nauwkeurig zijn geïndiceerd (uitgekozen) op grond van hun geschiktheid voor de behandeling PSOT. Daar past bij dat de PSOT-patiënten relatief hoog zijn opgeleid.

De conclusie is dat op basis van de Beslisboom een indicatie PSOT of algemene oefentherapie moet worden gesteld en dat patiënten met matig complexe psychosomatische problematiek gebaat zijn met PSOT-interventies die door een daarin gespecialiseerde oefentherapeut PSOT moeten worden gegeven.

Interventies aanvullend op huisartsenzorg

De 'gebruikelijke zorg' is in de beschreven literatuur soms zeer veelomvattend: bezoeken aan huisarts, bedrijfsarts en maximaal vijf sessies bij een psycholoog of maatschappelijk werk (De Vente 2008). De huisarts zet, volgens de aanbeveling in de literatuur, medicatie in bij de meeste patiënten met psychosomatische aandoeningen.

In het proefschrift van Prince (2010) wordt opgemerkt dat huisartsen in hun behandeling wel inzetten op medicatie plus een (CGT-)gesprek, maar dat patiënten een meer uitgebreid gesprek over hun klachten en de achtergronden daarvan missen en aangeven dat zij daar wel behoefte aan hebben. Deze bevinding wijst volgens de auteurs van dit verslag op het nut van PSOT bij de behandeling van daarvoor geïndiceerde patiënten in de huisartsenpraktijk. De PSOT heeft immers veel meer behandeltime tot zijn beschikking dan de huisarts.

De conclusie is dat PSOT bij daarvoor geïndiceerde patiënten aanvullend zou kunnen zijn op de behandeling door de huisarts.

7.6 AANBEVELINGEN

De verzamelde gegevens beschrijven (voor het eerst) op systematische wijze de patiëntenpopulatie, (het verloop in de tijd van) de scores van de patiënten op de meetinstrumenten en de werkwijze en door de therapeuten gehanteerde interventies PSOT. Deze gegevens kunnen als basis voor verder patiëntgericht onderzoek fungeren. Aanbevolen onderwerpen voor verder onderzoek zijn:

- kwalitatief onderzoek bij patiënten met een indicatie PSOT en patiënten met een indicatie voor algemene Oefentherapie Cesar of Mensendieck;
- (gecontroleerd) vergelijkend onderzoek naar effecten van behandeling door een Psychosomatisch Oefentherapeut en een algemeen opgeleide Oefentherapeut van patiënten met complexiteitsniveau 2;
- beschrijvend onderzoek naar de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch werkende Fysiotherapeuten in vergelijking met de patiëntenpopulatie van de Psychosomatisch Oefentherapeuten.

8 LITERATUUR

- de Vente W, Kamphuis JH, Emmelkamp PM, Blonk RW. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* 2008 Jul;13(3):214-31.
- Doorn P van, Colla P, Folgering H. Een vragenlijst voor hyperventilatieklachten. *De Psycholoog* 1983; XVIII: 573-7.
- Feltz-Cornelis C van der, Swinkels J, Blankenstein N, Horst H van der, Hoedeman R, Keuter E. Een of vele? Conceptuele overwegingen bij het opstellen van de multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen. *Psychologie en gezondheid* 2009;37(5):291-294
- Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten. Peiling 1 januari 2008. Nivel, 2009
- ICF: International Classification of Functioning, disability and health. - Geneva: World Health Organization, 2001 - 299 p
- Merens A, Hermans B. Emancipatiemonitor 2008. Sociaal en Cultureel Planbureau & Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag, 2009.
- Mulders N, Boersma R, IJntema R, Coppoolse R. Beroepscompetentieprofiel Psychosomatische Fysiotherapie NFP, 2009.
- Ostelo RWJG, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, Bouter LM, de Vet HC. Interpreting Change Score for Pain and Functional Status in Low Back Pain. Towards International Consensus Regarding Minimal Important Change. *Spine* 2008; 33(1):90-4
- Prins, M.A. Mental health care from the patient's perspective: a study of patients with anxiety and depression in general practice = Zorg voor psychische problemen vanuit het patiëntenperspectief: een onderzoek naar patiënten met angst en depressie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2010. 217 p. Proefschrift Universiteit Utrecht
- Schaufeli WB, Dierendonck D van. Burn-out: een begrip gemeten: de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag & Gezondheid* 1994; 22: 153-72.
- Schaufeli WB, Dierendonck D van. Utrechtse Burn-Out Schaal: handleiding. Lisse: Zwets & Zeitlinger, 2000.
- Swagemakers O.T.A., S.Y.M. Merelle, J. Passchier. Gedragsinterventies bij migraine: is korter ook effectiever? Een review /, ... [et al.]. In: *Gedrag en Gezondheid* ; Jrg. 34 nr. 2 (2006), p. 61-74
- Terluin B. Rubriek 'Meten in de praktijk'. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4-DKL) *Ned Tijdschr Fysiother* 2004;114(4):116.
- Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, van Boeijen CA, van Balkom AJ, van der Klink JJ, Stalman WA. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006 Aug 22;6:34
- Versteeg E, Tombrock M, Harten V van, Frijling A, Straaten R van, Aleman M, Hesselink R. Domeinomschrijving & Beroepscompetentieprofiel van de Psychosomatische Oefentherapeut. Utrecht, VvOCM, december 2007, versie 7.3
- Zee KI van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. 1993, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

BIJLAGEN

- 1 Aanvullende opleidingen
- 2 Deelnemende praktijken
- 3 Vergelijking patiëntenkenmerken

AANVULLENDE OPLEIDINGEN IN HET KADER VAN PSYCHOSOMATISCHE OEFENTHERAPIE (PSOT)

Opleiding PSOT

Opleiding tot psychosomatisch oefentherapeut
vervolgens alle benodigde modules volgens het PSOT-traject
Officieel PSOT-traject doorlopen
1e PSOT-traject
Alle benodigde modules volgens het PSOT
PSOT-opleiding
Post-HBO-opleiding psychosomatisch oefentherapeut (o.a. verdiepingsmodule, psychosomatiek, psychopathologie, interculturele hulpverlening, verliescommunicatie en therapeutisch lichaamswerk) 2008
Officiële opleidingstraject tot psychosomatisch oefentherapeut.

Psychosomatiek

Diverse cursussen op het gebied van psychosomatiek
Post-HBO Psychosomatiek bij Kees Meijer
Verdieping Psychosomatiek Kees Meijer en Ingrid de Prez
Verdieping Psychosomatiek Kees Meijer en Ingrid de Prez
Post HBO Psychosomatiek (K. Meyer) 2002
Post-HBO Psychosomatiek bij Kees Meijer 2002
Cursus Psychosomatiek en Ontspanning bij POFA (Douwe Woudhuizen/Flow, 1994)
Symposium Psychosomatiek in de praktijk (VBC 2001)
Psychosomatiek Kees Meijer
Themadag Psychosomatiek (VvOCM, 2007)
Diverse cursussen op het gebied van psychosomatiek.

Ontspanningstherapie/-technieken

Cursussen voor ontspanningstechnieken etc., o.a. Basiscursus ontspanningsmethoden
Verdieping levende ontspanning;
Adem- en ontspanningstherapie
Cursus Actief ontspannen 1985
Cursus Psychosomatiek en Ontspanning bij POFA (Douwe Woudhuizen/Flow, 1994)
Basis Ontspanningsmethoden 1996
Verdieping levende ontspanning 1999
Workshops: Kees Meijer - ontspanning
Verschillende cursussen gericht op adem en ontspanning.

Ademtherapie/adembewustwording

Ademtherapie en adembewustwording van J. Dixhoorn;
Adem- en ontspanningstherapie
Workshop adembewustwording van J. van Dixhoorn 1984
Ademtherapie en adembewustwording van J. van Dixhoorn 2000
Hyperventilatie, de adem - NPi
Verschillende cursussen gericht op adem en ontspanning.

NLP

NLP

NLP master practitioner

NLP-practitioner

Opleiding tot NLP Practitioner (Ten Have & Partners 2002)

Opleiding NLP master practitioner (NTINLP) 2006/2007

Opleiding NLP persoonlijk begeleider/coach (NTINLP) 2007

Workshop NLP (Mevrouw Swank).

Spanning, stress, burn-out

Lichaamsbewustwording en stressmanagement;

Lichaamsbewustwording en stressmanagement 1999

Oefentherapeutisch aanpak en training bij spanning, stress en burn-out;

Spanning/stress/burn-out - Michel v.d. AA

Verschillende ontspanning-/stressmanagement cursussen

Burn-out cursussen

De lichamelijke en oefentherapeutische aanpak bij spanning, stress en burn-out (M vd Aa) 2008

Workshop stressmanagement en zelfregulatie (NPI, 1998)

Oefentherapeutisch aanpak en training bij spanning, stress en burn-out 2007.

RET

Emotieve therapie,

Basiscursus RET

RET-cursus

Cursus RET 2005.

Haptonomie/haptotherapie

Stukje haptonomie uit verschillende cursussen

Haptonomie-opleiding (Synergos Amersfoort) 2004-2009

Cursus Integratie van Haptonomie in het Oefentherapeutisch handelen, 2001.

Mindfulness

Cursus mindfulnessstraining 2007

Mindfulness.

Hypnotherapie

Hypnotherapie.

Coaching & counseling

Persoonsgerichte coaching en training,

Coaching & counseling

Werkstress- en arbeidscounseling

Coachingsopleiding

Lezingencyclus "Psychotherapeut en toegepaste neurowetenschappen voor therapeuten coaches en counselors" - John van der Meij (3 totaal) 2009.

IPT/Psychosomatische Fysiotherapie

Psychosomatische fysiotherapie (IPT)

IPT (3-jarige opleiding tot Psychosomatisch fysiotherapeut

2003 PS: IPT- Amsterdam.

Balans en stabiliteitstraining

Cursus Centrum van Balans 1 (Ten Have & Partners 2003) (?)

Cursus Centrum van Balans 2 (Ten Have & Partners 2004) (?)

Post-HBO-cursus Balans en stabiliteitstraining 2008

Balans en stabiliteitstraining: C. Groothoff.

Psychologie/pedagogiek

Master of Arts of Psychology,

Toegepaste integrale psychologie

Verskillende modules van de opleiding tot psycholoog van de Open Universiteit

Deeltijdstudie Psychologie 1e jaar afgerond (UVA) 1987/1988

MO-A- Sociale pedagogiek.

Eye movement desensitization and reprocessing

EMDR

Cursus EMDR I, II,III en IV 2009.

Bio-energetica

Vervolgopleiding lichaamsgericht werken/bio-energetica

Bio-energetica.

Overig

Verdieping van behandeling en begeleiding karakterstructuren.

Trilemma alle cursussen

Bezigt met opleiding Zingeving en Spiritualiteit,

HGU (Hogeschool Geesteswetenschappen Utrecht)

Verder cursussen m.b.t. PSOT

Cursus 'Mobilizing awareness: sensomotorische reëducatie' (NPI) 2007

BCM Lezingencyclus "Pijn mag niet vaag zijn" (6 totaal) 2008/2009

Training Hartcoherentie voor professionals 2009.

Niet direct samenhangend met PSOT

Arbeidsreïntegratie, bedrijfsoefentherapie

Tweejarig Postacademische Leergang Supervisiekunde (GITP/PAO) 2008/2010

Stemcursus voor oefentherapeuten van Borg Diem Groeneveld 2009

Post-HBO-module Communicatieve vaardigheden 2008

Workshop Oefentherapeut en Ondernemer (VvOCM) 2007

Cursus 'Repetitive Strain Injury' (NPI, 1999)

Post-HBO-opleiding Oefentherapie in de Geriatrie Module I/II (Verwetenschappelijking professionalisering en de kwaliteit van de zorg HU 2004/2005)

Post-HBO-cursus BKW (Basiseducatie kwaliteit en wetenschap) voor oefentherapeuten cesar/mensendieck HU 2006

Post-HBO-cursus Directe Toegankelijkheid Oefentherapie Cesar/mensendieck HU 2006

Workshop Systematisch werk en onderwijs (NTINLP) 2007

Traject supervisie door LVSB geregistreerde supervisor 2008

Cursussen m.b.t. Bekkenbodemp van het NPI, waarin psychosomatiek ook aan de orde komt

Bedrijfsoefentherapie

Opleiding Familie- en organisatieopstellingen (NTINLP) 2007.

DEELNEMENDE PRAKTIJKEN/THERAPEUTEN PATIËNTGERICHT ONDERZOEK PSYCHOSOMATISCHE OEFENTHERAPIE (PSOT)

Therapeut	Beroep*	Praktijkadres
Breukers, A.	OTM	Breukers Praktijk voor Oefentherapie Mensendieck Kasteel Annendaelstraat 33, 6043 XS Roermond
Buskermolen, J.G.M.	OTC	TCO Oosteinderweg 272, 1482 BC Aalsmeer
Buurman, A.	OTM	Buurman Vereecken Praktijk voor Oefentherapie Mensendieck Dr. Siebingasingel 107, 9218 PW Opeinde
Gils-Harkmans, D.M. van	OTM	Praktijk voor Oefentherapie Mensendieck Middenweg 19b, 1703 RA Heerhugowaard
Kaptein, M.	OTM	Aurora psychosomatische oefentherapie Stadhouderskade 2, 1054 ES Amsterdam
Koopmans, H.	OTM	Praktijk voor Oefentherapie Mensendieck Wieringen Wieringermeer Koningin Wilhelminalaan 2a, 1777 AS Hippolytushoef
Kwettters, M.	OTM	Praktijk voor Oefentherapie en Haptotherapie Gortstraat 39, 3905 BB Veenendaal
Ligtermoet, W.K.	OTM	Praktijk voor Mensendieck en Psychosomatische Oefentherapie Julianadorp, Loopuytpark 16, 1786 AE Den Helder
Lint, M.C. de	OTC	Praktijk voor Oefentherapie Cesar en Psychosomatische Therapie Pelargoniumstraat 1, 6663 CR Lent
Molenaar, R.	OTM	Praktijk voor Oefentherapie Mensendieck en Psychosomatiek Schoolstraat 19, 8471 CC Wolvega
Smeeten, E.	OTC	Praktijk voor Oefentherapie Cesar Wopereis en Smeeten Burg. Van de Zandstraat 1d, 7051 CS Varsseveld
Pöpping, R.	OTC	Praktijk voor Oefentherapie Cesar De Spreng Coldenhovenseweg 47a, 6961 EB Eerbeek
Versteeg, F.G.	OTC	Recover Psychosomatiek, Werkstress & Arbeidscounseling Grotestraat 243, 7622 GK Borne
Wortman, M.S.H.	OTC	Psychosomatische oefentherapie, hartcoherentie, coaching en supervisie, Oudewal 39, 1749 CB Warmenhuizen
Wijngaard, F. van den	OTM	Praktijk voor oefentherapie F. van den Wijngaard S.W. Schortinghuisstraat 6, 9671 CR Winschoten

* OTC: Oefentherapeut Cesar
OTM: Oefentherapeut Mensendieck

VERGELIJKING PSOT PATIËNTEN DIE WEL OF NIET ZIJN MEEGENOMEN IN DE ANALYSES

Het rapport heeft betrekking op gegevens van 183 PSOT patiënten van wie drie metingen beschikbaar waren of bij wie een derde meting geïmputeerd kon worden (zie pag. 14). Van 38 ingesloten patiënten waren helemaal geen vervolgmetingen beschikbaar, omdat de patiënten waren uitgevallen (n=33) of nog niet uit behandeling waren (n=5). Relevante kenmerken van beide groepen (wel of niet meegenomen in de analyses) zijn beschreven in onderstaande Tabel.

Tabel Vergelijking patiëntkenmerken van PSOT patiënten die wel of niet zijn meegenomen in de analyses

	Subgroep wel in analyse (n = 183)		Subgroep niet in analyse (n = 38)		P
	n	%	n	%	
Geslacht					0,248
Man	36	19,7	4	10,5	
Vrouw	147	80,3	34	89,5	
Leeftijd					0,610
-20 jaar	7	3,8	4	10,5	
21-30 jaar	39	21,3	8	21,1	
31-40 jaar	44	24,0	5	13,2	
41-50 jaar	54	29,5	15	39,5	
51-60 jaar	26	14,2	4	10,5	
61-70 jaar	10	5,5	2	5,3	
70+	3	1,6	0	0	
Klachtenduur					0,224
0-3 maanden	50	27,3	9	23,7	
3-6 maanden	44	24,0	8	21,1	
6 mnd – 1 jaar	33	18,0	6	15,8	
1-2 jaar	27	14,8	3	7,9	
2-5 jaar	9	4,9	4	10,5	
> 5 jaar	20	10,9	8	21,1	
Opleidingsniveau					0,387
Basisonderwijs	4	2,2	1	2,6	
Voortgezet algemeen onderwijs	40	21,9	10	26,3	
Middelbaar beroepsonderwijs	75	41,0	17	44,7	
Hoger beroepsonderwijs	54	29,5	7	18,4	
Wetenschappelijk onderwijs	10	5,5	3	7,9	
Complexiteitsniveau					0,254
Cx2	28	15,3	4	10,5	
Cx3	144	78,7	29	76,3	
Cx4	11	6,0	5	13,2	
Verwijsdiagnose					0,146
SRK	70	38,3	10	26,3	
SOLK	19	10,4	8	21,1	
Overspanning/surmenage	37	20,2	7	18,4	
Burn-out	9	4,9	0	0	
Angst/panieklachten/hypervent.	44	24,0	13	34,2	
Overig	4	2,2	0	0	

De patiënten die wel of niet zijn meegenomen in de analyses verschillen niet van elkaar wat betreft patiëntkenmerken.

Met uitzondering van de somatisatiescore van de 4DKL verschillen beide groepen niet significant van elkaar in scores op de uitkomstmaten (VAS, MBI, NHL, MAF, RAND-36 en de overige domeinen van de 4DKL).

Patiënten die niet in de selectie vallen scoren hoger (slechter) op de somatisatie schaal van de 4DKL.

Conclusie

De subgroep patiënten van wie gegevens van drie metingen beschikbaar waren is vergelijkbaar met de groep patiënten die niet in de analyses konden worden meegenomen. Er heeft geen selectieve uitval plaatsgevonden.