BOWEN NEDERLAND

SCRIPTIE

Diagnostiek van een achillespees tendinose door de Bowentherapeut en het belang van multidisciplinair samenwerken

Naam: Fer Snackers
Opdrachtgever: Bowen Nederland
Datum: 8 November 2019

Inhoud

Samenvatting 2

Voorstellen 3

1. Inleiding 5

Anatomie 6

Pathologie 7

Bowentherapie 9

Fascia 12

2. Methode 14

2.1 Onderzoeksopzet 14

2.2 Deelnemers 16

2.3 Werkwijze 17

2.4 Data analyse 17

2.5 Ethiek 17

3. Resultaten 18

a) Gevolgen van de klacht 19

b) Betrokken zorgprofessionals 19

c) Verwachting van diagnostisch traject 20

d) Wijze van communicatie 21

e) Ervaringen betreffende beleving en vertrouwen 22

3.1 Interpretatie 23

3.2 Bowentherapeutische behandeling 24

Bowentherapeutische behandeling bij een AP tendinose 24

4. Conclusie 28

5. Discussie en slotwoord 29

6. Literatuurlijst 30

Bijlage 1: Toestemmingsverklaring 32

Bijlage 2: Informatiebrief 33

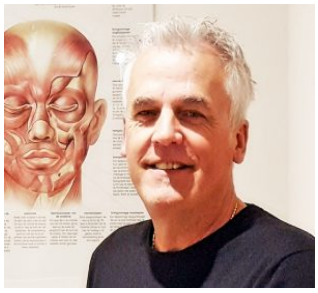
Bijlage 3: Informatiebrief zorgprofessionals 35

Bijlage 4: Interviewschema / Topiclijst 36

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen wat de ervaringen zijn van recreatieve sporters tussen 30 en 50 jaar met het diagnostisch traject bij een achillespees tendinose (AP) gevolgd door een behandeling bij de Bowentherapeut.
Om dit doel te bereiken is er gekozen voor het afnemen van interviews. De interviews werden gekaderd door middel van topics. De vier gekozen topics waren klachten, motivatie, verwachtingen en zorgprofessionals. Om de interviews uit te voeren is er contact gezocht met verschillende zorgprofessionals zoals Bowentherapeut, huisarts en fysiotherapeut.
De volgende inclusie criteria werden gekozen: recreatieve sporter, 30-50 jaar, diagnose achilles tendinose hebben door zorgprofessional. Als exclusie criteria golden de volgende: reuma, neuromusculaire aandoeningen, verstandelijke beperkte en mensen die geen Nederlands spreken.
Tijdens het afnemen van de interviews werd een interviewschema aangehouden om zo de structuur van het interview te bewaken. Na het vijfde interview werd merkbaar dat het niet meer over het diagnostisch traject ging. Vervolgens toch gekozen om nog drie interviews af te nemen om er zeker van te zijn dat er geen informatie gemist wordt.
De resultaten werden allemaal strikt anoniem verwerkt in vijf thema's: gevolgen van de klacht, betrokken zorgprofessionals, verwachtingen van het diagnostisch traject, de wijze van communicatie, de beleving en het vertrouwen. Opvallend was dat er nauwelijks verwachtingen van het diagnostisch traject zijn. Er zijn meer verwachtingen van de prognose en de behandeling die gaat volgen.
Alle deelnemers zijn succesvol behandeld middels de Bowentherapie waarbij de effectiviteit van de behandeling is gemeten met een NPRS schaal.
De conclusie van dit onderzoek is dat het onderzoek relevant is voor meerdere zorgprofessionals. De voornaamste reden is dat een goed diagnostisch traject leidt tot een adequate diagnose, gevolgd door een correcte prognose en een goede behandeling. Bowentherapie heeft aangetoond in dit onderzoek een effectieve behandeling te zijn bij achillespees tendinose.

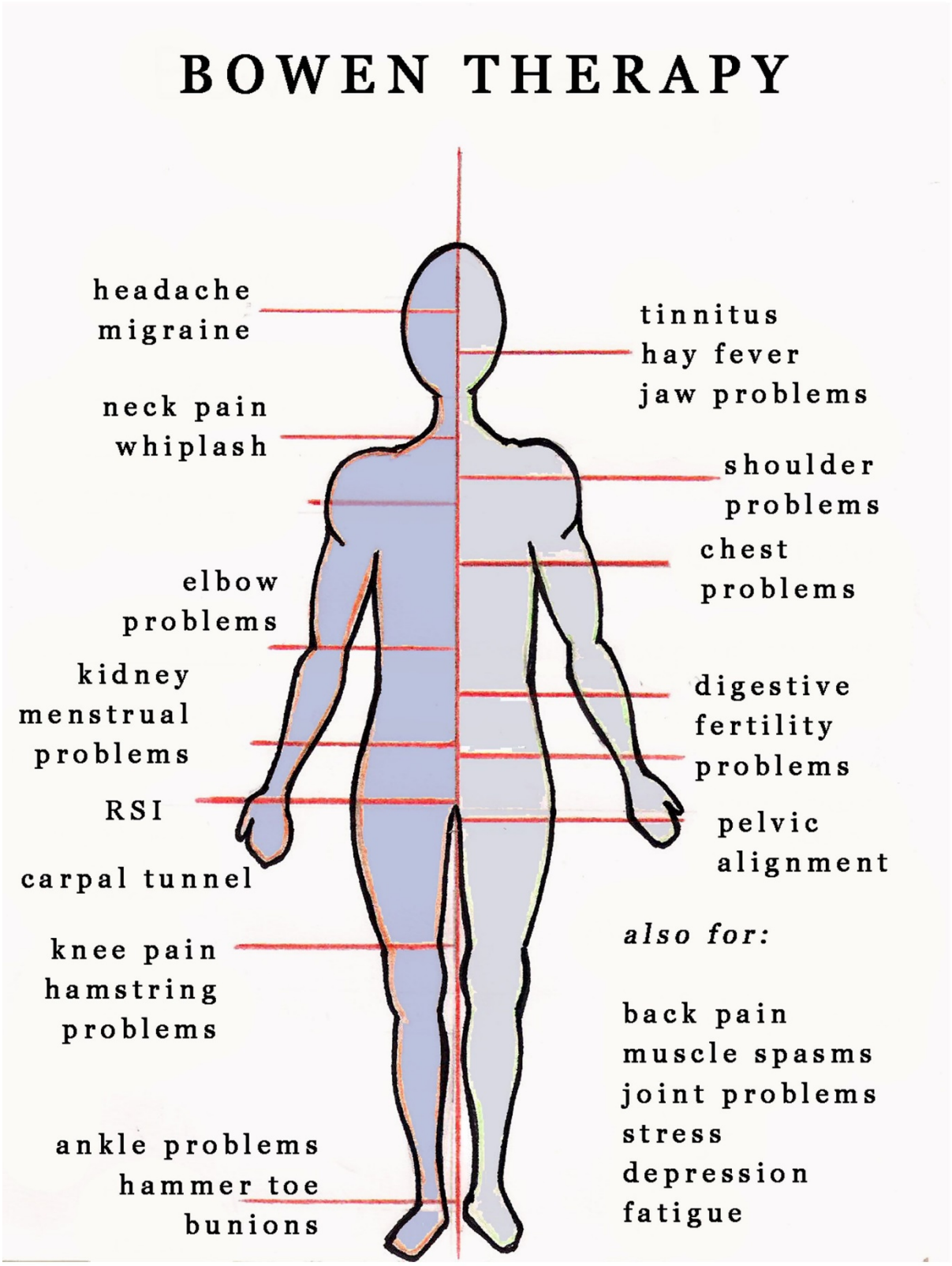
Voorstellen



Figuur 1: Fer Snackers

Mijn naam is Fer Snackers. Ik ben gelukkig getrouwd en vader van twee zonen die beide ook in de zorg werkzaam zijn. De een is podotherapeut met een eigen praktijk en de ander is master in de sportfysiotherapie en werkzaam in de topsport. In 1998 kreeg ik een burn-out. Ik was op dat moment logistiek manager en belandde in een regintegratietraject. Door mijn sportverleden met name Taekwondo op (inter)nationaal niveau en mijn liefde voor sportmassage (hierin was ik naast mijn werk al een 12 jaar werkzaam) kwam ik voor de eerste keer zelf met Bowentherapie in aanraking. Een bevriende osteopaat, Ron Martens, wees me op de mogelijkheden die de Bowentherapie te bieden had. In eerste instantie was ik enigszins sceptisch totdat ik zelf behandeld werd en de resultaten bemerkte. Ik was zelfs zo gefascineerd dat ik besloot om zelf Bowentherapeut te worden. Na een aantal gedegen opleidingen startte ik in 2006 met mijn eigen praktijk. Dit begon met een aantal dagdelen per week in de praktijk van Ron. Echter na een aantal jaren was mijn praktijk zo gegroeid, dat ik moest verhuizen om mijn eigen praktijk te starten. Inmiddels bestaat mijn praktijk uit twee locaties, een in Beek en een in Heerlen, waarin ik wekelijks gemiddeld 80-100 mensen behandel. Sinds 13 jaar heb ik mijn eigen cliëntvolgsysteem ontwikkeld uniek voor de Bowentherapie. Ik ben razend enthousiast over de Bowentherapie en de resultaten die ik hiermee bereik en zal hier mijn hele leven met passie werkzaam in blijven.

Figuur 2: Een van de behandelkamers bij Snackers Bowentherapie



Figuur 3: Behandelmogelijkheden voor de Bowentherapie

1. Inleiding

In de paramedische zorg worden klachten zoals achillespees (AP) tendinose vaak gezien. Zo kan het zijn dat de cliënt als eerst naar de huisarts gaat en dan doorverwezen wordt. Het kan ook dat de cliënt op eigen initiatief naar een andere zorgprofessional stapt, bijvoorbeeld naar een Bowentherapeut of een fysiotherapeut.[1] [2] [3] [4] Het diagnostisch proces kan dus verschillen. Door deze verschillen in het diagnostisch traject zullen de ervaringen van cliënten, die gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose, anders zijn.

De meeste AP blessures vinden plaats in de sport. AP letsels komen bij bepaalde takken van sport vaker voor. Voornamelijk in de high impact en duursporten komen deze klachten vaak voor.[5] Er is een algemene toename in de populariteit van sportieve activiteiten. Hierdoor ontstaan er relatief meer AP letsels. Dit heeft te maken met de toenemende leeftijd waarop mensen sporten.[6]

In de literatuur wordt beschreven dat AP letsels het vaakst voorkomen tussen de 30 en 50 jaar.[7] [8] Door het ouder worden nemen de spiermassa en spierkracht af (atrofie). Al vanaf het dertigste levensjaar vindt dit degeneratieve proces plaats omdat de productie van groeihormonen geleidelijk afneemt. Deze atrofie van de spieren heet sarcopenie. Hierdoor wordt de kans op spierblessures op oudere leeftijd groter.[9]

Er is onderzoek gedaan naar de beste behandelmogelijkheden bij een AP tendinose. Er zijn meerdere disciplines waarbij men met een AP tendinose, terecht kan om behandeld te worden.[1, 2] Deze behandeling kan bijvoorbeeld bestaan uit excentrische spieroefeningen binnen de fysiotherapie.

Binnen de Bowentherapie wordt vaak een hamstringprocedure, enkelprocedure, en bekkenprocedure toegepast om onder andere de hypertonie op de posterieure musculatuur

---

[1] Van Teeffelen, W.M. (2010). Sportblessures. Bijblijven, 26;2010;(10), 57-62.

[2] Ban, V. S., Bailes, J. E., Berger, M. S., Vaccaro, A. R., & Hunt Batjer, H. (2016). Introduction: Sports injuries: Diagnosis and management strategies. *Neurosurgical Focus, 40*(4), E2.

[3] Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. *International SportMed Journal, 5*(3), 188-199.

[4] Janse van Rensburg, D., & Nolte, K. (2011). Sports injuries in adults: Overview of clinical examination and management. *South African Family Practice, 53*(1), 21-27.

[5] V.H. Hildebrandt, C.M. Bernaards, J.H. Stubbe (2010/2011)Trendrapport Bewegen en Gezondheid. TNO Leiden.

[6] Roos, E. M., Engström, M., Lagerquist, A., Söderberg, B., Division III, Medicinska fakulteten, . . . Lund University. (2004). Clinical improvement after 6 weeks of eccentric exercise in patients with mid-portion achilles tendinopathy – a randomized trial with 1-year follow-up. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 14*(5), 286-295.

[7] Järvinen, T. A. H., Kannus, P., Maffulli, N., & Khan, K. M. (2005). Achilles tendon disorders: Etiology and epidemiology. *Foot and Ankle Clinics, 10*(2), 255.

[8] Biedert, R. (1991). Symptoms in area of the achilles tendon. etiology and therapeutic considerations. *Der Unfallchirurg, 94*(10), 531

[9] Sakuma, K., & Yamaguchi, A. (2012). Sarcopenia and age-related endocrine function. *International Journal of Endocrinology, 2012*, 1-10.

van de onderste extremiteit te verminderen en daarmee de spanning op de AP te reduceren.[10] [11]

Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen die gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose binnen de Bowentherapie. In dit onderzoek is ervoor gekozen om ervaringen te onderzoeken van mensen tussen de 30 en 50 jaar die op recreatief niveau sporten. Dit omdat de groep mensen die dit soort blessures oploopt - zoals hierboven omschreven - steeds groter wordt.[12,13,14]
Het is van belang om ervaring van de behandeling van AP tendinose met Bowentherapie, van recreatieve sporters in deze leeftijdscategorie te onderzoeken, omdat hierover in de literatuur weinig bekend is en hiermee inzicht verkregen wordt in eventuele knelpunten in de behandeling. Hiermee kan men vervolgens in de beroepspraktijk zijn voordeel doen.

Anatomie

De achillespees is een dikke, ronde pees die kracht van de kuitspieren aan de achterkant van het onderbeen overbrengt naar de voet. Het is de sterkste pees van het lichaam en ongeveer 15 cm lang. Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld op onze tenen staan, springen en de voet goed afwikkelen. Er zijn drie spieren die uitmonden in de achillespees: de musculus gastrocnemius medialis en lateralis en de musculus soleus. Ze worden samen de musculus triceps *surae* genoemd. Deze spieren bezitten veel kracht en uithoudingsvermogen en zijn in staat dagelijkse (sport) activiteiten lang vol te kunnen houden.

Geleidelijk gaan de spiervezels over in peesvezels om uiteindelijk samen de achillespees te vormen. De achillespees is stevig verankerd in het hielbot (calcaneus) en wordt van bloed en gevoel voorzien door kleine aftakkingen van bloedvaten en zenuwen. De achillespees is in staat elastische energie die vrijkomt door beweging, op te nemen (te absorberen), op te slaan en weer te gebruiken in een volgende beweging. Op die manier werkt de pees heel efficiënt.

10 Richtlijn Chronische achilles tendinopathie, in het bijzonder de tendinosis, bij sporters. Vereniging voor Sportgeneeskunde. januari 2007.
11 Alfredson, H., Pietilä, T., Jonsson, P., & Lorentzon, R. (1998). Heavy-load eccentric calf muscle training for the treatment of chronic achilles tendinosis. The American Journal of Sports Medicine, 26(3), 360
12 Järvinen, T. A. H., Kannus, P., Maffulli, N., & Khan, K. M. (2005). Achilles tendon disorders: Etiology and epidemiology. Foot and Ankle Clinics, 10(2), 255
13 Biedert, R. (1991). Symptoms in area of the achilles tendon. etiology and therapeutic considerations. Der Unfallchirurg, 94(10), 531
14 Sakuma, K., & Yamaguchi, A. (2012). Sarcopenia and age-related endocrine function. International Journal of Endocrinology, 2012, 1-10

Rond de achillespees liggen twee slijmbeurzen. Eén tussen pees en bot en de ander tussen pees en huid. Zij zorgen ervoor dat de pees met zo min mogelijk wrijving tussen huid en bot kan bewegen.
De aanhechting of insertie is het deel van de pees dat in het hielbot verankerd zit. De aanhechting is een overgang van botweefsel naar peesweefsel. Daarboven komt het middengedeelte van de pees. Dit bestaat uit puur peesmateriaal, dat vervolgens over gaat naar het spierweefsel van de kuitspieren. Deze overgang noemen we de spier/pees overgang. AP blessures komen regelmatig voor, met name bij hardlopers. Vooral een achillespees tendinose en een gescheurde achillespees worden veel gezien.

Pathologie

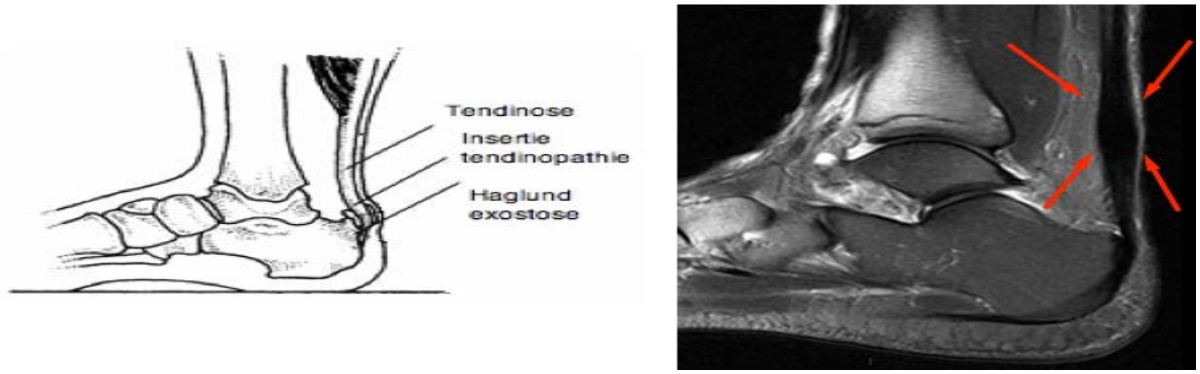
Peritendinitis/tendovaginitis/paratenonitis/tenosynovitis. De peritendinitis of tendo-vaginitis is een ontstekingsreactie die uitgaat van de peeskoker rond de achillespees. De aandoening gaat meestal gepaard met crepiteren en wordt gezien als een typische overbelasting blessure.
Crepiteren wordt veroorzaakt door het fibrine dat uit het oedemateuze vocht rondom de pees komt. In chronische gevallen ontstaan er daardoor verklevingen tussen de peesschede en de pees met daarbij, door littekenvorming, onregelmatige verdikkingen van de peesschede. Andere oorzaken voor pijn in de achillespeesregio kunnen zijn een bursitis van de bursa ventraal van de achillespees (bursa retro calcanea) of de superficiële bursa achter op de hiel.
Ook kan er sprake zijn van een inklemming, ontstaan tussen het uitstekende laterale bovendeel van de calcaneus en de achileespees, de zogenaamde Haglundse deformiteit (of Haglundse exostose). [15]

Het Haglundse syndroom bestaat uit de trias: exostose van het laterale bovendeel van de calcaneus, bursitis van de diepe bursa en tendinose van de achillespees.
Het Os trigonum syndroom wordt gekenmerkt door pijn ten gevolge van inklemming van een (ver)groot Os trigonum tussen achillespees en achterzijde van de Talus bij maximale plantairflexie van de enkel. Voor aandoeningen van de achillespees zelf zijn in de loop van de tijd vele verschillende benamingen gebruikt (achilles tendinitis, achilles tendonitis, achilles tendinopathie, achillodynie, degeneratieve veranderingen, partiële- of microrupturen). In 1976 stelde Puddu voor als benaming ‘achilles tendinosis’ te gebruiken omdat het geen ontstekingsproces betreft maar degeneratieve pathologie. [16]

[15] Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8.
[16] Puddu G, Ippolito E, Postacchini F. A classification of Achilles tendon disease. Am J Sports Med 1976;4:145-150

Recent stelde Maffuli voor alle chronische klachten van de achillespees ‘tendinopathie van de achillespees’ te noemen en de benamingen ‘tendinosis’ en ‘tendinitis’ alleen te gebruiken na histologische bevestiging van de afwijking. [17] [18]

De expertgroep heeft zich voor het ontwikkelen van de richtlijn beperkt tot de chronische achilles tendinopathie, in het bijzonder de tendinosis. Volgens de definitie gaat het om een degeneratieve afwijking in de pees zonder ontstekingscellen in het pathologische peesweefsel. Voor de definiëring van de term ‘chronisch’ is de definitie van de World Health Organization als uitgangspunt genomen. Hier wordt het begrip ‘chronisch’ gebruikt voor een situatie die drie maanden of langer bestaat.



Figuur 4: Achillespeestendinoses

[17] Järvinen, T. A. H., Kannus, P., Maffulli, N., & Khan, K. M. (2005). Achilles tendon disorders: Etiology and epidemiology. *Foot and Ankle Clinics, 10*(2), 255

[18] Almekinders LC, Temple JD: Etiology, diagnosis and treatment of tendonitis: an analysis of the literature. Med Sci Sports Exerc 1998;1183-1190

Bowentherapie

Tom Bowen begon met het ontwikkelen van wat nu bekend staat als Bowentherapie rond het jaar 1950, en bleef dit verder ontwikkelen in Geelong, Australië tot zijn overlijden in 1982.

Volgens een onderzoek uit 1974 van alternatieve gezondheidswerkers, uitgevoerd door de Victoriaanse regering, werden in meer dan 85% van de door hem behandelde gevallen de problemen opgelost waarvoor zijn patiënten verlichting zochten en voerde Bowen meer dan 13.000 Bowen-therapiesessies per jaar uit. Tom Bowen organiseerde gedurende zijn hele carrière regelmatig gratis klinieken voor kinderen, mensen met een handicap en gemeenschapswerkers.

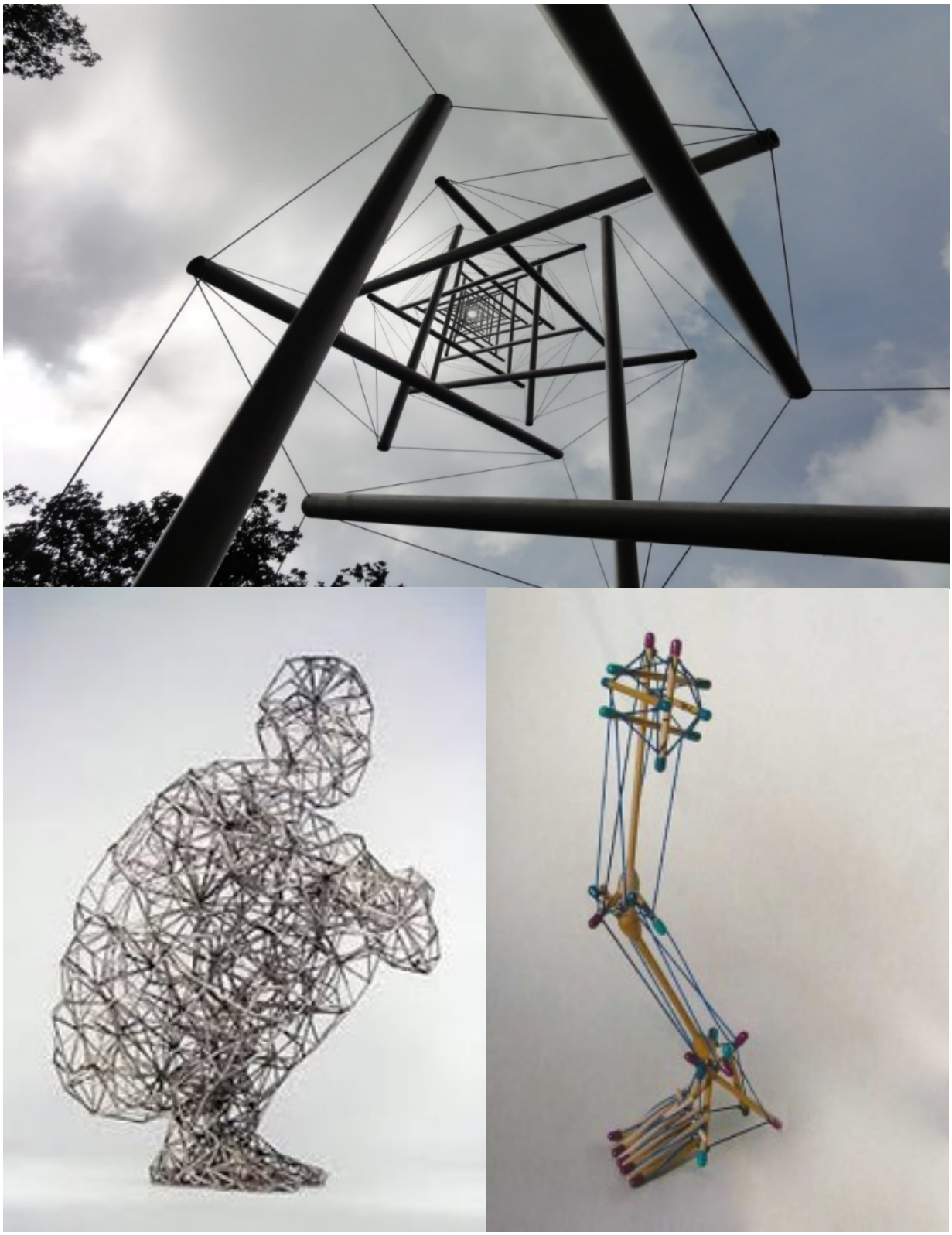
Tom Bowen ontwikkelde zijn techniek door nauwkeurige lichaamslocaties te bepalen en sequenties van 'bewegingen' te ontwikkelen om elk individu dat hij zag te behandelen. Het gebruik van lichte druk door Bowen volgt de Arndt-Schulze-wet, die stelt dat het lichaam dieper en positiever reageert op lagedrukprikkels dan op pijnlijke, sterke prikkels. Tom Bowen ontdekte en gebruikte het principe lang voordat de Arndt-Schulze-wet was geformuleerd.

De Bowentherapie is een zachte manuele behandeltechniek die zich richt op de mens als geheel en die zeer breed inzetbaar is. De therapeut werkt op de bindweefselstructuren van het lichaam door op specifieke plaatsen kleine, zachte rolbewegingen te maken met duimen of vingers. Omdat het een zeer zachte manier van behandelen is, is deze goed te verdragen door vrijwel iedereen. Deze rolbewegingen brengen via het bindweefsel en het zenuwstelsel een keten van reacties op gang in de diverse systemen van het lichaam en sporen het lichaam aan om oplossingen te vinden op weg naar een optimaal evenwicht van functioneren.

Bowentherapie gaat uit van een totale lichaamsbehandeling en richt zich daarmee niet alléén op de klacht, maar brengt het hele lichaam in evenwicht. Bowentherapie blijkt een therapievorm die vele klachten kan behandelen/verlichten. Daarnaast wordt Bowentherapie ook veelal preventief toegepast, het werkt ontspannend, is stress verlagend, helpt tegen allergieën en bij fysieke klachten. Bowentherapie is ook geschikt voor baby's, kinderen en bij zwangere.

Voor sporters blijkt de Bowentherapie, ter verbetering van de prestaties, buitengewoon effectief. In de praktijk blijkt de hersteltijd na inspanning of bij letsel vaak veel korter.

Figuur 5: Fer Snackers voert baby Bowen uit bij kleindochter Gigi Jolie

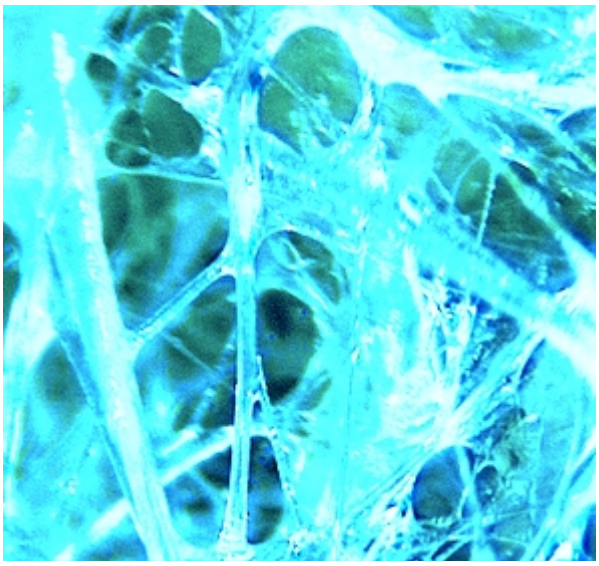


Figuur 6: Een voorbeeld van biotensegriteit

Fascia

De opbouw van de fascia is in de vorm van tensegrity. Tensegrity is een samenwerking van tension en structural intengrity (zie figuur 6). Het is gebaseerd op structuren die een evenwicht vormen tussen duw- en trekbelasting. De trekbelasting wordt opgevangen door flexibele kabels en de duwkrachten worden opgevangen door vaste structuren zoals hout en ijzer, of zo als in ons lichaam, de botten.

De Fascia heeft letterlijk contact met elk ander systeem van het lichaam. We noemen het ook wel “het verbindende weefsel”. Het is net zo belangrijk of misschien zelfs belangrijker dan andere lichaamssystemen. Gemiddeld is er 20 kg van je lichaamsgewicht fascia. Door het verbindende karakter van fascia is het een belangrijk of misschien wel het belangrijkste informatiesysteem in ons lichaam. Een verstoring hierin heeft daarom invloed op je gehele lijf. In de laatste jaren is er veel onderzoek gedaan door onder andere Schultz & Feitis, Thomas Myers, Robert Schleip en Serge Paoletti naar fascia. De informatievoorziening en distributie die onze fascia verzorgt blijkt super snel te werken.



Figuur 7: Fascia

Bowentherapie spreekt het fasciale systeem aan en kan daarom enorm bijdragen in het normaliseren van de spanning in de fascia. Dit brengt met zich mee dat je beter kan bewegen, minder pijnklachten ervaart en daardoor je functie weer een stuk beter wordt. Dit creëert allerlei mogelijkheden om geen beperkingen meer te ervaren. Fascia zit boordenvol water. De verschillende lagen zijn verbonden met elkaar door een zeer klein haarvatensysteem en zenuwen. Alles verloopt in alle richtingen en past zich makkelijk aan in alle richtingen. Fascia ligt rondom alle organen van onze darmen tot aan ons brein. Het ligt letterlijk rondom elke lichaamscel in ons lijf.

Doordat de fascia met alle onderdelen in ons lijf in verbinding staat zal het ook reageren als er ergens een verstoring is. De reactie is dan meestal het samentrekken of strakker gaan staan. Dit is een natuurlijke beschermingsreactie van je lijf. De Bowentherapie kan hier een bijdrage aan leveren om dit proces tegen te gaan c.q. te voorkomen.

In fasciaweefsel liggen o.a. zenuwuiteinden die gevoelig zijn voor druk en rek. Dit is exact de prikkel die een Bowentherapeut toe dient. Op specifieke plekken een subtiele rol/druk/glijbeweging. Door deze plekken systematisch te verdelen over het lichaam kan het systeem zich herstellen zonder dat de fascia plaatselijk gespannen blijft. Door een algehele ontspanning van het gehele fasciale systeem zorg je er onder andere voor dat

zowel de bloedcirculatie, het afvoeren van afvalstoffen, de ademhaling, de bewegings mogelijkheid en de zenuwen in het gehele systeem optimaal kunnen functioneren om tot een goed herstel te komen.

De fascia is de filosofie van het lichaam, wat betekent dat elk lichaamsgebied met een ander is verbonden, terwijl de Bowentherapie als kernwaarde heeft om het fasciale systeem in balans te brengen om zo tot de meest optimale vorm van jezelf te zijn. Het kennen en begrijpen van dit complexe systeem is essentieel het vinden van de beste behandelstrategie voor de cliënt.

Figuur 8: Fascie lijnen

2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Om een antwoord te kunnen krijgen op de onderzoeksvraag is ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek te doen. Hiermee wordt inzicht verkregen in hoe mensen het betreffende behandeltraject ervaren hebben.[19] Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij de verschillende doelgroepen, waarbij gekozen is voor een 4-tal topics om inzicht te krijgen in de ervaringen over de Bowentherapie van cliënten met een AP tendinose.

Topic 1: Klachten

Door middel van dit topic proberen we in kaart te brengen welke klachten er precies ervaren werden. Er is gekozen voor dit topic om in te kunnen schatten wanneer de cliënt kiest om het diagnostisch traject te starten.[20]

Topic 2: Motivatie

Wat mensen motiveert is niet altijd duidelijk. Dit kan meerdere achterliggende oorzaken hebben. Voorbeelden kunnen zijn: Pijnklachten, het niet meer uit kunnen oefenen van sportactiviteiten, het niet meer kunnen functioneren in de ADL of het niet meer kunnen werken door de blessure.

Tijdens overleg met collega Bowentherapeuten bleek dat zij deze ervaring deelden. Door het verschil in motivatie kunnen de ervaringen verschillend zijn. [21]

Topic 3: Verwachtingen

De verwachtingen van cliënten – afgezet tegen hun beleving/ervaringen - zijn uiteraard ook erg belangrijk. Wanneer mensen verwachten dat de diagnose gesteld wordt door de huisarts en deze verwijst vervolgens door naar een andere zorgverlener, dan kan dit invloed hebben op de beleving/ervaringen van cliënten in het diagnostisch traject.

De verwachtingen hebben dus eveneens een sterke link met de beleving/ervaringen en daarmee met het uiteindelijke doel van dit onderzoek.

---

[19] Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8.

[20] Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. *International SportMed Journal, 5*(3), 188-199

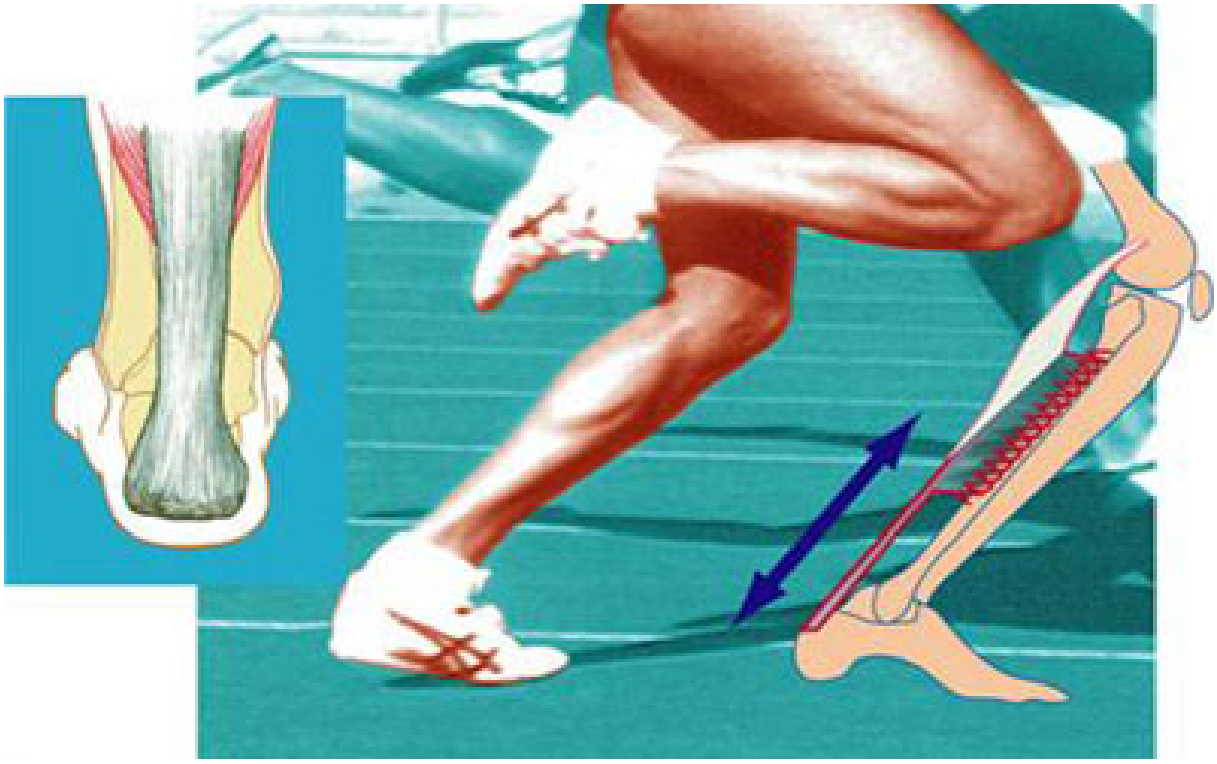
[21] Puddu G, Ippolito E, Postacchini F. A classification of Achilles tendon disease. Am J Sports Med 1976;4:145-150

Topic 4: Zorgprofessionals

Er is gekozen voor dit topic omdat er meerdere zorgprofessionals zijn waar cliënten het eerst mee in aanraking kunnen komen. Er kan gekozen worden om eerst naar de huisarts te gaan. Maar het is ook goed mogelijk om gebruik te maken van de directe toegankelijkheid van bijvoorbeeld een Bowentherapeut en/of een fysiotherapeut.[14]

Met behulp van bovengenoemde topics worden beweegredenen, achtergronden, ideeën en weerstanden in kaart gebracht.

Het proces van dataverzameling en analyse van de data heeft als volgt plaatsgevonden.



Figuur 9: De achillespees oftewel de springveer van de mens

2.2 Deelnemers

2.2.1. In- en exclusiecriteria

Er wordt in de werving van sporters met een AP tendinose rekening gehouden met een aantal in- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria:

Cliënten moeten tussen de 30 en 50 jaar oud zijn en op recreatief niveau sporten. Ze moeten gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose om tijdens het onderzoek een goed beeld te krijgen van de ervaringen van mensen die gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose.

Exclusiecriteria:

Neuromusculaire aandoeningen, reumatoïde aandoeningen zijn een exclusiecriteria. Dit omdat deze aandoeningen niet vallen onder de doelgroep zoals omschreven in de onderzoeksvraag. Ook verstandelijk beperkte mensen werden uitgesloten omdat ze niet vielen binnen de doelgroep van dit onderzoek. Tenslotte zijn mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersten uitgesloten van deelname, omdat dit een belemmerende factor op zou leveren in de communicatie tussen deelnemer en onderzoeker.

2.2.2. Werving deelnemers

Voor de werving van deelnemers van dit onderzoek is gekozen om een Bowentherapie praktijk en een aantal fysiotherapiepraktijken te benaderen die gericht zijn op sporters.
Hier wordt de vraag gesteld of zij recreatieve sporters hebben behandeld met AP tendinose die tussen de 30 en 50 jaar oud zijn en of zij ons hiermee in contact willen brengen. Tevens werd er op sportverenigingen en atletiekverenigingen gevraagd naar mensen die gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose. Voorafgaand aan de interviews is een informatiebrief naar de cliënten gestuurd met daarin alle informatie over waar het onderzoek over gaat, wat er precies met de informatie gedaan wordt en waar de informatie voor bestemd is (zie bijlagen 1 en 2).
Het werven van deelnemers via een Bowentherapie praktijk en een fysiotherapie praktijk heeft 8 deelnemers opgeleverd. Alle deelnemers voldeden aan de criteria die vooraf opgesteld waren. Zowel de Bowentherapie praktijk als de fysiotherapie praktijk hebben ieder hun bijdrage geleverd om gericht naar deelnemers te zoeken.
Alle deelnemers vielen binnen de leeftijdscategorie tussen de 30 en 50 jaar oud. Ook waren alle deelnemers recreatieve sporters die in het verleden gediagnosticeerd zijn met een AP tendinose. Er is niet afgeweken van datgene wat beschreven is in de methode.

2.3 Werkwijze

Om een duidelijk antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag worden er semigestructureerde interviews afgenomen. De topic lijst, zoals omschreven in de onderzoeksopzet (hoofdstuk 2.1, pag. 11), met de daarbij behorende vragen die gesteld worden door de onderzoekers, zijn leidend in de interviews (zie bijlage 4).
Om de interviews goed en soepel te laten verlopen is ervoor gekozen om de interviews vooraf te oefenen met collega's. Deze interviews worden opgenomen met een voicerecorder. Bij elk interview is een observator aanwezig. Na elk interview wordt bekeken of er op sommige onderwerpen meer doorgevraagd dient te worden. De cliënten mogen zelf kiezen waar het onderzoek plaats vindt. Dit om er zoveel mogelijk voor te zorgen dat de cliënten zich veilig en comfortabel voelen en zo de meeste informatie zullen geven.
Nadat afname van de interviews worden deze uitgewerkt en samengevat. Dit duurt maximaal 5 werkdagen. Vervolgens wordt de samenvatting naar de cliënt gestuurd zodat deze kan bevestigen of aanvullen en akkoord kan geven met de informatie die hij of zij verstrekt heeft tijdens het interview. De tijd die de cliënt daarvoor heeft zal 3 werkdagen zijn.[22]

2.4 Data analyse

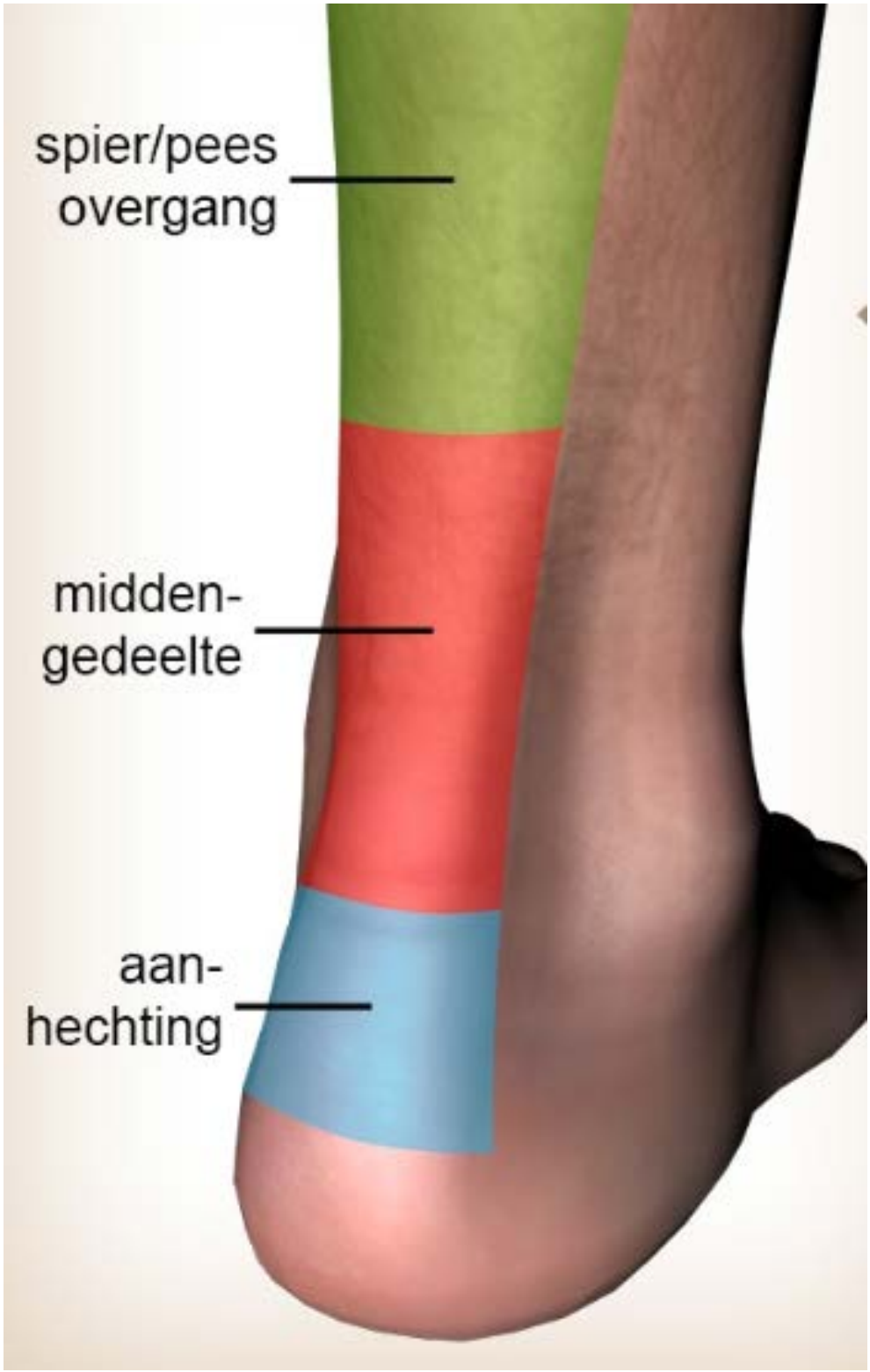
Van elk interview is een uitwerking gemaakt. Vanuit deze uitwerkingen is de tekst samengevat in fragmenten en ter controle aan de geïnterviewde toegestuurd. Deze samenvatting is naar de geïnterviewde gemaild en er is gevraagd om hier feedback op te geven.

2.5 Ethiek

De cliëntengroep die geïnterviewd wordt zullen allemaal op voorhand geïnformeerd worden over het onderzoek middels een informatiebrief.
Hierin staat o.a. vermeld dat alle persoonsgegevens anoniem zullen blijven conform de richtlijnen van de AVG (zie bijlage 2). De deelnemers krijgen allemaal een uniek nummer zodat persoonsgegevens alleen geanonimiseerd gebruikt worden. Voordat de interviews uitgevoerd worden, hebben alle personen die deelnemen aan de interviews een toestemmingsverklaring ondertekend. Hierin staat dat de deelnemer vooraf, zowel mondeling als schriftelijk, geïnformeerd is over het doel van het onderzoek en dat deze hiermee akkoord gaat (zie bijlage 1). Verder is er vermeld dat de interviews worden opgenomen en achteraf worden uitgewerkt en dat de gegevens uit de interviews

[22] Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8

geanonimiseerd gebruikt worden voor dit onderzoek. Nadat de uitwerkingen van de interviews zijn goedgekeurd door de deelnemers worden de opgenomen interviews verwijderd en vernietigd.



Figuur 10: Globale anatomie achillespees

3. Resultaten

De doelstelling van dit onderzoek is om erachter te komen hoe de recreatieve sporter tussen de 30 en 50 jaar oud, met een AP tendinose, het diagnostisch proces van een AP tendinose ervaart.

De volgende vijf thema's zijn gekozen om structuur te krijgen in de interviews:

a) Gevolgen van de klacht
b) Betrokken zorgprofessionals
c) Verwachtingen van diagnostisch traject
d) Wijze van communicatie
e) Ervaringen betreffende beleving en vertrouwen

Deze vijf thema's worden hieronder uitgewerkt en onderbouwd middels citaten van de geïnterviewde.

a) Gevolgen van de klacht

De pijn is de voornaamste klacht die deelnemers aangeven. De pijn komt vaak in dezelfde vorm voor en is vergelijkbaar bij de verschillende deelnemers. De deelnemers geven de pijn weer als een stekende pijn. Ook wordt aangegeven dat er sprake is van stijfheid na een rustperiode.

Deelnemer 01 beschrijft de pijn als volgt: "Het was een stekende pijn. Als ik 's morgens opstond voelde die stijf aan en was die dik."

De pijnklachten worden aangegeven als belangrijkste reden om hulp te gaan zoeken. Daarbij wordt tevens aangegeven dat de deelnemers hulp gaan zoeken omdat ze zelf niet van hun klachten af kunnen komen. De pijnklachten worden ook steeds erger en beginnen steeds eerder en duren langer.

Deelnemer 04 beschrijft dit als volgt: "Ik had oude schoenen (…) nieuwe schoenen aangeschaft met de hoop dat het met mijn achillespees ook beter zou worden. Helaas was dit niet het geval. Ik kreeg nu ook al last als ik zeg maar in de opwarm fase zat van het hardlopen. (…)de pijn werd ook steeds heviger."

b) Betrokken zorgprofessionals

Het kiezen van een zorgprofessional is heel verschillend bij de deelnemers. Zo gaat de een eerst naar de Bowentherapeut terwijl een andere deelnemer eerst naar de huisarts of naar de fysiotherapeut toe stapt. Ook wordt vaak een combinatie van verschillende zorgprofessionals aangegeven. Er is een trend te zien in het doorverwijzen van cliënten

naar andere disciplines. Vaak wordt doorverwezen van de Bowentherapeuten naar de fysiotherapeuten en andersom. De deelnemers beschrijven dit als volgt:

Deelnemer 01: "(…)fysiotherapeut waar ik destijds als eerst geweest ben."

Deelnemer 05: "Ik heb toen contact opgenomen met een Bowentherapeut omdat mijn vriendin daar ook was geweest een week of twee daarvoor en ik had hem toen gevraagd of hij ook iets kon met achillespees klachten."

Deelnemer 02: "(…) eerst met de huisarts en toen met de fysiotherapeut."

Deelnemer 06: "Met de fysiotherapeut en na een week of drie met de Bowentherapeut."

In het stellen van de diagnose door de zorgprofessionals ervaren de deelnemers nauwelijks verschillen. De onderzoeken waren grotendeels gelijk aan elkaar en de deelnemers ervaarde de grootste verschillen in de manier van behandelen. Zij omschrijven dit als volgt:

Deelnemer 01: "Voor zover ik dat kan beoordelen waren er geen verschillen in het stellen van de diagnose. Elk onderzoek zag er ongeveer hetzelfde uit."

Deelnemer 06: "Bij de fysiotherapeut en de Bowentherapeut zag het onderzoek er wel ongeveer hetzelfde uit."

Deelnemer 07: "De onderzoeken zagen er bij de fysiotherapeuten en Bowentherapeut wel hetzelfde uit ongeveer."

c) Verwachting van diagnostisch traject

Wat betreft de verwachtingen van het diagnostische traject waren de antwoorden eenduidig. Dit omdat de deelnemers aangeven dat er nauwelijks verwachtingen zijn van het diagnostische traject. Het gaat meer om de behandeling die de klacht moet doen verdwijnen. Een reden om een verwachting van het diagnostisch traject te hebben is omdat men graag het sporten wil hervatten.

Dit wordt als volgt door de deelnemers aangegeven tijdens het interview:

Deelnemer 08: "Nou ja ik had niet specifiek verwachtingen van het krijgen van een diagnose eigenlijk. Ik had meer verwachtingen van de tijd wat de behandeling in beslag zou nemen. (…) En welke diagnose hieruit kwam dat maakte mij op dat moment niet zo heel veel uit."

Deelnemer 07: "Nee, eerlijk gezegd had geen echte verwachting van het proces tot het krijgen van een diagnose. Ik, uh, had meer zoiets van als hij weet wat het is kan het ook behandeld worden daar had ik meer verwachtingen van eigenlijk."

Deelnemer 02: "Ik wil namelijk niet weer terugvallen en dan weer een flinke tijd niet kunnen sporten."

d) Wijze van communicatie

Het maken van een afspraak vormde bij alle verschillende disciplines geen enkel probleem. Elke therapeut of huisarts was prima bereikbaar. De doorverwijzingen verliepen in de meeste gevallen mondeling. Hieruit kan gesteld worden dat de communicatie zowel met, als tussen de zorgprofessionals naar tevredenheid van de deelnemers is verlopen. Men vindt het prettig dat dit soort communicatie tussen zorgprofessionals plaatsvindt en dat dit ten goede komt van de klacht en de uiteindelijke behandeling van de cliënt. Ook waren de deelnemers zeer tevreden over de uitleg die ze kregen van de zorgprofessionals.

Deelnemer 02: "Uh het maken van een afspraak verliep bij zowel de huisarts als bij de therapeut goed. Ze waren prima bereikbaar en kreeg bij beide de secretaresse aan de lijn. Deze was bij zowel de huisarts als bij de therapeut erg vriendelijk en kon makkelijk op een voor mij gepast tijdstip een afspraak maken."

Deelnemer 01: "De eerste doorverwijzing verliep mondeling. Zij werkte binnen hetzelfde bedrijf dus die communicatie verliep prima gewoon even tussendoor op de gang. De tweede doorverwijzing verliep deels telefonisch en via de mail."

Deelnemer 05: "Ja de Bowentherapeut vroeg wel of hij contact mocht opnemen met mijn huisarts zodat hij deze kon vertellen wat ik precies had. (…)Ik heb toen ja gezegd omdat ik dat een goed initiatief vindt."

Figuur 11: Midportion achillespees pijn bij maximaal aanspannen kuit

e) Ervaringen betreffende beleving en vertrouwen

Ervaringen betreffende beleving en vertrouwen kunnen bepalend zijn in de ervaringen die deelnemers hebben opgedaan met het diagnostische traject. De deelnemers vinden dat ze goed geïnformeerd zijn over de gang van zaken, ze vinden de uitleg die ze gekregen hebben over waarom ze bijvoorbeeld de sportactiviteit tijdelijk niet kunnen uitvoeren duidelijk. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de deelnemers tevreden zijn over de gang van zaken bij de verschillende disciplines. Dit heeft een relatie met het vertrouwen dat de deelnemers uitspreken ten aanzien van de therapeuten. De ervaringen die men had over of men op de juiste plek was met hun klacht, blijkt ook in grote lijnen overeen te komen tussen de verschillende deelnemers. Men had het idee dat ze direct op de juiste plek waren voor hun klacht.

Deelnemer 05: "(…) Ik ben zeer tevreden over hoe alles is verlopen. Ik ben goed onderzocht, geholpen en geïnformeerd dus daarover heb ik totaal niks te klagen. Ook richting het hervatten van het sporten werd mij alles duidelijk uitgelegd."

Deelnemer 02: "Zeker toen de therapeut dezelfde diagnose stelde. Dat overtuigde mij zeker dat het de juiste diagnose was."

Deelnemer 08: "Maar dit kwam ook omdat die therapeute die op die avond daar aanwezig was ook al vrijwel meteen een idee had wat het kon zijn. Dus ik had wel heel erg veel vertrouwen in haar."

Deelnemer 08: "Jazeker dat wist ik meteen. Er lopen binnen die praktijk zoveel therapeuten rond dat je altijd wel geholpen kunt worden. Er is daar een fysiotherapeut, een sportfysiotherapeut, een manueeltherapeut, een osteopaat, een Bowentherapeut dus wat dat betreft wordt je altijd goed geholpen want ze werken allemaal heel goed samen."

Deelnemer 06: "Naar mijn mening een van de beste therapeuten hier in de buurt dus ik was zeer tevreden ja!"

Ook geven verschillende deelnemers aan dat ze het advies van tijdelijk stoppen met sporten moeilijk vinden. Er wordt aangegeven dat men graag sport en fanatiek is. Dit wordt als volgt beschreven door de deelnemers:

Deelnemer 01: "Dit heeft toch wel een impact gehad op mij omdat ik altijd veel gesport heb en ik hier heel veel waarde aan hecht. Het was wel iets wat ik moeilijk vond om los te laten."

Deelnemer 05: "En uh de uh.. reden dat ik dat wilde weten is omdat ik graag weer wilde gaan sporten. Het geblesseerd zijn is voor mij heel moeilijk!"

3.1 Interpretatie

In de literatuur is niets bekend over de ervaringen van recreatieve sporters tussen de 30 en 50 jaar oud met het diagnostisch traject van een achillespees tendinose. In de literatuur wordt beschreven dat de cliënt bij een achillespees tendinose klaagt over een langzaam ontstane stekende pijn in de achillespees, aanvankelijk alleen bij belasting, later ook in rust. Evident zijn de ochtendstijfheid en de startproblemen.[23] [24] [25]
Dit komt overeen met de pijnklachten die de deelnemers aan dit onderzoek omschrijven. De informatie die gegenereerd is uit dit onderzoek, is dat men het diagnostisch traject bij de verschillende disciplines als prettig ervaart. De deelnemers geven aan dat ze niet specifiek verwachtingen van het diagnostische traject hadden, maar over de uitkomst wel zeer tevreden waren. Het samenwerken tussen de verschillende disciplines werd ook als zeer prettig ervaren. Er is verder geen literatuur vindbaar over ervaringen van een diagnostisch traject.

Na het 5e interview trad er verzadiging op omdat de vervolginterviews geen nieuwe relevante informatie meer opleverden. Ook uit deze interviews kwam naar voren dat de deelnemers niet veel verwachtingen hadden over het diagnostische traject. Men ging snel over op de uiteindelijke behandeling en hoe snel ze van hun klachten af waren. Dit is natuurlijk een belangrijk punt maar geeft niet de ervaringen van het diagnostische traject weer.

De resultaten zijn bereikt omdat ik antwoord gekregen heb op de vragen die ik gesteld heb. Wel was het zo dat men graag uitweek naar de uiteindelijke behandeling waardoor het diagnostische traject zogezegd ondergesneeuwd werd. Door middel van mijn interviewschema kon ik wel weer terugpakken naar de kern van het interview. Uiteindelijk heb ik bruikbare antwoorden gekregen waarmee ik een antwoord kon geven op mijn onderzoeksvraag.

Wat het onderzoek enigszins bemoeilijkte, was de beperkte interviewervaring van mijzelf. Doordat ik niet veel geïnterviewd heb kwam ik er gaandeweg achter dat de deelnemers meer geneigd waren antwoord te geven over de behandeling, terwijl met name het diagnostisch gedeelte van het traject van belang was. Ik heb daar in het begin op

[23] Van Teeffelen, W.M. (2010). Sportblessures. Bijblijven, 26;2010;(10), 57-62.
[24] Ban, V. S., Bailes, J. E., Berger, M. S., Vaccaro, A. R., & Hunt Batjer, H. (2016). Introduction: Sports injuries: Diagnosis and management strategies. Neurosurgical Focus, 40(4), E2.
[25] Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. International SportMed Journal, 5(3), 188-199.

doorgevraagd en na twee interviews heb ik in het begin van het interview uitgelegd waar het precies om ging.
Ik kwam tot de ontdekking dat de deelnemers de informatiebrief niet goed hadden gelezen en dus niet precies wisten wàt ik wilde onderzoeken. Nadat ik dit aangegeven had, kreeg ik alsnog de antwoorden waar naar ik opzoek was.
De resultaten uit dit onderzoek zijn relevant voor de beroepspraktijk. Uit dit onderzoek blijkt dat de deelnemers tevreden zijn over het diagnostisch traject. Maar er wordt ook aangegeven dat men daar niet veel verwachtingen van heeft, behalve het krijgen van een goede diagnose. Dit komt mede doordat de deelnemers hier geen kennis van hebben en hierin ook niet echt geïnteresseerd zijn. Het gaat in de meeste gevallen om de uiteindelijke prognose en behandeling. Wellicht kan een betere uitleg hierover, door de zorgprofessional, een beter beeld geven aan de mensen over hoe belangrijk het diagnostische traject is. Dit zal naar mijn mening ook de verwachtingen richting behandeltraject kunnen veranderen. Als men het belang van het diagnostisch traject beter begrijpt zal ook beter begrepen worden dat bijvoorbeeld de behandeling een bepaalde tijd in beslag zal nemen.

3.2 Bowentherapeutische behandeling

Bowentherapeutische behandeling bij een AP tendinose

De deelnemers die meegedaan hebben aan het onderzoek en ondervraagd zijn, hebben allen een Bowentherapeutische behandeling ondergaan. De problematieken die ten grondslag lagen aan deze klacht verschilden per cliënt. Er waren cliënten met een trauma in het verleden wat ten grondslag lag aan het ontstaan van de klacht. Maar de meerderheid had geen idee waar de oorzaak van de klachten vandaan kwam. Om het effect van mijn behandeling te kunnen evalueren heb ik gekozen om een NPRS (Numeric Pain Rating Scale) toe te passen om de pijn die de cliënt ervaart te objectiveren en evalueren.

De deelnemers gaven bij de intake de volgende score in de NPRS:

- Deelnemer 01→ van 0 t/m 10 een 8
- Deelnemer 02→ van 0 t/m 10 een 5
- Deelnemer 03→ van 0 t/m 10 een 6
- Deelnemer 04→ van 0 t/m 10 een 9
- Deelnemer 05→ van 0 t/m 10 een 8
- Deelnemer 06→ van 0 t/m 10 een 7
- Deelnemer 07→ van 0 t/m 10 een 4
- Deelnemer 08→ van 0 t/m 10 een 6

Tijdens de Bowentherapie behandelingen heb ik de deelnemers opgesplitst in groepjes waarbij ik verschillende behandelingen heb gegeven:

Groep 1: deelnemers 01, 04, 05 en 06:

Stap 1: Stoppers ingezet om het lichaam te activeren en te onderzoeken waar het probleem vandaan komt.

Stap 2: Hamstring lopend, om de hypertonie van hamstrings te verlagen. Dit omdat er bij de deelnemers een forse hamstring hypertonie aanwezig was en dit een invloed uitoefende op de fasciale keten in neerwaartse richting.

Stap 3: Enkel procedure om meer mobiliteit in enkel te krijgen door Os Talus te mobiliseren/manipuleren in de crurale vork. Dit zal de spanning van de AP tijdens het belasten minder hoog maken.

Groep 1, Behandeltechnieken:

1: AH procedure

2: Adductor Longus

3: Hamstring procedure

4: Enkel procedure

5: Hoofdlijn

Tussen behandeling onderdeel twee en drie zaten voor iedere cliënt gemiddeld negen tot twaalf dagen. De resultaten na de behandelingen zijn voor de meeste deelnemers goed.

Groep 1, derde behandeling

De 3e behandeling bestond uit de volgende stappen:

Stap 1: AH methode

Stap 2: Adductor longus

Stap 3: Hamstring procedure

Stap 4: Bekken procedure

Stap 5: Enkel procedure

Stap 6: TMJ

Groep 2: deelnemer 02, 03, 07, 08

Hierbij heb ik een andere strategie gekozen om de verschillen in de behandelmethodes te kunnen evalueren. Bij deze deelnemers zijn de volgende behandelingen toegepast:

Stap 1: AH methode onderste extremiteit om hypertonie te verlagen in de posterieure keten van het onderbeen.

Stap 2: Hamstring procedure om de spiertonus te verlagen. Na de eerste behandeling is er een week verstreken nadat de tweede behandeling plaats zou vinden. Daarna is de tweede behandeling toegepast.

Groep 2, behandeltechnieken:

1: AH methode

2: Adductor longus

3: Hamstring procedure

4: Bekken procedure

5: Enkel procedure

6: TMJ (Temporomandibulaire Joint)

Tussen behandeling onderdeel twee en drie zaten voor iedere cliënt gemiddeld negen tot twaalf dagen. De resultaten na de behandelingen zijn voor de meeste deelnemers goed.

Groep 2, derde behandeling

De 3e behandeling bestond uit de volgende stappen:

Stap 1: AH methode

Stap 2: Hamstring

Stap 3: TMJ

Groep 2: NPRS score

Na evaluatie van de Numeric Pain Rating Scale (NPRS) bleek dat de deelnemers van groep twee heel laag scoorden op de NPRS en dus een goede vooruitgang hebben geboekt.

- Deelnemer 02 → van 0 t/m 10 een 1 (NPRS bij intake: 5)
- Deelnemer 03 → van 0 t/m 10 een 3 (NPRS bij intake: 6)
- Deelnemer 07 → van 0 t/m 10 een 2 (NPRS bij intake: 4)
- Deelnemer 08 → van 0 t/m 10 een 3 (NPRS bij intake: 6)

Groep 1: NPRS score

De NPRS is iets hoger uitgevallen dan bij groep 2, maar is wel - in verhouding met de start van de behandeling - in de meeste gevallen vooruitgegaan.

- Deelnemer 01→ van 0 t/m 10 een 5 (NPRS bij intake: 8)
- Deelnemer 04→ van 0 t/m 10 een 5 (NPRS bij intake: 9)
- Deelnemer 05→ van 0 t/m 10 een 4 (NPRS bij intake: 8)
- Deelnemer 06→ van 0 t/m 10 een 7 (NPRS bij intake: 7)

De deelnemers van groep een is geadviseerd om het traject voort te zetten met een multidisciplinaire aanpak. Deelnemer 06 en 01 zijn verwezen naar de podotherapeut om het biomechanisch functioneren structureel te verbeteren. Deelnemer 04 is verwezen naar de fysiotherapeut om de belasting en belastbaarheid in balans te brengen.

Uit de evaluatie van de door mijzelf uitgevoerde behandelingen geldt dat er bij alle deelnemers vooruitgang geboekt; de mate waarin varieert. Dit kan te maken hebben met verschillende oorzaken, zoals werkbelasting, voeding, etc.

Figuur 12: Fer Snackers voert een stopper uit tijdens een Bowenbehandeling

4. Conclusie

Aanhoudende pijnklachten zijn de trigger om het diagnostische traject in gang te zetten. Wel is het zichtbaar dat de deelnemers aan het onderzoek in eerste instantie geneigd zijn pijnklachten te negeren. De keuze van zorgprofessional verschilt per deelnemer.
De Bowentherapeut en fysiotherapeut krijgen vaak de voorkeur. Het niet meer kunnen uitoefenen van sportactiviteiten als gevolg van pijnklachten, is voor de meeste deelnemers het grootste probleem en daarmee de reden om het behandeltraject te starten.
De verwachting van het diagnostische traject wordt in veel gevallen als niet belangrijk ervaren en er wordt vooral een verwachting gevormd over de daadwerkelijke prognose en de uiteindelijke behandeling. De doelgroep geeft aan te vertrouwen op de expertise van de zorgprofessional in het stellen van de juiste diagnose. Het multidisciplinair samenwerken wekt nog meer vertrouwen en men ervaart dit als zeer prettig. Kort samengevat ervaren de deelnemers het diagnostisch traject als prettig; er worden hierin geen verbeterpunten weergegeven.

Uit het onderzoek is gebleken dat de ervaringen van de deelnemers positief zijn. Door middel van de 5 thema's die gebruikt zijn wordt duidelijk waarop de ervaringen van deelnemers gebaseerd zijn. Er wordt aangegeven dat de deelnemers niet echt verwachtingen hadden van het diagnostische traject maar meer van de prognose en behandeling. Doormiddel van goede uitleg over het belang van het diagnostisch traject krijgen cliënten hier ook meer inzicht in. Dit zal naar mijn mening ook de verwachtingen richting behandeltraject kunnen veranderen. Als men het belang van het diagnostisch traject beter begrijpt zullen ze dan wellicht ook beter begrijpen dat bijvoorbeeld de behandeling een bepaalde tijd in beslag zal nemen. In dit onderzoek is er alleen gekeken naar ervaringen van het diagnostische traject van recreatieve sporters tussen de 30 en 50 jaar oud met een achillespees tendinose. Er kan dus ook alleen verbetering plaatsvinden bij cliënten met dit klachtenbeeld. Wellicht kan er ook kwalitatief onderzoek naar andere klachtenbeelden gedaan worden en deze ervaringen vergelijken met die van dit onderzoek.

5. Discussie en slotwoord

Door goede uitleg te geven over het belang van het diagnostisch traject krijgen cliënten hier meer inzicht in.

Als men het belang van het diagnostisch traject beter doorziet, zal men beter begrijpen dat het behandeltraject een bepaalde tijd in beslag zal gaan nemen.

Wellicht is het zinvol om een kwalitatief (vervolg)onderzoek te doen naar andere klachtenbeelden en de uitkomsten van beide onderzoeken met elkaar te vergelijken.

Het gebrek aan wetenschappelijke literatuur over Bowentherapie maakt onderbouwing van de behandelingen moeilijker.

Door gebruik te maken van de NPRS-methode zijn de effecten van de Bowentherapeutische behandeling Bowentherapie gemeten.

Deze onderzoeksmethode heeft een effectieve en geobjectiveerde meerwaarde. Het uitbreiden van wetenschappelijk onderzoek naar Bowentherapeutische behandelingen met dergelijke onderzoeksmethoden, is dan ook een aanbeveling.

Ten slotte wil ik mijn vrouw bedanken voor het steunen in het moeilijke proces om dit tot een goed einde te brengen. Ik wil alle deelnemers die hun tijd beschikbaar hebben gesteld om dit onderzoek mogelijk te maken ook van harte bedanken. Ook de collega's en Bowen docenten van wie ik het vak geleerd heb en waar ik altijd mee heb kunnen overleggen, wil ik van harte bedanken. In het bijzonder wil ik mijn zoons Jim en Kail Snackers bedanken voor het begeleiden en adviseren rondom het schrijven van dit product. Op de laatste plaats wil ik Rina Durville-de Wit bedanken voor het geven van haar immers positieve feedback en begeleiding.

6. Literatuur

1. Van Teeffelen, W.M. (2010). Sportblessures. Bijblijven, 26;2010;(10), 57-62.
2. Ban, V. S., Bailes, J. E., Berger, M. S., Vaccaro, A. R., & Hunt Batjer, H. (2016). Introduction: Sports injuries: Diagnosis and management strategies. *Neurosurgical Focus, 40*(4), E2.
3. Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. *International SportMed Journal, 5*(3), 188-199.
4. Janse van Rensburg, D., & Nolte, K. (2011). Sports injuries in adults: Overview of clinical examination and management. *South African Family Practice, 53*(1), 21-27.
5. V.H. Hildebrandt, C.M. Bernaards, J.H. Stubbe (2010/2011)Trendrapport Bewegen en Gezondheid. TNO Leiden.
6. Roos, E. M., Engström, M., Lagerquist, A., Söderberg, B., Division III, Medicinska fakulteten, . . . Lund University. (2004). Clinical improvement after 6 weeks of eccentric exercise in patients with mid-portion achilles tendinopathy – a randomized trial with 1-year follow-up. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 14*(5), 286-295.
7. Järvinen, T. A. H., Kannus, P., Maffulli, N., & Khan, K. M. (2005). Achilles tendon disorders: Etiology and epidemiology. *Foot and Ankle Clinics, 10*(2), 255.
8. Biedert, R. (1991). Symptoms in area of the achilles tendon. etiology and therapeutic considerations. *Der Unfallchirurg, 94*(10), 531.
9. Sakuma, K., & Yamaguchi, A. (2012). Sarcopenia and age-related endocrine function. *International Journal of Endocrinology, 2012*, 1-10.
10. Richtlijn Chronische achilles tendinopathie, in het bijzonder de tendinosis, bij sporters. Vereniging voor Sportgeneeskunde. *januari 2007.*
11. Alfredson, H., Pietilä, T., Jonsson, P., & Lorentzon, R. (1998). Heavy-load eccentric calf muscle training for the treatment of chronic achilles tendinosis. *The American Journal of Sports Medicine, 26*(3), 360.
12. Wouters, E. J. M., Zaalen, Y. v., 1966, & Bruijning, J. E., 1981. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg: Eveline wouters, yvonne van zaalen, janna bruijning* (Twe, herziene druk. ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
13. van Wilgen, C. P., & Nijs, J. (2010). *Pijneducatie - een praktische handleiding voor (para)medici* Bohn Stafleu van Loghum.
14. van Dijk, C., Verheij, R., & de Bakker, D. (2008). Directe toegankelijkheid fysiotherapie. *Huisarts En Wetenschap, 51*(11), 525-525.
15. Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8.
16. Almekinders LC, Temple JD: Etiology, diagnosis and treatment of tendonitis: an analysis of the literature. Med Sci Sports Exerc 1998;1183-1190.
17. Puddu G, Ippolito E, Postacchini F. A classification of Achilles tendon disease. Am J Sports Med 1976;4:145-150.
18. Almekinders LC, Temple JD: Etiology, diagnosis and treatment of tendonitis: an analysis of the literature. Med Sci Sports Exerc 1998;1183-1190
19. Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8.
20. Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. *International SportMed Journal, 5*(3), 188-199
21. Puddu G, Ippolito E, Postacchini F. A classification of Achilles tendon disease. Am J Sports Med 1976;4:145-150
22. Maffulli N, Kader D. Tendinopathy of Tendo Achillis. Review Article. J Bone Joint Surg (Br) 2002; 84:1-8
23. Van Teeffelen, W.M. (2010). Sportblessures. Bijblijven, 26;2010;(10), 57-62.

24. Ban, V. S., Bailes, J. E., Berger, M. S., Vaccaro, A. R., & Hunt Batjer, H. (2016). Introduction: Sports injuries: Diagnosis and management strategies. Neurosurgical Focus, 40(4), E2.
25. Schwellnus, M. P. (2004). A clinical approach to the diagnosis and management of acute muscle injuries in sport : Review article. International SportMed Journal, 5(3), 188-199.

Bijlage 1: Toestemmingsverklaring

Titel onderzoek: Diagnostiek van voetaandoeningen achillespees tendinose

Verantwoordelijke onderzoeker: Fer Snackers

In te vullen door deelnemer

Dit formulier is bedoeld om toestemming te krijgen voor een onderzoek uitgevoerd door een Bowentherapeut van de opleiding Bowentherapie van BowNed. Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem volledig vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik heb de informatiebrief voor proefpersonen gelezen en kon aanvullend vragen stellen. Ik kan op ieder gewenst moment mijn deelname beëindigen zonder opgaaf van redenen. Ik weet dat het interview wordt opgenomen middels een voice recorder en dat alle gegevens geanonimiseerd zullen worden behandeld.

Naam deelnemer: _____

Handtekening deelnemer: _____ Datum: __ / __ / ____

Verklaring onderzoeker

“Hierbij verklaar ik dat ik deze participant volledig heb geïnformeerd over het bovengenoemde onderzoek. Mocht er tijdens het onderzoek informatie bekend worden die de toestemming van de participant zou kunnen veranderen, dan breng ik hem/haar hiervan tijdig op de hoogte. Daarnaast verklaar ik verkregen informatie anoniem te verwerken.”

Handtekening: _____ Datum: __ / __ / ____

Bijlage 2: Informatiebrief

Geachte heer/mevrouw,

Graag wil ik mij voorstellen; mijn naam is Fer Snackers en ik ben Bowentherapeut. Bij deze wil ik u vragen deel te nemen aan mijn onderzoek ten behoeve van mijn scriptie. In deze informatiebrief vindt u alle uitleg en informatie over het doel, de methode en verwachtingen van dit onderzoek. Mochten er na het lezen van deze informatiebrief nog vragen zijn kunt u altijd contact met mij opnemen middels de contact gegevens aan het eind van deze brief.

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen hoe de recreatieve sporter met een achillespees (AP) tendinose, tussen de 30 en 50 jaar oud, het diagnostisch proces ervaart van een AP tendinose. Dit onderzoek wordt in de vorm van interviews afgenomen. Uit deze interviews wil ik graag informatie halen die betrekking hebben op het diagnostische proces en hoe u deze ervaren heeft.

De methode van dit onderzoek

Er zullen voor dit onderzoek interviews worden afgenomen. In deze interviews gaan we dieper in op u ervaringen binnen het diagnostisch proces. Het interview zal worden opgenomen met een voice recorder om zo de resultaten te kunnen verwerken en analyseren. Als het interview afgelopen is wordt deze samengevat en binnen 5 werkdagen naar u worden opgestuurd. Dit kunt u lezen en eventueel op- of aanmerkingen toevoegen. Graag hebben wij deze feedback weer binnen 3 werkdagen terug. Nadat alle interviews zijn afgenomen en akkoord zijn gegeven door u worden de opgenomen tapes op de voice recorder verwijderd. Het onderzoek duurt ongeveer 45 minuten en zal plaatsvinden op een plek waar dit voor u het prettigst is. Voor aanvang van het onderzoek wordt u gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen voor het onder andere opnemen van het interview en het verwerken van de informatie die daaruit voortvloeit.

Wat er gebeurt met de gegevens

De verkregen informatie uit het interview wordt door de onderzoeker wordt anoniem behandeld. Persoonsgegevens worden na het voltooien van het onderzoek vernietigd, zodat er vanuit het onderzoek nooit herleid kan worden van welke participant de gegevens afkomstig zijn. Mochten er na het lezen van deze informatiebrief nog verdere vragen ontstaan aarzel niet om contact met mij op te nemen.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Naam: Fer Snackers
Functie: Bowentherapeut
Mail: info@snackers-bowentherapie.nl
Tel: 0626524560

Bijlage 3: Informatiebrief zorgprofessionals

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Fer Snackers en ik ben een Bowentherapeut. Ik ben bezig met een onderzoek voor mijn scriptie. Hierbij ben ik op zoek naar recreatieve sporters tussen de 30 en 50 jaar met een achillespees (AP) tendinopathie voor deelname aan een interview.

Het doel van het onderzoek:

Het doel van dit onderzoek is om erachter te komen hoe de recreatieve sporter met een AP tendinose, tussen de 30 en 50 jaar oud, het diagnostisch proces ervaart van een AP tendinose.

Ik zou u daarom willen vragen of u en/of u collega's wellicht cliënten hebben die eventueel interesse hebben om aan dit onderzoek deel te nemen. Cliënten die interesse hebben om deel te nemen aan dit interview krijgen een informatiebrief. Het onderzoek betreft een interview van ongeveer 45 minuten, waarbij vragen gesteld zullen worden over hun ervaringen van het diagnostisch traject.

Graag licht ik mijn motivatie in een persoonlijk gesprek toe. Mocht dit u niet schikken hoor ik graag op een andere manier van u!

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

met vriendelijke groet,

Naam: Fer Snackers
Functie: Bowentherapeut
Mail: info@snackers-bowentherapie.nl
Tel: 0626524560

Bijlage 4: Interviewschema / Topiclijst

Hoofdvragen	Deelvragen
Personalia 1. Participantnummer: 2. Geboortedatum: 3. Geslacht: man / vrouw 4. Sport:	
Opening Wij willen graag inzicht krijgen in de ervaringen die u heeft in het diagnostisch proces met een achillespees tendinose.	- Als u tussendoor vragen heeft stel ze gerust!
Topic 1 Klachten	
Welke klachten ondervond u toen voor het eerst last had van uw achillespees?	- Heeft u er toen zelf iets aan gedaan om de klachten te doen verminderen? - Wanneer hebt u besloten hiermee naar een zorgprofessional te gaan?
Topic 2 Motivatie	
Wat heeft u doen besluiten om het diagnostisch traject te starten?	- Moest u stoppen met sporten? - Beperkingen ADL? - Ondervond u hinder van uw klachten tijdens u werk? - Verdween de klacht niet na verloop van tijd?
Topic 3 Verwachting	
Wat waren u verwachtingen tijdens het diagnostisch traject?	- Verwachte u dat 1 zorgprofessional de diagnose zou stellen? - Is de diagnose naar u mening snel genoeg gesteld?

	- Heeft u het idee gehad dat u gelijk op de juiste plek was?
Topic 4 Zorgprofessionals	
Hoe heeft u het diagnostisch proces ervaren?	- Met welke behandelaar hebt u als eerst contact gehad? - Wat was het tijdsbestek voordat u wist wat de aandoening was? - Met hoeveel verschillende behandelaars bent u in contact geweest? - Stelde deze allemaal dezelfde diagnose? - Was er multidisciplinair overleg betreffende uw klacht? - Waren de verschillen groot in het stellen van de diagnose?
Afsluiting	
Ik wil u hartelijk bedanken voor de moeite en uw tijd. Ik ga het interview uitwerken en binnen 5 werkdagen stuur ik het naar u op. Dan kunt u het lezen en eventuele op of aanmerkingen aangeven.	- Vragen naar op- of aanmerkingen ten aanzien van mij? - Tips en tricks voor volgend interview?